



**Temps d'attente et soins de santé au Canada :  
ce que nous savons et ce que nous ignorons**



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

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié.

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](http://www.icis.ca)

ISBN 1-55392-786-9

© 2006 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is also available in English under the title:  
*Waiting for Health Care in Canada:  
What We Know and What We Don't Know*  
ISBN 1-55392-784-2

## Table des matières

|   |           |
|---|-----------|
| À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé .....  | iii       |
| Remerciements .....   | v         |
| Introduction .....  | vii       |
| Pour en savoir davantage .....  | ix        |
| <b>Chapitre 1 : Suivi des progrès</b>   |           |
| <b>accompli en matière de temps d'attente .....</b>   | <b>1</b>  |
| Actions entreprises par les gouvernements .....   | 2         |
| Actions entreprises par les intervenants non gouvernementaux .....  | 5         |
| Comprendre les temps d'attente .....  | 6         |
| Le contexte des temps d'attente .....   | 8         |
| <b>Chapitre 2 : Évaluation et diagnostic .....</b>  | <b>13</b> |
| Accès à des soins de routine .....  | 14        |
| Accès à des soins spécialisés .....   | 17        |
| Délai pour voir un spécialiste : une des facettes du temps d'attente..  | 18        |
| Accès aux tests diagnostiques .....   | 20        |
| Examens d'IRM et de TDM .....   | 20        |
| Mammographies et tests de Pap .....   | 24        |
| Évaluation et diagnostic : état des connaissances .....   | 25        |
| <b>Chapitre 3 : Interventions chirurgicales .....</b>   | <b>27</b> |
| Temps d'attente pour une intervention<br>chirurgicale : point de vue de Canadiens .....   | 29        |
| Temps d'attente pour une intervention chirurgicale :<br>les quatre domaines prioritaires établis par les premiers ministres ..... | 31        |
| Comparaison des temps d'attente .....   | 31        |
| À quel moment le temps d'attente devient-il inacceptable? .....   | 33        |
| Ce que les données révèlent .....   | 35        |
| Cancérothérapie .....   | 35        |
| Chirurgie de la cataracte .....   | 37        |
| Chirurgie orthopédique .....  | 38        |
| Chirurgie cardiaque .....   | 41        |
| Interventions chirurgicales : état des connaissances .....  | 45        |
| Renseignements supplémentaires  .....          | 48        |
| <b>Chapitre 4 : Au-delà des soins de courte durée .....</b>   | <b>63</b> |
| Attente de congé de l'hôpital .....   | 64        |
| Point de mire : Qui attend pour des services de réadaptation? .....   | 66        |
| Au-delà des soins de courte durée : état des connaissances .....  | 68        |



## 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 obtenir de plus amples renseignements, visitez notre site Web à [www.icis.ca](http://www.icis.ca).

Voici la composition du Conseil d'administration au 6 décembre 2005 :

- **M. Graham W. S. Scott**, C.M., c.r. (président), associé directeur, McMillan Binch Mendelsohn LLP
- **M<sup>me</sup> Glenda Yeates** (d'office), présidente-directrice générale, ICIS
- **D<sup>e</sup> Penny Ballem**, sous-ministre, British Columbia Ministry of Health Services
- **D<sup>r</sup> Peter Barrett**, médecin et professeur, University of Saskatchewan Medical School
- **M<sup>me</sup> Jocelyne Dagenais**, sous-ministre adjointe à la planification stratégique, à l'évaluation et à la gestion de l'information, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec
- **M<sup>me</sup> Roberta Ellis**, vice-présidente, Prevention Division, Workers' Compensation Board of British Columbia
- **M. Kevin Empey**, vice-président à la direction, Clinical Support and Corporate Services, University Health Network
- **D<sup>r</sup> Ivan Fellegi**, statisticien en chef du Canada, Statistique Canada
- **M<sup>me</sup> Nora Kelly**, sous-ministre, ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick
- **M<sup>me</sup> Alice Kennedy**, Chef des opérations, Soins de longue durée, Eastern Health, Terre-Neuve-et-Labrador
- **D<sup>r</sup> Richard Lessard**, directeur, Prévention et santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, Québec
- **M. David Levine**, président-directeur général, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, Québec
- **M. Malcolm Maxwell**, président-directeur général, Northern Health Authority, Colombie-Britannique
- **D<sup>r</sup> Brian Postl**, président-directeur général, Office régional de la santé de Winnipeg, Manitoba (en congé)
- **M. Morris Rosenberg**, sous-ministre, Santé Canada
- **M. Ron Sapsford**, sous-ministre, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Ontario
- **M<sup>me</sup> Sheila Weatherill**, présidente-directrice générale, Capital Health Authority, Edmonton, Alberta



## Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) souhaite remercier les nombreuses personnes et les nombreux groupes qui ont collaboré à l'élaboration du présent rapport.

Nous souhaitons souligner la participation de notre comité éditorial qui a passé en revue *Temps d'attente et soins de santé au Canada*, dont les membres sont Jennifer Zelmer, Kathleen Morris, Tracy Johnson et Jocalyn Clark.

L'équipe du projet était principalement formée de Michelle Arakgi, Linda Choy, Nicole de Guia, Margaret-Anne Keresteci, Ellen Shi, Marc Tallentire et Jennifer Walker.

Nous tenons également à remercier Steven Lewis pour son aide et ses conseils, ainsi que les conseillers externes Antoni Basinski, Alexandra Flatt, Rami Rahal et Jan Walker.

La production de ce rapport met à contribution beaucoup d'employés et de services de l'ICIS. Nous voulons remercier tous les employés de l'ICIS qui ont contribué au rapport, y compris ceux des sections Publications, Traduction, Communications, Distribution et Web.

Le présent rapport n'aurait pu être produit sans l'appui et l'aide de beaucoup d'autres personnes et organismes. Mentionnons entre autres les représentants des nombreuses régions sanitaires et des ministères fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ainsi que Statistique Canada.



## Introduction

Si vous demandez à quelqu'un ce qui différencie le Canada des États-Unis, il y a fort à parier que les soins de santé feront partie de sa réponse. Fait intéressant, les Américains assurés et les Canadiens ont été tout aussi nombreux (un adulte sur dix) à rapporter des besoins non satisfaits en matière de santé en 2002-2003<sup>1</sup> (les proportions sont beaucoup plus élevées pour les Américains qui ne sont pas assurés). Or, les problèmes d'accès n'émanent pas des mêmes causes de chaque côté de la frontière. Aux États-Unis, le coût des soins est l'obstacle le plus fréquemment cité, soit par un peu plus de la moitié des répondants présentant des besoins insatisfaits, tandis qu'au Canada, les temps d'attente ont été cités par 32 % de ceux ayant vécu des difficultés liées à l'accès.

Ces résultats globaux dissimulent toutefois une variété d'obstacles à l'accès liés à différents types de services. Le temps d'attente est l'obstacle le plus fréquemment rapporté par les personnes ayant eu des difficultés à obtenir des soins spécialisés, de même que pour les personnes devant subir une chirurgie ou des tests diagnostiques non urgents. Dans le cas des soins de routine et continus, les répondants ont été plus nombreux à mentionner la difficulté à obtenir un rendez-vous plutôt que le temps d'attente rapporté. Par ailleurs, le principal obstacle rapporté par les Canadiens ayant une déficience qui n'ont pas reçu l'aide nécessaire pour vaquer à leurs occupations quotidiennes était le coût trop élevé de l'aide. Par contre, les femmes canadiennes qui n'ont pas passé récemment une mammographie ou un test de Pap sont plus nombreuses à affirmer que c'était parce qu'elles ou leur médecin ne croyaient pas ces tests nécessaires ou encore qu'elles avaient négligé de prendre rendez-vous.

Faut-il s'en étonner, l'accès aux soins — en particulier les temps d'attente — fait souvent l'objet d'une couverture médiatique et de débats publics intenses. Dans le meilleur des mondes, l'information solide vient alimenter le débat et les décisions qui en découlent. Imaginez si nous savions combien de temps les patients attendent pour différents types de soins et connaissions l'évolution de ces délais au fil du temps, si nous étions informés des répercussions des temps d'attente sur la santé et le bien-être des patients et de leur famille, ou encore si nous connaissions les meilleures stratégies de réduction des temps d'attente. Et si cette information existait pour toutes les étapes du cheminement du patient, soit l'évaluation et le diagnostic, le traitement et la convalescence ou la gestion d'une maladie chronique? Fini les temps d'attente cachés, et les effets des changements apportés à un secteur sur l'ensemble du système de santé seraient plus facilement observables.

Bien que les données sur les temps d'attente soient plus nombreuses que jamais, la réalisation de cet idéal est encore loin. En effet, le suivi des temps d'attente est un enjeu complexe, du fait notamment que les patients peuvent se heurter à de nombreux délais lors de leur passage dans le système de santé. Par exemple, pendant le traitement d'un cancer, un patient peut devoir attendre pour voir son médecin de famille, voir un spécialiste, passer une batterie de tests, obtenir les résultats, recevoir des traitements de radiothérapie, subir une chirurgie ou obtenir d'autres types de soins. Tout dépendant de l'état du patient, de la gravité de la maladie, du lieu de résidence et d'autres facteurs encore, chacun vivra une expérience unique. Il ne faut pas non plus oublier les nombreux problèmes d'ordre technique liés à la mesure des temps d'attente. Par exemple, comment calculer les temps d'attente? Faut-il inclure les cas urgents? Qu'en est-il des soins de suivi? Enfin, l'interprétation des données sur les temps d'attente commande une compréhension du contexte général des soins, c'est-à-dire qu'on doit prendre en compte les indications et la fréquence des services, la capacité du système, les tendances en matière de pratiques et bien d'autres facteurs.

1. C. Sanmartin, E. Ng, *Joint Canada/United States Survey of Health, 2002-03*, Ottawa, Statistique Canada, 2003.

Le chapitre 1 s'attaque à la question des temps d'attente en présentant les progrès accomplis à ce chapitre dans l'ensemble du Canada. Il expose une partie des travaux en cours, au sein ou non du gouvernement et, tirant parti des résultats d'un symposium sur les temps d'attente organisé à l'automne 2005, il met également en lumière les défis sous-jacents à la mesure et à la compréhension des temps d'attente que doivent relever tous les intervenants<sup>2</sup>.

Le reste du rapport porte sur l'état des connaissances en matière de temps d'attente pour l'ensemble des soins de santé. Il met en lumière les résultats d'un grand nombre d'enquêtes ainsi que des données provinciales sur les temps d'attente et de l'information provenant d'autres sources. Étant donné l'abondance de renseignements existants, nous n'avons pas cherché à être exhaustif, mais plutôt à donner un aperçu utile de la situation pour que ce document puisse servir de point de départ à des efforts collectifs de compréhension et de réduction des temps d'attente. Pour en savoir davantage sur un sujet précis, veuillez consulter les documents et les sources de données, dont les références ont été ajoutées à chaque chapitre dans la mesure du possible.

Le chapitre 2 couvre les questions de l'évaluation et du diagnostic en mettant l'accent sur les services dispensés par les médecins de famille, les spécialistes et les services d'imagerie diagnostique, tandis que le chapitre 3 porte sur les temps d'attente pour des interventions chirurgicales. La majeure partie de ce chapitre couvre les temps d'attente dans quatre domaines prioritaires ciblés par les premiers ministres en 2004, soit l'oncologie, la restauration de la vue, les arthroplasties et la cardiologie. Pour chacun de ces domaines, sont exposées les connaissances actuelles sur l'état des temps d'attente par rapport aux points de référence établis récemment par les ministres de la Santé. Le chapitre 4 analyse et poursuit le suivi des patients au-delà des soins de courte durée en couvrant la réadaptation ou d'autres types de soins.

2. Institut canadien d'information sur la santé, *Symposium de l'ICIS sur la mesure des temps d'attente*, Ottawa, ICIS, 2005.

## Pour en savoir davantage

---

Le rapport *Temps d'attente et soins de santé au Canada : ce que nous savons et ce que nous ignorons* peut être consulté gratuitement dans les deux langues officielles sur le site Web de l'ICIS à [www.icis.ca](http://www.icis.ca). Pour commander des exemplaires additionnels (des frais couvrant les coûts d'impression, d'expédition et de manutention s'appliquent), veuillez communiquer avec :

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

Tél. : (613) 241-7860

Télec. : (613) 241-8120

## Encore plus sur le Web!

---

À l'occasion du lancement du rapport *Temps d'attente et soins de santé au Canada : ce que nous savons et ce que nous ignorons* et dans les semaines qui suivront, l'ICIS ajoutera de l'information à son site. Il sera alors possible de :

- Télécharger des exemplaires des notes techniques qui accompagnent le rapport, en anglais et en français.
- S'inscrire pour recevoir régulièrement par courriel des nouvelles sur les rapports à venir de l'ICIS.
- Consulter des rapports connexes tels *Les soins de santé au Canada et L'imagerie médicale au Canada*; consulter les rapports réguliers de l'ICIS sur différents aspects des dépenses de santé, des ressources humaines en santé, des services de santé et de la santé de la population, de même que des rapports de Statistique Canada.





# 1



## **Suivi des progrès accomplis en matière de temps d'attente**

## Chapitre 1. Suivi des progrès accomplis en matière de temps d'attente

Des droits linguistiques au mariage entre conjoints de même sexe, la Cour suprême du Canada doit trancher certaines des questions sociales les plus épineuses au pays. Ses récentes délibérations concernant l'accès aux soins de santé ne font pas exception. Tout a commencé par une contestation judiciaire de la part de George Zeliotis, un résident du Québec, et de son médecin, le D<sup>r</sup> Jacques Chaoulli. En 1997, M. Zeliotis a dû attendre un an avant de subir une arthroplastie de la hanche. Dans sa déposition, le D<sup>r</sup> Chaoulli soutenait que, puisque le système de soins de santé public n'offre pas un accès « raisonnable » aux services, l'interdiction de souscrire une assurance privée pour obtenir des services médicaux et hospitaliers représente à la fois une violation de la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne* et de la *Charte canadienne des droits et libertés de la personne*. Tout en reconnaissant que le droit à la sécurité du patient a été violé, la Cour du Québec a jugé que l'intérêt public primait et que, dans ce contexte, la cause était défendable. Par contre, la Cour suprême du Canada, dans un jugement à quatre contre trois, a accueilli le pourvoi. Dans son jugement, la Cour a décrété que l'interdiction d'avoir recours à une assurance privée pour obtenir des soins médicaux nécessaires allait à l'encontre de la *Charte québécoise*<sup>1</sup>. (La Cour n'a toutefois pas déterminé si la *Charte canadienne* avait été violée.)

Comme en témoigne le tollé soulevé par la décision rendue dans cette affaire, tous ne s'entendent pas sur la meilleure façon de réduire les temps d'attente. Par contre, plusieurs croient que l'accès à de l'information plus éclairée à propos des personnes et des services concernés, de la longueur des temps d'attente et des facteurs qui les influencent représenterait un progrès non négligeable. Cela dit, l'objectif est complexe et difficile à atteindre. Le présent chapitre expose une partie des travaux entrepris par nombre de particuliers et de groupes, appartenant ou non au gouvernement, qui tentent d'améliorer l'accès aux soins de santé. Il met également en lumière les défis sous-jacents à la mesure et à la compréhension des temps d'attente que doivent relever tous les intervenants.

### Actions entreprises par les gouvernements

Quand les premiers ministres se sont réunis à l'automne 2004, ils ont fait de l'accès en temps opportun à des soins de qualité le principal objectif de leur programme commun<sup>2</sup>. Ensemble, ils ont convenu de concentrer leurs efforts sur une meilleure gestion des temps d'attente et sur la réduction des temps d'attente qui dépassent un délai médicalement acceptable. Plus précisément, les premiers ministres se sont engagés à « réduire substantiellement les temps d'attente dans des domaines prioritaires comme l'oncologie, la cardiologie, l'imagerie diagnostique, les arthroplasties et la restauration de la vue d'ici le 31 décembre 2007, en tenant compte des différents points de départ, priorités et stratégies des provinces et des territoires<sup>3</sup>. » Pour contribuer à l'atteinte de cet objectif, ils ont convenu d'établir :

- des indicateurs comparables de l'accès à des professionnels de la santé et à des services de diagnostic et de traitement, pour chaque province et chaque territoire, avant le 31 décembre 2005;
- des points de référence fondés sur des preuves concernant les temps d'attente médicalement acceptables, en commençant par l'oncologie, la cardiologie, l'imagerie diagnostique, les arthroplasties et la restauration de la vue avant le 31 décembre 2005 selon un processus élaboré par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé;

i. Dans le document intitulé *Fédéralisme asymétrique qui respecte les compétences du Québec*, qui accompagne le *Plan décennal pour améliorer les soins de santé*, il est indiqué que le Québec appliquera son propre plan de réduction des temps d'attente en accord avec les objectifs, les normes et les critères établis par les autorités québécoises appropriées<sup>3</sup>.

- des cibles pluriannuelles pour atteindre ces points de référence d'ici le 31 décembre 2007;
- des rapports annuels, à l'intention des citoyens, sur les progrès réalisés pour atteindre les objectifs pluriannuels concernant les temps d'attente.

Depuis, les questions liées aux temps d'attente refont régulièrement surface dans les discussions intergouvernementales. Au niveau fédéral, le gouvernement a financé des recherches sur les temps d'attente, accordant 4,5 milliards de dollars répartis sur six ans par l'entremise du Fonds pour la réduction des temps d'attente et nommant un conseiller fédéral en la matière. Statistique Canada a également mené une série d'enquêtes auprès de la population canadienne au sujet de l'accès aux services de santé.

Par ailleurs, les gouvernements ont conjointement commandé des recherches sur des points de référence fondés sur des preuves concernant les temps d'attente et ont progressé dans l'établissement d'indicateurs d'accès comparables. Le 12 décembre 2005, les ministres de la Santé ont annoncé une série de points de référence fondés sur des preuves pour cinq types d'interventions chirurgicales non urgentes, la radiothérapie et les examens de dépistage du cancer. Ces points de référence s'appliquent à la période qui s'écoule entre la prise du rendez-vous (soit le moment où le patient et le médecin approprié établissent le service requis et où le patient est prêt à le recevoir) et le début de la prestation du service<sup>4</sup>. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les points de référence, voir le chapitre 3.

### Points initiaux de mesure des temps d'attente

Après la publication du *Plan décennal pour améliorer les soins de santé*, les gouvernements ont confié à un comité le mandat de déterminer des indicateurs d'accès comparables pour les cinq domaines prioritaires ciblés par les premiers ministres. Ensemble, les membres du comité ont convenu des points initiaux à partir desquels les temps d'attente seront définis et mesurés dans chaque province et territoire. Par exemple, ils ont convenu que le temps d'attente correspondait au nombre de jours écoulés entre la date de début (date où le patient et son médecin établissent le service requis et où le patient est prêt à le recevoir) et la date de fin (date de prestation du service ou du premier d'une série de services).

Dans leurs travaux sur les indicateurs comparables de l'accès, les provinces et les territoires ont choisi de se concentrer initialement sur les domaines suivants :

**Oncologie** — temps d'attente pour radiothérapie et chimiothérapie.

**Cardiologie** — temps d'attente pour pontage aorto-coronaire et angioplastie.

**Imagerie diagnostique** — temps d'attente pour imagerie par résonance magnétique et tomodensitogrammes, qui respectent les lignes directrices appropriées, utilisés à des fins diagnostiques.

**Arthroplasties** — temps d'attente pour arthroplastie totale de la hanche et du genou.

**Restauration de la vue** — temps d'attente pour extraction de la cataracte du premier œil.

**Accès à des professionnels de la santé** — pourcentage de personnes qui ont indiqué avoir attendu moins de trois mois pour un rendez-vous avec un spécialiste.

Source : Proposition d'établissement d'indicateurs comparables de l'accès, acceptée par les sous-ministres en décembre 2005.

Outre ces efforts collectifs, beaucoup de provinces mènent leurs propres travaux de déclaration, de gestion et de réduction des temps d'attente. La gamme d'activités entreprises est variée et en constante évolution. Des progrès sont réalisés à divers points du système de santé et à un rythme qui varie d'une région à l'autre.

Toutes les provinces ont par ailleurs créé des sites Web ou produit des rapports publics qui dressent la liste des temps d'attente pour au moins l'un des cinq domaines prioritaires, et parfois pour d'autres domaines. Ces outils, dont la portée varie grandement, font appel à des sources diverses. Pour les créer, certaines administrations ont tiré parti du travail accompli par des groupes ou des réseaux provinciaux chargés d'améliorer l'accès aux interventions chirurgicales. D'autres ont amélioré la collecte des données sur les temps d'attente auprès des autorités sanitaires régionales ou des hôpitaux, ont élaboré de nouveaux registres des temps d'attente ou ont modifié les systèmes existants de collecte de données pour les adapter aux données sur les temps d'attente<sup>ii</sup>. Un certain nombre de provinces ont également financé l'analyse de données administratives fusionnées.

## 1 Les temps d'attente sur le Net

Toutes les provinces publient certaines données sur les temps d'attente par l'entremise de sites Web ou de rapports, dont la portée et l'étendue varient toutefois grandement. Le niveau de détail diffère aussi beaucoup d'une province à l'autre et évolue rapidement. Le tableau ci-dessous indique, pour chacun des domaines prioritaires établis par les premiers ministres, les provinces qui avaient déclaré des données sur les temps d'attente en décembre 2005 et l'adresse du site Web où cette information peut être consultée. Les chapitres qui suivent contiennent plus de détails à ce sujet.

| Province | Sites Web<br>Données sur les temps d'attente   | Oncologie | Cardiologie | Imagerie<br>diagnostique | Arthroplasties | Restauration<br>de la vue |
|----------|--|-----------|-------------|--------------------------|----------------|---------------------------|
| T.-N.    | <a href="http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/pdffiles/healthscope_report_2004.pdf">www.health.gov.nl.ca/health/publications/pdffiles/healthscope_report_2004.pdf</a>   |           | ●           |                          |                |                           |
| I.-P.-É. | <a href="http://www.gov.pe.ca/photos/original/hss_2nd_r_chi.pdf">www.gov.pe.ca/photos/original/hss_2nd_r_chi.pdf</a>   | ●         |             |                          | ●              |                           |
| N.-É.    | <a href="http://www.gov.ns.ca/health/waittimes/default.htm">www.gov.ns.ca/health/waittimes/default.htm</a>   | ●         | ●           | ●                        | ●              | ●                         |
| N.-B.    | <a href="http://www.gnb.ca/0391/pdf/HealthPerformanceIndicators2004-f.pdf">www.gnb.ca/0391/pdf/HealthPerformanceIndicators2004-f.pdf</a>   |           | ●           |                          |                |                           |
| Qué.     | <a href="http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/listesdattente/">www.msss.gouv.qc.ca/sujets/listesdattente/</a>   |           | ●           |                          | ●              | ●                         |
| Ont.     | <a href="http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/wait_timesf/wait_mnf.html">www.health.gov.on.ca/renouvellement/wait_timesf/wait_mnf.html</a><br><a href="http://www.cancercare.on.ca/index_waittimesRadiation.asp">www.cancercare.on.ca/index_waittimesRadiation.asp</a> | ●         | ●           | ●                        | ●              | ●                         |
| Man.     | <a href="http://www.gov.mb.ca/health/waitlist/index.fr.html">www.gov.mb.ca/health/waitlist/index.fr.html</a><br><a href="http://www.gov.mb.ca/health/pirc/index.html">www.gov.mb.ca/health/pirc/index.html</a>   | ●         | ●           | ●                        | ●              |                           |
| Sask.    | <a href="http://www.sasksurgery.ca/wait-list-info.htm">www.sasksurgery.ca/wait-list-info.htm</a>   |           | ●           |                          | ●              | ●                         |
| Alb.     | <a href="http://www.ahw.gov.ab.ca/waitlist/WaitListPublicHome.jsp">www.ahw.gov.ab.ca/waitlist/WaitListPublicHome.jsp</a>   | ●         | ●           | ●                        | ●              | ●                         |
| C.-B.    | <a href="http://www.healthservices.gov.bc.ca/waitlist/">www.healthservices.gov.bc.ca/waitlist/</a>   | ●         | ●           |                          | ●              | ●                         |

ii. Les gouvernements des territoires ne gèrent pas de listes d'attente pour les interventions chirurgicales majeures ni ne produisent de rapports sur les temps d'attente, car les patients doivent souvent se rendre dans les provinces plus au sud pour recevoir des soins complexes.

## Actions entreprises par les intervenants non gouvernementaux

Les gouvernements ne sont pas les seuls à travailler à la réduction des temps d'attente. Beaucoup d'autres groupes locaux, nationaux et internationaux s'attaquent également au problème et offrent des perspectives et des approches différentes. Bien que la liste des activités en cours puisse à elle seule faire l'objet d'un rapport, voici quelques exemples qui illustrent l'étendue et la portée des projets entrepris par des organisations pancanadiennes en 2005 :

- **Enquêtes auprès des Canadiens au sujet de leurs perceptions des temps d'attente** — Plusieurs organisations, seules ou en partenariat, parrainent des enquêtes sur les attitudes du public à l'égard des problèmes d'accès aux soins et sur sa réaction envers les solutions potentielles visant à réduire les temps d'attente.
- **Mesure des temps d'attente** — À l'heure actuelle, la plupart des initiatives pour mesurer les temps d'attente proviennent des gouvernements ou sont financées par ceux-ci. Cependant, le Fraser Institute publie depuis 1988 les résultats d'une enquête annuelle sur les temps d'attente dans les hôpitaux canadiens évalués par les médecins. D'autres enquêtes se penchent sur cette question, notamment le Sondage national auprès des médecins et les enquêtes du Fonds du Commonwealth sur la politique internationale en matière de santé.
- **Soutien de la recherche sur l'accès aux soins** — Certains groupes consacrent leurs efforts à l'augmentation des connaissances sur les résultats des temps d'attente sur la santé. Par exemple, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont sollicité, à la demande des ministres de la Santé, des propositions de recherche sur des points de référence fondés sur des preuves pour les cinq domaines prioritaires. Des recherches ont par la suite été commandées et réalisées dans trois domaines, soit l'oncologie, les arthroplasties et la restauration de la vue.
- **Établissement de points de référence sur les temps d'attente** — Les gouvernements ont fait connaître leurs points de référence sur les temps d'attente en décembre 2005, et des groupes non gouvernementaux sont aussi allés de l'avant dans ce domaine. Par exemple, des associations médicales se sont groupées pour former l'Alliance sur les temps d'attente, qui s'est donné pour mission de faire connaître l'opinion des médecins sur des points de référence médicalement acceptables en matière de temps d'attente. Le Western Canada Waiting List Project, une coalition formée d'associations médicales, de ministères de la Santé, d'autorités sanitaires régionales et de centres de recherche en santé, a quant à lui fait connaître une série de temps d'attente limites en 2005.
- **Rapport sur les progrès réalisés** — Le Conseil canadien de la santé a abordé la question des temps d'attente dans chacun de ses principaux rapports. Il a également produit trois mémoires sur la question des temps d'attente et des défis à venir.
- **Partage des pratiques exemplaires** — Beaucoup d'organisations ont pour objectif commun de réduire les temps d'attente et désirent faire profiter d'autres intervenants des leçons qu'elles ont apprises. Certaines échangent sur les stratégies efficaces et profitent des expériences des autres à l'occasion de rencontres telles que celles organisées par Taming of the Queue aux printemps 2004 et 2005. D'autres, comme l'Association canadienne des institutions de santé universitaires, publient des rapports servant à faire connaître les stratégies utilisées par leurs membres.

- **Déclarations** — L'année 2005 a été marquée par plusieurs événements au chapitre des temps d'attente, dont la décision rendue dans l'affaire Chaoulli et la publication de différents ensembles de points de référence sur les temps d'attente. Certaines organisations professionnelles regroupant notamment des médecins, du personnel infirmier et d'autres professionnels ont publié des documents et diffusé des communiqués de presse pour faire connaître le point de vue de leurs membres sur la question des temps d'attente.

## 2 L'ICIS et les temps d'attente

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) travaille depuis longtemps à l'amélioration de l'information sur l'accès aux soins. Nos activités portent principalement sur la recherche d'un consensus, sur l'échange d'information ainsi que sur la collecte et l'analyse de données. Partant de ce principe, nous avons fait des temps d'attente et des autres problèmes d'accès aux soins l'un des grands thèmes des orientations stratégiques de l'Institut pour la période 2005-2008. Le tableau ci-dessous fournit des exemples de nos réalisations passées et de nos activités à venir touchant les temps d'attente.

| Activité  | Réalisations passées   | 2005-2006   | Activités à venir  |
|---|--|---|--|
| Recherche d'un consensus et échange d'information | Formation de groupes de travail ayant pour mandat d'élaborer des indicateurs de temps d'attente pour les chirurgies cardiaques, les arthroplasties et la radiothérapie pour traiter le cancer; indicateurs adoptés par les gouvernements pour assurer la comparabilité des déclarations.   | Organisation d'un Symposium sur la mesure des temps d'attente pour partager les progrès réalisés à ce jour et définir les obstacles à la mesure efficace des temps d'attente.   | Engagement à collaborer avec d'autres intervenants prêts à aller de l'avant.   |
| Collecte de données                               | La Base de données sur les congés des patients, le Système national d'information sur les soins ambulatoires, le Registre canadien des remplacements articulaires, le Système national d'information sur la réadaptation et le Registre canadien du remplacement d'organes contiennent tous des données liées aux temps d'attente. | Collecte de données sur les temps d'attente pour les interventions chirurgicales, l'IRM et la tomodensitométrie, les remplacements articulaires et d'autres types de soins.   | Intégration de données sur les temps d'attente aux nouveaux ensembles de données tels que le Système d'information sur les services à domicile.  |
| Analyse   | Depuis 2000, les rapports <i>Les soins de santé au Canada</i> mettent en lumière l'état des connaissances sur les temps d'attente.<br><br>Analyse des temps d'attente pour la réadaptation des patients hospitalisés.<br><br>Analyse des obstacles non financiers à l'accès.   | <i>Les temps d'attente pour les soins de santé au Canada : ce que nous savons et ce que nous ignorons.</i><br><br>Profil de médecins de famille qui acceptent de nouveaux patients.<br><br><i>Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence.</i> | Analyse approfondie des temps d'attente pour les remplacements articulaires, les greffes et les soins dans les services d'urgence.<br><br>Examen général des questions d'accès, ce qui comprend la production d'un rapport sur la santé en milieu rural. |

## Comprendre les temps d'attente

Bien que des projets concernant les temps d'attente soient en cours partout au pays, il n'existe pas de listes d'attente pancanadiennes. Les données comparables sur les personnes et les domaines touchés par les temps d'attente, sur les délais et sur les facteurs qui les influencent, sont plus courantes qu'auparavant, mais demeurent très incomplètes. Par ailleurs, nous en savons relativement peu à propos des résultats à long terme pour les patients relativement aux temps d'attente pour les interventions chirurgicales, la chimiothérapie ou d'autres traitements. Même au sein de beaucoup de régions et d'hôpitaux, des listes d'attente existent à de multiples endroits. Comme elles ne sont pas intégrées, il devient difficile de savoir quels sont les patients en attente pour différents types de services ainsi que leur nombre<sup>5</sup>. Par ailleurs, il existe de nombreuses façons de faire le suivi des listes et des temps d'attente, ce qui rend les comparaisons et l'analyse difficiles, voire impossibles<sup>6,7</sup>.

La première difficulté émane du **manque d'uniformité entre les différentes listes d'attente**. Certaines n'incluent pas les cas urgents, les soins de suivi, les enfants, les personnes habitant à l'extérieur d'une région donnée ou d'autres groupes. Les groupes admissibles ou les définitions utilisées pour constituer les listes ne sont pas toujours clairement définis. Par exemple, un cas « urgent » dans un hôpital correspond à un patient « prioritaire » dans un autre. Dans le même ordre d'idées, les besoins d'un patient en matière de soins ou d'autres facteurs peuvent commander un temps d'attente. Par exemple, le patient doit peut-être récupérer de ses traitements de chimiothérapie avant d'entreprendre des traitements de radiothérapie, ou peut choisir de reporter une intervention chirurgicale jusqu'à ce qu'il se sente mieux préparé à la subir. Certaines mesures tiennent compte de ces délais, d'autres non.

Ensuite, **les temps d'attente peuvent être définis de différentes façons**. Par exemple, le point initial pour un pontage coronarien peut correspondre à la date du cathétérisme cardiaque ou à la date à laquelle le chirurgien et le patient décident de procéder à l'intervention. Aucune approche n'est meilleure qu'une autre. Elles comportent toutes des avantages et des inconvénients selon la manière dont l'information est utilisée. Une enquête menée en 1998 auprès de fournisseurs de soins de santé par des chercheurs canadiens a révélé que 23 % des fournisseurs calculent le temps d'attente pour un pontage coronarien à compter du moment où le patient est dirigé vers un cardiologue, 54 % à compter du moment où une décision est prise quant au traitement et 15 % à compter de l'envoi d'un formulaire de réservation au centre de chirurgie<sup>7</sup>.

Dans tous les cas, les délais calculés ne représentent qu'une partie du temps d'attente total du point de vue du patient. Par exemple, un patient peut également inclure dans le temps d'attente le délai nécessaire pour rencontrer son médecin de famille, être dirigé vers un spécialiste, passer des tests préliminaires ou obtenir d'autres services. Il nous sera impossible de savoir si certains patients attendent plus longtemps que d'autres pour obtenir un service donné tant que les dates de début et de fin servant à mesurer les temps d'attente ne seront pas uniformes<sup>8,9</sup>.

Finalement, **il existe différentes façons de mesurer les temps d'attente**. Une des options consiste à faire un suivi prospectif du délai d'attente du patient à compter de la date de début. Cette approche permet de savoir combien de patients figurent dans la liste et depuis combien de temps ils attendent. Les établissements de soins peuvent ainsi intervenir si les délais sont trop longs, mais l'exactitude de l'information est tributaire d'une gestion active de la liste d'attente. Par exemple, un examen des listes d'attente de la Colombie-Britannique au printemps et à l'automne 2004 a permis de découvrir que près de 5000 à 6000 des patients n'avaient vraisemblablement plus besoin des soins<sup>10</sup>. Des recherches internationales montrent également que jusqu'à 30 % des personnes inscrites sur des listes d'attente y figurent par erreur<sup>11-13</sup>. Certaines ont subi l'intervention ailleurs, tandis que d'autres figurent dans plus d'une liste, n'ont plus besoin des soins, ne souhaitent plus les recevoir, sont décédées ou ne savaient même pas qu'elles figuraient sur la liste.

Une autre option consiste à recueillir les données de façon rétroactive en partant de la date d'une intervention afin de connaître le délai d'attente du patient. Cette approche présente l'avantage de refléter l'expérience réelle du patient, mais ne s'applique qu'aux personnes qui ont reçu des soins au cours d'une période donnée. Une troisième option consiste à demander au patient, à un moment donné, depuis combien de temps il attend. Cette approche d'analyse transversale dépend de la mémoire du patient, et les résultats peuvent varier en fonction des méthodes d'échantillonnage et des taux de réponse; autant de facteurs qui peuvent influencer les enquêtes menées auprès de médecins, de cliniques et d'autres fournisseurs de soins, et qui visent à déterminer combien de temps, selon eux, un patient attend pour recevoir un type de soins donné<sup>14,15</sup>.

De même, diverses mesures sommaires peuvent être utilisées pour expliquer la répartition des temps d'attente, mais elles risquent de complexifier les comparaisons. Par exemple, certaines mesures tiennent compte des temps d'attente moyens, tandis que d'autres font état de la proportion de patients traités au cours d'une période donnée (p. ex. de un à trois mois) ou du délai maximal avant la prestation des services.

Les diverses méthodes de suivi des temps d'attente produisent des résultats différents. Bien que chacune présente des forces et des faiblesses, il est souvent impossible de combiner les données qu'elles génèrent pour établir des comparaisons valides.

## Le contexte des temps d'attente

---

Nombre de facteurs influent sur les temps d'attente, notamment les changements liés au fardeau de la maladie, les indications pour la chirurgie, la disponibilité des médecins et d'autres professionnels de la santé, les pratiques d'orientation, les préférences des patients, les heures en salle d'opération ou d'autres ressources ou stratégies de gestion<sup>7</sup>. Même si nous disposions de données comparables par période et par région, il demeurerait important de prendre en considération ces facteurs, et d'autres encore, dans l'interprétation des temps d'attente et la recherche de moyens de les réduire.

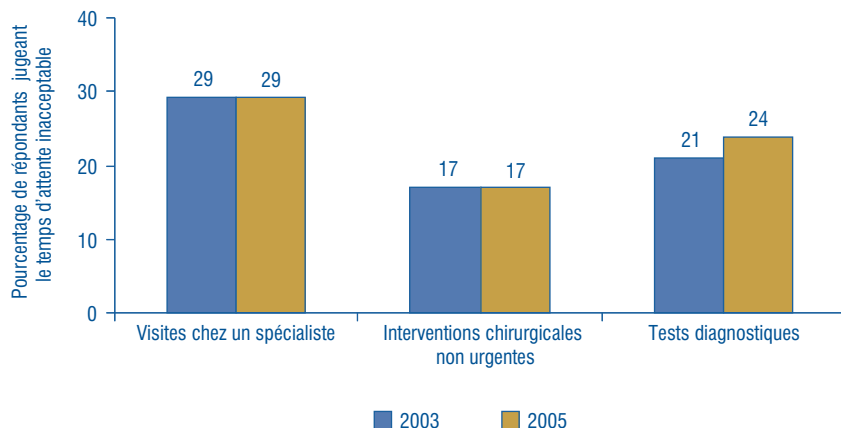
Le principal défi touche peut-être la question des urgences. Parfois, chaque minute compte, comme dans le cas d'un patient qui saigne abondamment. Mais souvent, l'attente ne constitue pas un danger imminent pour la vie du patient. Il demeure néanmoins difficile de déterminer des périodes d'attente sans risque sur le plan médical, tout comme il est difficile de mesurer l'impact de l'anxiété, de l'absence du travail, de la douleur ou d'autres conséquences sur le patient ou sa famille pendant la période d'attente.

Plusieurs s'entendent pour dire que les patients les plus malades devraient être traités en premier. Des modèles d'établissement des priorités, utilisés dans quelques régions du pays pour certains types de soins, ne font pas encore l'objet d'un consensus et n'ont pas été mis en œuvre à grande échelle. Parmi les obstacles figure l'atteinte d'un consensus autour de ce qui constitue un temps d'attente raisonnable ou démesuré. Plusieurs initiatives récentes lancées par des chercheurs, des organisations professionnelles (p. ex. le Canadian Cardiovascular Society Working Group<sup>16</sup>, l'Alliance sur les temps d'attente<sup>17</sup> et des gouvernements provinciaux et territoriaux<sup>4</sup>) ont mené à la proposition de points de référence ou de temps d'attente « cibles » indiquant les délais acceptables pour des interventions données. Les méthodes d'établissement de ces valeurs varient toutefois grandement. Elles sont parfois établies sur la base de consensus cliniques, et d'autres fois sur la base de recherches sur les conséquences des temps d'attente ou de considérations administratives.

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont commandé récemment des études qui démontrent bien les obstacles à l'établissement de temps d'attente maximaux acceptables<sup>18</sup>. Selon les chercheurs, les temps d'attente peuvent avoir des répercussions sur la santé du patient, mais la portée de ces répercussions dépend de toute une gamme de facteurs qui diffèrent selon le patient ou la nature du problème. Par exemple, le cancer n'est pas une seule maladie et le même type de cancer évolue de façon différente d'une personne à l'autre. Le temps d'attente peut donc constituer des risques selon le type de cancer et le stade d'évolution. Dans le cas des arthroplasties et de la restauration de la vue, les chercheurs ont également insisté sur la nécessité d'établir des points de référence qui reflètent l'urgence du besoin, mais ont souligné le manque de données probantes sur lesquelles baser de telles recommandations.

3 Points de vue des patients

Statistique Canada a demandé récemment à des Canadiens et à des Canadiennes devant recevoir des soins spécialisés s'ils considéraient que leurs temps d'attente étaient raisonnables. La plupart ont répondu par l'affirmative, tout comme en 2003 lorsqu'une question similaire avait été posée, mais d'autres n'étaient pas de cet avis : 29 % des répondants ne considéraient pas acceptables les temps d'attente pour voir un spécialiste pour une nouvelle maladie ou affection, 24 % pour subir divers tests diagnostiques (IRM non urgentes, tomodensitogrammes et angiographies) et 17 % pour subir une intervention chirurgicale non urgente autre qu'une chirurgie dentaire.



Source : Enquête sur l'accès aux services de santé, Statistique Canada, 2003 et 2005 (données sur les six premiers mois de l'année).

Dans certains cas, il y a également débat autour de la question des personnes qui devraient recevoir un type de traitement en particulier. En fait, les variations en matière de pratique pourraient bien être une des clés de la compréhension des temps d'attente. Il existe peu de normes ou de mécanismes coordonnés d'orientation des patients vers des spécialistes ou chirurgiens. Le réseau d'orientation et les pratiques de chacun des médecins peuvent avoir une incidence sur les temps d'attente du patient. Par exemple, le Alberta Bone and Joint Institute a évalué une nouvelle approche concernant les arthroplasties de la hanche et du genou. En adoptant un outil d'orientation normalisé et un point d'orientation unique, le temps d'attente pour une première consultation avec un

orthopédiste est passé de 35 à moins de 6 semaines. Une fois la décision d'opérer prise, il a été possible de réduire de 47 à moins de 5 semaines le temps d'attente pour une intervention chirurgicale en optimisant l'état du patient et en adoptant un plan intégré<sup>19</sup>. Aussi, un nombre beaucoup plus élevé qu'auparavant de jeunes Canadiens subissent une arthroplastie<sup>20</sup>. Ces changements peuvent influencer la composition des listes d'attente et les temps d'attente, de même que les résultats des soins et de l'attente.

Un autre défi consiste à déterminer les facteurs qui influent sur la longueur des temps d'attente. Par exemple, il peut être trompeur d'examiner les temps d'attente d'une intervention isolée. Un hôpital qui procède à un nombre accru d'angioplasties urgentes sera peut-être moins en mesure de traiter les cas non urgents. Cependant, certains des patients ayant subi une angioplastie urgente n'auront peut-être pas besoin d'un pontage coronarien, ce qui réduira les temps d'attente pour cette intervention. Comme le recours à l'angioplastie urgente n'est pas uniforme dans l'ensemble du pays, les différences peuvent fausser les comparaisons des temps d'attente.

Bien qu'il n'existe pas encore de portrait complet de la situation, nous savons que le type de soins, la nature de la liste, l'endroit, la qualité de la gestion des listes d'attente et des processus de soins et d'autres éléments liés aux patients ou aux maladies sont autant de facteurs qui exercent une influence sur les temps d'attente. Nous aborderons ces facteurs plus en détail dans les chapitres suivants.

## Pour en savoir davantage

- 1 Cour suprême du Canada, Chaoulli c. Québec (Procureur général), registre 29272 (en ligne). Internet : <[http://www.lexum.umontreal.ca/csc-scc/fr/pub/2005/vol1/html/2005rcs1\\_0791.html](http://www.lexum.umontreal.ca/csc-scc/fr/pub/2005/vol1/html/2005rcs1_0791.html)>.
- 2 Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, *Un plan décennal pour consolider les soins de santé* (en ligne). Internet : <[http://www.scics.gc.ca/cinfo04/800042005\\_f.pdf](http://www.scics.gc.ca/cinfo04/800042005_f.pdf)>.
- 3 Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, *Fédéralisme asymétrique qui respecte les compétences du Québec* (en ligne). Internet : <[http://www.scics.gc.ca/cinfo04/800042012\\_f.pdf](http://www.scics.gc.ca/cinfo04/800042012_f.pdf)>.
- 4 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Les tout premiers repères permettront aux Canadiens de mesurer les progrès réalisés en vue de réduire les temps d'attente* (en ligne). Internet : <[http://www.health.gov.on.ca/french/media/news\\_releases/archives/nr\\_05f/nr\\_121205f.html](http://www.health.gov.on.ca/french/media/news_releases/archives/nr_05f/nr_121205f.html)>.
- 5 L. Sicilliani, J. Hurst, « Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgeries Across OECD Countries » (en ligne), *Health Working Papers*, Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2003. Internet : <<http://www.oecd.org/dataoecd/31/10/17256025.pdf>>.
- 6 Institut canadien d'information sur la santé, *Symposium de l'ICIS sur la mesure des temps d'attente*, Ottawa, ICIS, 2005.
- 7 P. MacDonald, S. Shortt, C. Sammartin, M. Barer, S. Lewis et S. Sheps, *Waiting List and Waiting Times for Health Care in Canada: More Management!! More Money??*, Ottawa, Santé Canada, 1998.
- 8 S. Lewis, M. Barer, C. Sammartin, S. Sheps, S. Shortt, P. MacDonald, « Ending Waiting-List Mismanagement Principles and Practice », *CMAJ*, vol. 162 (2000), p. 1297-1300.
- 9 C. Sammartin, S. Shortt, M. Barer, S. Sheps, S. Lewis et P. MacDonald, « Waiting for Medical Services in Canada: Lots of Heat, But Little Light », *CMAJ*, vol. 162 (2000), p. 1305-1310.
- 10 British Columbia Ministry of Health, *Median Wait Times and Waitlists* (en ligne), dernière mise à jour le 24 novembre 2005. Consulté le 5 décembre 2005. Internet : <<http://www.healthservices.gov.bc.ca/cpa/mediasite/waittime/median.html>>.
- 11 G. J. Elwyn, L. A. Williams, S. Barry et P. Kimnnersley, « Waiting List Management in General Practice: A Review of Orthopaedic Patients ». *BMJ*, vol. 312 (1996), p. 887-888.
- 12 J. Schou, A. L. Plousen et J. Nording, « The Anatomy of a Prostate Waiting List: A Prospective Atudy of 132 Consecutive Patients », *British Journal Urology*, vol. 74 (1994), p. 57-60.
- 13 G. G. Fraser, « An Audit of Surgical Waiting Lists », *New Zealand Medical Journal*, vol. 104 (1991), p. 385-386.
- 14 J. Lomas, *When Methods Make a Difference*, présenté au Symposium de l'ICIS sur la mesure des temps d'attente le 5 octobre 2005 à Toronto.
- 15 Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, *Evidence Boost: Manage Waiting Lists Centrally for Better Efficiency* (en ligne), dernière mise à jour en mars 2005. Consulté le 2 décembre 2005. Internet : <[http://www.chsrf.ca/mythbusters/pdf/boost1\\_e.pdf](http://www.chsrf.ca/mythbusters/pdf/boost1_e.pdf)>.

- 16 P. W. Armstrong, P. Bogaty, C. E. Buller, P. Dorian et B. J. O'Neil, « The 2004 ACC/AHA Guidelines: A Perspective and Adaptation for Canada by the Canadian Cardiovascular Society Working Group », *Canadian Journal of Cardiology*, vol. 20, n° 11 (2004), p. 1075-1079.
- 17 Wait Times Alliance for Timely Access To Health Care, *It's About Time*, Ottawa, Wait Time Alliance, 2005.
- 18 Instituts de recherche en santé du Canada, *Les IRSC dévoilent des résultats de recherches qui guideront l'établissement de points de repère pour les temps d'attente* (en ligne). Internet : <<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29905.html>>.
- 19 Alberta Bone and Joint Health Institute, *Alberta Hip & Knee Replacement Project: Interim Results*, (December 2005), Calgary, Alberta Bone and Joint Institute, 2005.
- 20 Institut canadien d'information sur la santé, *Arthroplasties totales de la hanche et du genou au Canada*, 2005, Ottawa, ICIS, 2005.





# 2

## Évaluation et diagnostic

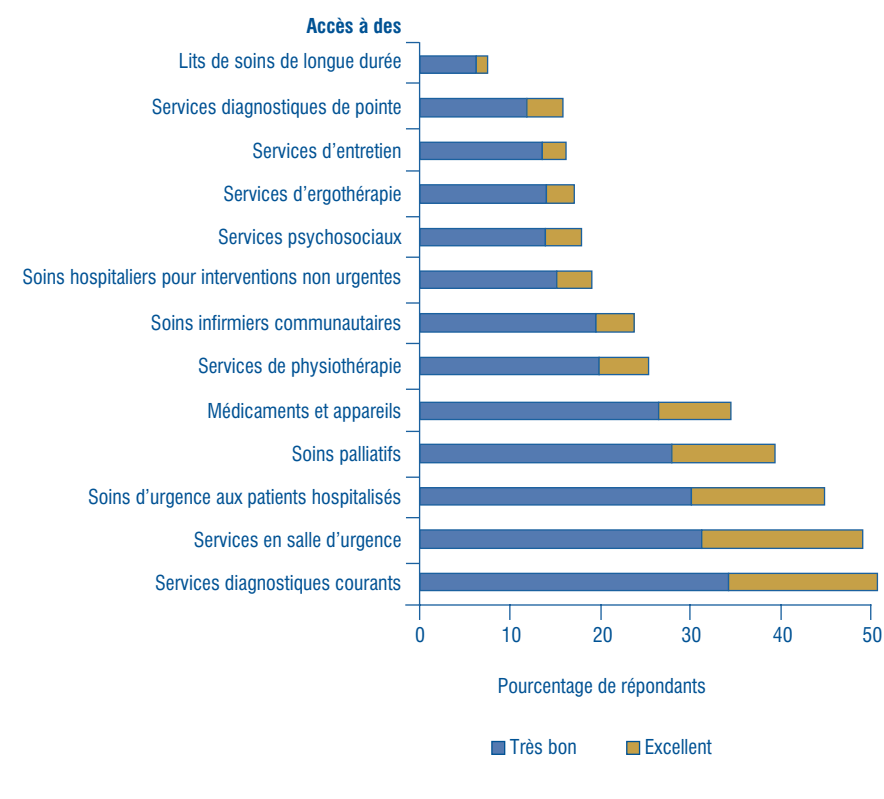
## Chapitre 2. Évaluation et diagnostic

Que ce soit dans les cabinets de médecins, les pharmacies, les écoles, les hôpitaux, les centres de soins infirmiers ou ailleurs, la plupart des Canadiens ont recours à des soins de santé chaque année.

Si l'accès à ces soins est aisé pour certains, d'autres se heurtent à la complexité du système de santé, les obstacles rencontrés étant en partie liés au type de service requis. Dans le cadre du Sondage national auprès des médecins de 2004, les médecins interrogés devaient classer selon le degré de facilité l'accès à différents services cliniques<sup>1</sup>. Ce faisant, les médecins ont pris en considération une grande variété de facteurs. Ils se sont notamment demandé dans quelle mesure eux-mêmes et leurs patients savaient où et quand chercher des services ou trouver le bon fournisseur de soins de santé, ou comment obtenir des soins en temps et en lieu opportuns. Il en est ressorti que les difficultés d'accès sont nettement liées à l'attente, mais elles ne le sont pas toutes. Dans cette optique, le présent chapitre porte sur l'état des connaissances relatives aux temps d'attente pour des soins de routine, l'orientation vers des spécialistes et les tests diagnostiques.

### 4 Opinion des médecins sur l'accès

Les files d'attente et d'autres problèmes liés à l'accès affectent bon nombre de secteurs du système de santé. En 2004, on a demandé à des médecins de famille et à des spécialistes de classer, selon le degré de facilité, l'accès de leurs patients à différents services. La perception de l'accessibilité varie considérablement d'un service à l'autre. Le tableau ci-dessous indique la proportion des répondants qui ont affirmé que l'accès à chaque service était « excellent » ou « très bon » (et exclut les réponses sans objet et les questions sans réponse).



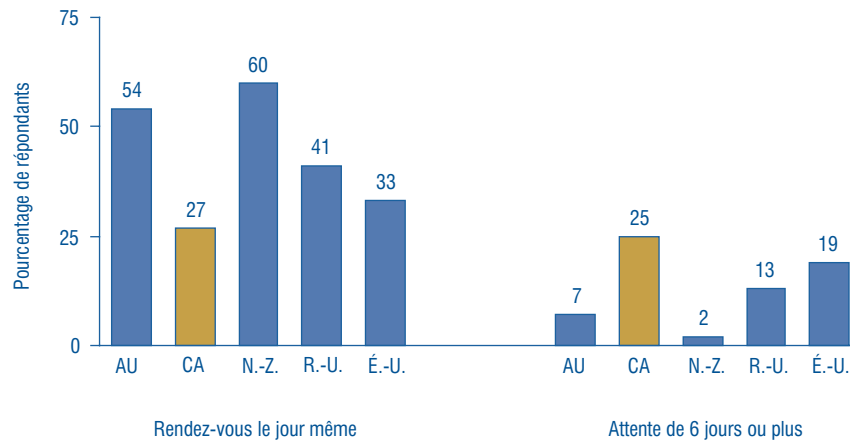
Sources : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; Collège des médecins de famille du Canada; Association médicale canadienne et Sondage national auprès des médecins, 2004.

### Accès à des soins de routine

Fièvre, perte d'appétit, diminution de la vue : ces symptômes, et bien d'autres encore, poussent les Canadiens à demander des soins. En 2005, plus de la moitié des Canadiens (56 %) ont indiqué avoir besoin de soins de routine ou continus<sup>2</sup>. De ce nombre, une personne sur six (16 %) a dit avoir de la difficulté à accéder aux services, les obstacles les plus couramment cités étant la difficulté à obtenir un rendez-vous, le temps d'attente avant le rendez-vous, le temps d'attente dans le cabinet du médecin et la difficulté à joindre un médecin. La proportion de répondants signalant des difficultés et la nature des obstacles demeurent inchangées par rapport au sondage mené en 2003.

## 5 Délai d'obtention d'un rendez-vous avec un médecin

En 2004, le Fonds du Commonwealth a mené un sondage auprès de résidents de cinq pays afin de savoir combien de temps ils ont dû attendre pour obtenir un rendez-vous avec un médecin la dernière fois qu'ils ont eu besoin de soins médicaux. De tous les répondants, les Canadiens et les Américains étaient les moins nombreux à déclarer avoir obtenu un rendez-vous le jour même et les plus nombreux à rapporter un délai d'au moins six jours.



Source : Primary Care and Health System Performance: Adults' Experiences in Five Countries, Fonds du Commonwealth, 2004.

Le cabinet du médecin de famille est habituellement le premier point de contact pour accéder à un grand nombre de services de santé. En 2003, 86 % des Canadiens avaient un médecin de famille, un pourcentage qui était demeuré pratiquement inchangé depuis 1994<sup>3</sup>. Mais pour certains, c'est là que commencent les problèmes d'accès au système de santé : en 2003, plus de 1,2 million de Canadiens de 15 ans et plus ont été incapables de trouver un médecin de famille<sup>4</sup>.

Malgré une légère augmentation du nombre de médecins de famille ces dernières années, l'accès à un médecin de famille demeure un obstacle, et ce,

même en tenant compte de la croissance démographique<sup>5</sup>. De nombreux autres facteurs influent sur l'accès aux soins au Canada; par exemple, le nombre de médecins de famille qui acceptent de nouveaux patients a diminué : en 2004, un médecin sur cinq acceptait de nouveaux patients sans restrictions, une baisse de 3,5 % par rapport à 2001<sup>6</sup>. La situation varie considérablement d'une région à l'autre du pays : en 2004, un médecin de famille sur deux acceptait de nouveaux patients en Saskatchewan, contre un sur douze à l'Île-du-Prince-Édouard. Parmi les autres facteurs qui influencent l'accès à des soins de routine figurent les heures de travail des médecins, leur champ d'activité, l'organisation des soins, les variations régionales dans le nombre de médecins, l'éventail de services offerts par d'autres professionnels de la santé et l'évolution des besoins de la population.

## Nouveaux modèles pour améliorer l'accès aux soins

Comment organiser et fournir au mieux des services de santé quotidiens : voilà un problème persistant de politique en matière de santé. Le renouvellement des soins primaires est perçu comme un moyen de parvenir à mieux utiliser les ressources et à améliorer l'accès, la coordination et la qualité des soins, et se trouve ainsi au cœur des plans de réforme du système de santé au XXI<sup>e</sup> siècle<sup>7</sup>. De nombreuses initiatives sont en cours partout au pays, comme en témoigne le partenariat entre la Première Nation Eskasoni en Nouvelle-Écosse, les gouvernements fédéral et provincial ainsi que le département de médecine familiale de l'Université Dalhousie, en vue de la mise en œuvre d'un projet de soins primaires en 1999<sup>8</sup>. Ce projet a mis fin à une tradition vieille de 30 ans, celle des médecins de famille tenant des cliniques régulières, pour faire place à un modèle intégré de soins primaires et de santé publique. Les soins sont prodigués par une équipe multidisciplinaire de médecins, une infirmière de soins primaires, des infirmières de santé communautaire, un coordonnateur de soins prénatals, un éducateur en matière de santé et nutritionniste ainsi qu'un pharmacien. Selon un rapport d'évaluation, le nombre de visites chez le médecin était presque trois fois moins élevé en 2000 qu'en 1997, tandis que les visites au service d'urgence ou en consultation externe à l'hôpital régional ont chuté de près de 40 %. Par contre, beaucoup plus de femmes enceintes et de diabétiques ont fait l'objet d'un suivi, tandis que le coût des produits prescrits et des transports médicaux a diminué. Il importe également de souligner que les membres de la collectivité sont convaincus de l'efficacité du nouveau modèle : de tous les patients sondés en 2000, 89 % croyaient que la qualité des services de santé s'était améliorée comparativement à cinq ans auparavant.

Bien que les cabinets des médecins de famille soient la source principale de soins pendant les heures de bureau, les Canadiens qui ont besoin de soins immédiats le soir ou la fin de semaine en raison de problèmes de santé mineurs se rendent le plus souvent dans une clinique sans rendez-vous ou au service d'urgence. Si le problème survient pendant la nuit, presque tous se dirigent alors vers le service d'urgence<sup>2</sup>.

L'accessibilité à un type de soins peut avoir des répercussions sur l'utilisation d'autres secteurs du système de santé et sur les temps d'attente. Par exemple, dans les pays où les citoyens disent avoir rapidement accès à des médecins, comme en Australie et en Nouvelle-Zélande, les taux de visites au service d'urgence sont moins élevés qu'au Canada et aux États-Unis<sup>9</sup>. Les citoyens de ces pays sont également moins nombreux à affirmer s'être rendus au service d'urgence malgré le fait qu'un médecin non urgentiste, s'il avait été disponible, aurait pu les traiter. Par ailleurs, le Canada présente un pourcentage plus élevé de patients qui disent avoir attendu au moins deux heures au service d'urgence avant d'être traités lors de leur dernière visite.

## 6 Rapport de cinq pays sur les visites et les temps d'attente au service d'urgence

En 2004, le Fonds du Commonwealth a interrogé des adultes de cinq pays à propos de leurs expériences liées aux soins de santé primaires, ce qui inclut les visites au service d'urgence. Le Canada présentait le taux le plus élevé de visites au service d'urgence de même que le pourcentage le plus élevé d'adultes qui ont affirmé avoir attendu plus de deux heures avant d'être soignés.

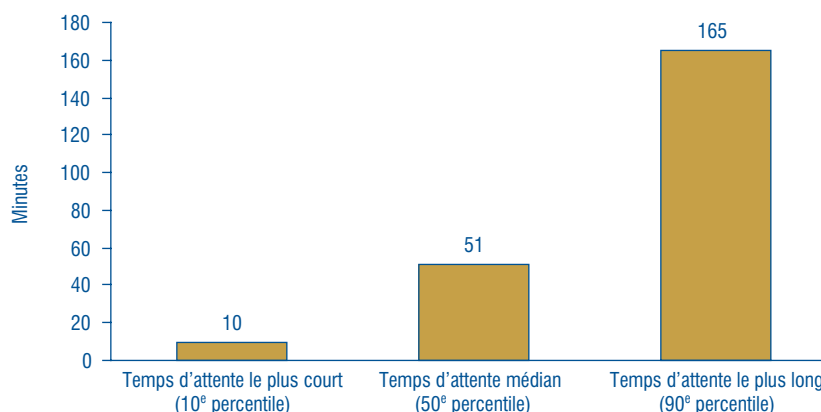
|   | Australie<br>% | Canada<br>% | Nouvelle-Zélande<br>% | Royaume-Uni<br>% | États-Unis<br>% |
|---|----------------|-------------|-----------------------|------------------|-----------------|
| Se sont rendus à un service d'urgence au cours des 2 dernières années   | 29             | 38          | 27                    | 29               | 34              |
| Se sont rendus à un service d'urgence, mais croient qu'ils auraient pu être traités par un médecin non urgentiste | 9              | 18          | 7                     | 6                | 16              |
| Disent avoir attendu plus de 2 heures avant d'être soignés  | 29             | 48          | 27                    | 36               | 34              |

Source : Primary Care and Health System Performance: Adults' Experiences in Five Countries, Fonds du Commonwealth, 2004.

Il n'est pas simple de comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence en raison de la vaste gamme de facteurs qui influent sur l'activité de ces services, la rapidité avec laquelle les professionnels de la santé sont en mesure d'évaluer les patients et le temps qui s'écoule entre l'arrivée des patients au service d'urgence et leur départ. Selon des données détaillées qui proviennent surtout de l'Ontario, les expériences des personnes qui attendent pour voir un médecin dans les services d'urgence peuvent être très variées<sup>10</sup>.

## 7 Temps d'attente pour voir un médecin au service d'urgence

En 2003-2004, selon les données du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), la moitié des patients des services d'urgence ont attendu 51 minutes ou moins avant d'être évalués par un médecin. Or les temps d'attente varient considérablement. Par exemple, 10 % des patients ont attendu dix minutes ou moins, tandis que 10 % ont attendu près de trois heures (165 minutes), ou plus.



Remarque : Les données du SNISA portent sur les visites à 163 services d'urgence de l'Ontario ainsi qu'à d'autres établissements participants en Nouvelle-Écosse (n = 4), en Colombie-Britannique (n = 3) et à l'Île du-Prince-Édouard (n = 1).

Source : Système national d'information sur les soins ambulatoires, ICIS.

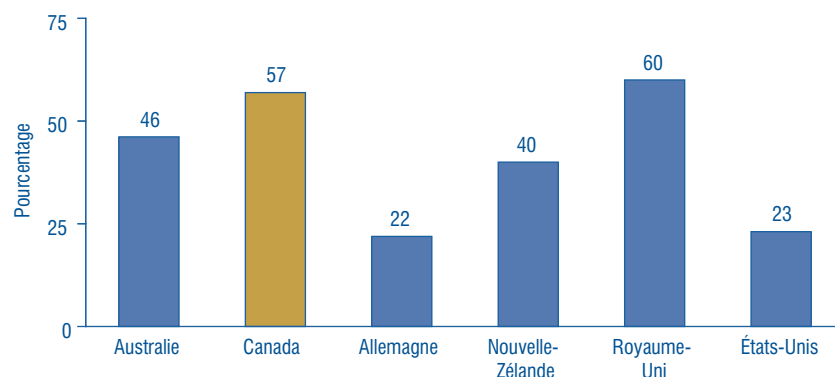
Certaines personnes sont en effet vues après seulement quelques minutes, tandis que celles (10 %) ayant attendu le plus longtemps en 2003-2004 ont dû patienter plus de 2 heures et 45 minutes avant qu'un médecin évalue leur état. Dans cet ordre d'idées, un patient sur cinq (21 %) a quitté le service d'urgence en moins d'une heure, mais environ 3 % d'entre eux y sont restés 12 heures ou plus. Une partie de ce délai peut être imputable à l'attente d'un lit d'hospitalisation ou de toute autre ressource spécialisée. Le séjour prolongé de certains patients a également pu être dû au délai nécessaire à l'évaluation et à la surveillance de leur état.

## Accès à des soins spécialisés

Si la plupart des problèmes de santé sont traités dans des installations de soins primaires, certains nécessitent l'intervention d'un spécialiste. Beaucoup de ces patients doivent alors attendre avant d'obtenir un rendez-vous. Généralement, les temps d'attente pour des services spécialisés sont plus longs que pour les soins de routine ou continus.

### 8 Le Canada fait-il bonne figure?

En 2005, le Fonds du Commonwealth a mené un sondage dans six pays industrialisés auprès d'adultes présentant des problèmes de santé. Les résidents du Canada et du Royaume-Uni sont les plus nombreux à avoir déclaré un temps d'attente de plus de quatre semaines la dernière fois qu'ils ont dû voir un spécialiste.



Source : 2005 International Health Policy Survey, Fonds du Commonwealth.

En 2005, le Fonds du Commonwealth a mené un sondage dans six pays auprès d'adultes présentant des problèmes de santé pour connaître leurs expériences relatives à l'accès à des soins spécialisés<sup>11</sup>. Dans l'ensemble des pays sondés, environ sept répondants sur 10 (entre 69 % et 79 %) ont indiqué avoir rencontré un spécialiste au cours des deux années précédentes. Les répondants du Canada et du Royaume-Uni étaient les plus nombreux à avoir subi de longs temps d'attente.

L'Enquête sur l'accès aux services de santé de Statistique Canada fournit des précisions

sur les temps d'attente pour des soins spécialisés au Canada. Au cours de la première moitié de 2005, 12 % des adultes canadiens (soit plus de trois millions de personnes) ont dit avoir rendu visite à un spécialiste au sujet d'une nouvelle maladie ou affection au cours de la dernière année<sup>2</sup>. De ce nombre, une personne sur cinq (18 %) a rapporté s'être heurtée à des difficultés. Questionnés à propos de ces difficultés, près des deux tiers (65 %) des répondants ont dit avoir attendu trop longtemps pour un rendez-vous. Bien que le nombre de Canadiens rapportant des difficultés a légèrement diminué depuis 2001, la longueur des temps d'attente pour un rendez-vous continue de représenter le principal problème lié à l'accès aux soins.

Quelle était la durée de l'attente? En 2005, la moitié des répondants ont indiqué un délai de quatre semaines ou moins pour voir un spécialiste<sup>2</sup>. De tous ceux qui avaient vu un spécialiste au cours de l'année précédente, 88 % avaient attendu trois mois ou moins. Ces résultats sont semblables à ceux de 2003. Les données détaillées de 2003 suggèrent que les temps d'attente pour les visites chez un spécialiste, pour trois des cinq domaines prioritaires établis par les premiers ministres, à savoir les maladies cardiaques, le cancer et les troubles de la vision, semblent relativement stables.

## Délai pour voir un spécialiste : une des facettes du temps d'attente

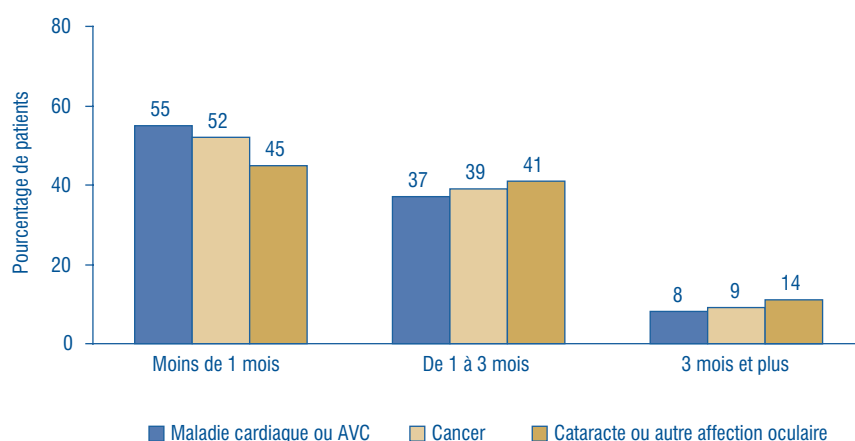
Du point de vue du patient, les temps d'attente inhérents aux rendez-vous avec un spécialiste et aux services de diagnostic ne représentent qu'une partie de l'aventure qui commence à l'apparition des symptômes et se termine à la fin du traitement. Par exemple, une récente étude à laquelle ont participé des patients du Sud-Est de Toronto a mesuré le temps d'attente à compter du moment où un médecin de famille suspecte la présence d'un cancer du poumon et le moment où un diagnostic clair a été posé<sup>12</sup>. Au début du projet, les patients présentant une radiographie

pulmonaire suspecte attendaient en moyenne plus de 18 semaines entre la radiographie et la prise d'une décision quant au traitement. Pendant cette période, ils attendaient en moyenne plus de cinq semaines pour rencontrer un spécialiste, plus de sept semaines pour passer un examen de tomodensitométrie et plus de cinq semaines avant que les résultats de cet examen soient évalués et qu'un diagnostic soit posé. Grâce à des changements apportés à l'horaire des rendez-vous et aux pratiques d'orientation vers des spécialistes, à l'adoption de normes de rendement ainsi qu'à une meilleure communication interdisciplinaire, les temps d'attente totaux pour les patients atteints du cancer du poumon ont chuté de 71 %. Il a fallu apporter des changements à plusieurs étapes du processus d'évaluation et de diagnostic.

Pareillement, les temps d'attente pour rencontrer un spécialiste ne sont qu'un segment du temps d'attente total associé à une arthroplastie. Quelle est la durée de ce segment? De nouvelles données du Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA) jettent un peu de lumière sur cette question.

### 9 Temps d'attente pour un rendez-vous avec un spécialiste

Lors de l'Enquête sur l'accès aux services de santé 2003, on a demandé à des Canadiens combien de temps ils avaient attendu pour voir un spécialiste en raison de nouveaux troubles médicaux. Dans le cas des maladies cardiaques ou des accidents vasculaires cérébraux, du cancer, des cataractes et d'autres affections oculaires, près de la moitié des personnes qui avaient rencontré un spécialiste au cours de l'année précédente ont dit avoir attendu moins d'un mois, tandis qu'une personne sur dix a attendu trois mois ou plus.



Source : Enquête sur l'accès aux services de santé, Statistique Canada, 2003.

## Les temps d'attente et le Registre canadien des remplacements articulaires

Le Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA) est un répertoire pancanadien qui collecte des données sur les arthroplasties totales de la hanche et du genou faites au Canada et sur le suivi des patients pour surveiller l'évolution des résultats des interventions, y compris les taux de reprise. Les chirurgiens orthopédistes soumettent des données sur une base volontaire, avec le consentement explicite du patient.

En avril 2005, on a entrepris la collecte de données additionnelles pour faciliter la mesure des temps d'attente pour une première arthroplastie. Voici quelques exemples de nouveaux éléments de données :

- Date de l'orientation (vers le chirurgien orthopédiste)
- Date de la première consultation (avec le chirurgien orthopédiste)
- Date de la décision de procéder à l'intervention

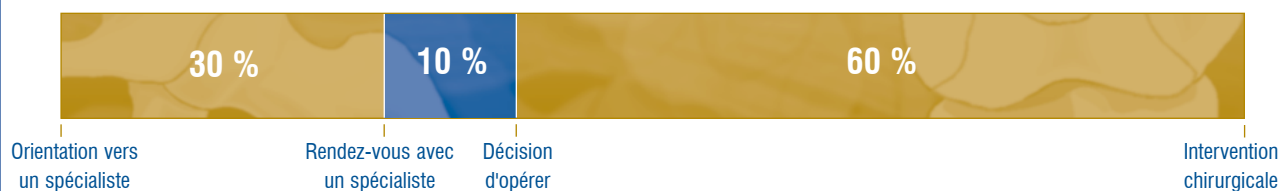
En décembre 2005, le RCRA tenait compte de ces dates dans le cas de 1 078 patients ayant subi une arthroplastie du genou et de 837 patients ayant subi une arthroplastie de la hanche, soit environ le tiers des dossiers ajoutés au RCRA depuis avril 2005. Les patients auxquels sont associées ces données sur les temps d'attente proviennent de l'Alberta (28 %), de la Colombie-Britannique (22 %), de la Saskatchewan (16 %), du Nouveau-Brunswick (12 %), du Manitoba (11 %), du Québec (5 %), de la Nouvelle-Écosse (5 %) et de Terre-Neuve-et-Labrador (1 %). Les données sur les temps d'attente de patients ontariens, recueillies jusqu'en septembre 2005 au moyen de l'Ontario Joint Replacement Registry, n'ont pu être analysées aux fins du présent rapport.

De façon générale, les patients qui risquent de devoir subir une arthroplastie sont orientés vers un chirurgien orthopédiste pour une consultation. Dans certains cas, le chirurgien décide de procéder immédiatement à l'intervention. Dans d'autres cas, la nécessité de faire des tests diagnostiques additionnels ou de consulter d'autres spécialistes, l'opposition du patient, la possibilité de reporter l'intervention ou d'autres facteurs risquent de causer des délais.

En général, les données du RCRA laissent croire que juste un peu moins du tiers (30 %) du temps d'attente total entre l'orientation vers un spécialiste et l'arthroplastie est attribuable au délai pour rencontrer le chirurgien orthopédiste, et 10 %, à l'attente de la décision de procéder à l'intervention. Le temps d'attente de l'intervention, qui peut s'étendre sur plusieurs mois, représente en moyenne environ 60 % du temps d'attente total.

### 10 Répartition des temps d'attente

Le Registre canadien des remplacements articulaires (RCRA), qui contient des données sur 1 915 patients et saisies entre avril et décembre 2005, met en évidence la répartition des temps d'attente liés aux arthroplasties. En moyenne, environ 40 % du délai s'écoule entre l'orientation vers un chirurgien orthopédiste et la décision de procéder à l'intervention, et 60 % dans l'attente de l'intervention.



Source : Registre canadien des remplacements articulaires, ICIS.

La répartition du temps d'attente dans chaque segment n'était pas touchée par le sexe ou le lieu de résidence (en ville ou en région) des patients. Les résultats étaient également similaires pour ce qui est des arthroplasties du genou et de la hanche.

## Accès aux tests diagnostiques

Le monde médical a toujours eu recours à diverses approches en matière de diagnostic et de soins. Nous avons maintenant accès à toute une gamme d'outils, dont l'imagerie médicale, les tests en laboratoire et diverses autres technologies.

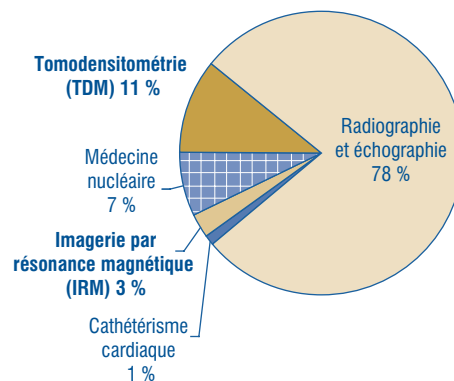
Dans le *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, les premiers ministres insistent sur un meilleur accès à l'imagerie diagnostique. Les cliniciens utilisent aujourd'hui des dizaines de types d'imagerie, souvent comme méthode diagnostique précoce qui précède ou prévient d'autres soins. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'imagerie diagnostique est nécessaire dans 20 % à 30 % des cas à travers le monde, quand les observations cliniques à elles seules ne suffisent pas pour poser un diagnostic exact<sup>13</sup>. L'OMS estime par ailleurs que, parmi ces problèmes diagnostiques nécessitant le recours à l'imagerie, 90 % peuvent généralement être réglés à l'aide d'exams de base, c'est-à-dire par radiographie ou par échographie, deux services largement répandus au Canada.

### Examens d'IRM et de TDM

Bien que les examens par imagerie par résonance magnétique (IRM) et par tomodensitométrie (TDM) représentent une faible proportion du volume d'examens par imagerie, ils sont souvent au centre des efforts de réduction des temps d'attente.

#### 11 Examens par IRM et par TDM en milieu hospitalier

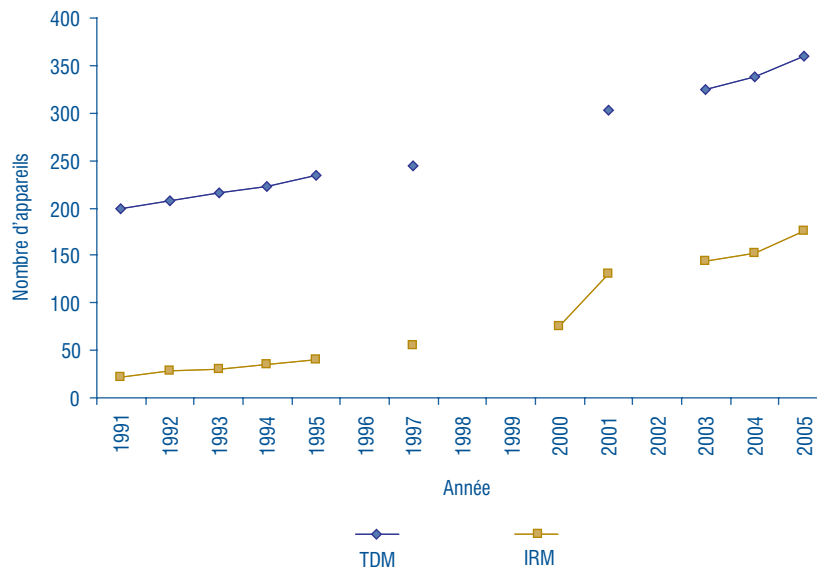
Des données en provenance de trois provinces pour la période 2003-2004 aident à mettre en perspective le volume relatif d'examens par IRM et TDM au sein de la catégorie de l'imagerie diagnostique. Les examens par IRM et TDM représentent 14 % des examens par imagerie dans les hôpitaux de la Colombie-Britannique, de la Nouvelle-Écosse et de l'Ontario. Ce pourcentage constitue possiblement une surestimation de la proportion totale d'examens par IRM et TDM, car un plus grand nombre de radiographies et d'échographies sont effectuées ailleurs qu'en milieu hospitalier.



Source : Base de données canadienne SIG, ICIS.

## 12 Augmentation du nombre d'appareils d'IRM et de TDM

Le nombre d'appareils d'IRM et de TDM a augmenté considérablement au Canada au cours des 15 dernières années.



Sources : National Inventory of Selected Imaging Equipment, Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (IRM en milieu hospitalier, 1991-2001); Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale, ICIS, 2003, 2004 et 2005.

Le nombre d'appareils d'IRM et de TDM a augmenté considérablement au Canada au cours des 15 dernières années. Bien que l'on porte une attention particulière à la disponibilité de l'équipement, il est difficile d'obtenir des données complètes sur les services d'imagerie. Il n'est pas non plus facile d'obtenir des données complètes sur l'utilisation des services d'IRM et de TDM, car les études utilisent des méthodes de collecte de données et des définitions différentes et ne portent pas sur les mêmes périodes. Elles s'accordent toutefois pour dire que le nombre d'exams d'IRM et de TDM a connu une hausse sensible au cours des dernières années, de récentes estimations faisant état d'une augmentation annuelle de l'ordre de 9 % à 14 %<sup>3, 14</sup>.

Malgré l'augmentation du nombre d'appareils et d'exams, certains patients continuent d'attendre pour obtenir des services d'imagerie médicale. L'Enquête sur l'accès aux services de santé de Statistique Canada recueille des données sur les services d'angiographie, d'IRM et de TDM non urgents offerts aux Canadiens de 15 ans et plus. De janvier à juin 2005, 15 % des personnes soumises à un examen par imagerie non urgent au cours de l'année précédente ont signalé des difficultés d'accès au service<sup>2</sup>. Au sein de ce groupe, plus de la moitié (58 %) ont indiqué que le temps d'attente trop long pour l'obtention d'un rendez-vous était à l'origine de leurs difficultés.

Même si certains Canadiens ont accédé très rapidement à ces services, Statistique Canada a découvert que le temps d'attente médian pour les six premiers mois de 2005 se chiffrait à trois semaines, tandis que 90 % des patients ont déclaré avoir attendu jusqu'à quatre mois<sup>2</sup>. Les temps d'attente médians demeurent inchangés par rapport aux résultats de l'enquête précédente, menée en 2003.

### Attendre pour les tests et pour les résultats

Au moins deux éléments entrent en ligne de compte en ce qui a trait à l'attente pour les tests diagnostiques : le délai avant de passer le test et l'attente des résultats. Bien que la présente section s'attarde principalement au temps d'attente lié au test lui-même, l'attente des résultats a également des répercussions sur les patients et les dispensateurs de soins. Selon une enquête internationale menée en 2004, huit Canadiens sur dix avaient passé une analyse de sang, une radiographie ou une autre analyse au cours des deux années précédentes<sup>9</sup>. De ce nombre, 9 % ont affirmé avoir attendu trop longtemps avant d'obtenir les résultats anormaux d'une analyse. (De plus, 28 % ont dit n'avoir jamais reçu les résultats ou que ceux-ci ne leur avaient pas été clairement expliqués. Il s'agit du pourcentage le plus élevé parmi les cinq pays participant à l'enquête.)

13 Temps d'attente pour un examen par IRM et par TDM, par province<sup>1</sup>

Parmi les provinces qui déclarent des temps d'attente pour les services d'imagerie diagnostique, quatre sont en mesure de déclarer des données plus détaillées sur les temps d'attente liés aux examens par IRM et TDM. Dans toutes ces provinces, les temps d'attente d'examens par IRM non urgents étaient plus longs que ceux pour les examens par tomodensitométrie.

|                           | N.-É.   | Ont.  | Man.   | Alb.   |
|---------------------------|---|---|--|--|
| Segment d'attente         | De l'arrivée de la demande au service d'imagerie diagnostique jusqu'au premier jour offrant trois rendez-vous possibles | De la date de demande de l'examen à la date de l'examen | De la date de décision de procéder au traitement à la date du traitement | De la date de décision de procéder au traitement à la date du traitement |
| Mesure sommaire           | Nombre de jours par établissement <sup>2</sup>  | Médiane, moyenne et 90 <sup>e</sup> percentile          | Moyenne  | Médiane <sup>3</sup>   |
| Exclusion des cas urgents | Oui   | Oui   | Oui  | Oui  |
| Méthode                   | Prospective   | Rétrospective   | Prospective  | Rétrospective  |
| Période                   | Oct. 2005   | Juill. 2005   | Oct. 2005  | 90 jours, prenant fin le 31 oct. 2005                                    |
| Estimation TDM            | De 5 à 80 jours   | 13 jours, 28 jours, 71 jours                            | 91 jours <sup>4</sup>  | 17 jours <sup>4</sup>  |
| Estimation IRM            | De 40 à 95 jours  | 31 jours, 53 jours, 117 jours                           | 112 jours <sup>4</sup>   | 63 jours <sup>4</sup>  |

**Sources :**

1. Information extraite de sites Web provinciaux le 1<sup>er</sup> décembre 2005.
2. Les délais pour la Nouvelle-Écosse correspondent aux différentes installations.
3. L'Alberta a également déclaré des proportions à l'intérieur de périodes déterminées.
4. Les temps d'attente ont été déclarés en semaines, puis convertis en jours.

### Facteurs influant sur la longueur des temps d'attente

Pour mieux comprendre les facteurs qui influent sur les temps d'attente pour des examens d'imagerie diagnostique, l'ICIS a mené deux enquêtes éclair sur imagerie par résonance magnétique et la tomodensitométrie au Canada. L'objectif était de dégager des constantes dans les temps d'attente et les facteurs qui les influencent ainsi que de déterminer les obstacles qui empêchent la mesure de ces temps d'attente. Les enquêtes ne visaient pas à produire une évaluation exacte de la situation au Canada.

Les enquêtes ont été menées sur des périodes de deux jours entre juin et octobre 2005. Tous les établissements publics et privés offrant des examens par IRM et par TDM ont été invités à y participer. Ainsi, 69 établissements répartis dans 10 provinces ont pris part à au moins une des deux enquêtes éclair.

Même si les enquêtes portaient sur des établissements différents provenant des quatre coins du pays, leurs résultats ont révélé des tendances similaires. Par exemple, elles indiquaient toutes deux que les Canadiens semblent attendre davantage pour les examens d'IRM que pour les examens de tomodensitométrie. Par ailleurs, l'une et l'autre laissaient croire que l'âge du patient n'avait pas d'effet marqué sur le temps d'attente, bien que les jeunes patients en consultation externe (moins de 30 ans pour les examens par TDM et moins de 20 ans pour les examens par IRM) avaient tendance à attendre un peu moins longtemps, tout comme les patients de 70 ans et plus, dans le cas des examens par TDM. Les paragraphes qui suivent décrivent d'autres résultats des enquêtes éclair.

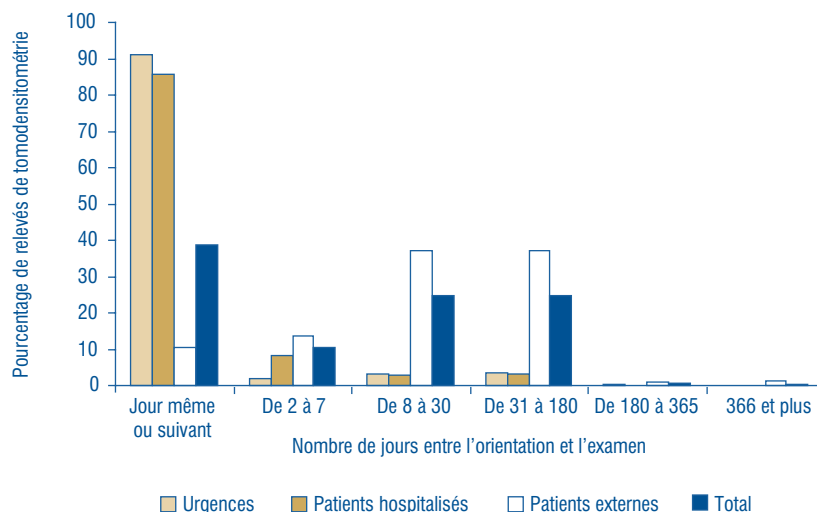
*Suivi des patients : un groupe distinct* — En général, deux grandes catégories de patients subissent un examen par IRM ou par TDM : ceux soumis à un test clinique ou diagnostique à la suite d'un nouveau problème et ceux soumis à un test de suivi après un diagnostic initial ou un traitement. Par exemple, les patients qui ont subi l'ablation d'un nodule du poumon peuvent être soumis périodiquement à des examens de suivi pour s'assurer qu'il n'y a pas récurrence.

Seulement un patient sur dix ayant participé aux enquêtes éclair subissait des examens de suivi. Ce groupe relativement restreint pourrait cependant avoir un impact important sur les temps d'attente moyens. Par exemple, les temps d'attente médians pour les patients subissant un examen de tomodensitométrie de suivi sont presque quatre fois plus longs que dans le cas d'un premier examen clinique ou diagnostique. Étant donné la différence marquée entre ces deux groupes, la suite de l'analyse dans ce chapitre portera sur les premiers examens cliniques ou diagnostiques.

*Écart entre les patients hospitalisés ou du service d'urgence et les patients en consultation externe* — Parmi les patients soumis à un premier examen clinique ou diagnostique, deux groupes se dessinent. Dans la plupart des cas, soit deux examens de tomodensitométrie sur trois et neuf examens par IRM sur dix, l'examen a lieu en consultation externe dans un hôpital ou dans un service d'imagerie autonome. Un nombre moins élevé de patients sont donc soumis à ce type d'examen pendant l'hospitalisation ou lors d'une visite au service d'urgence; dans leur cas, le temps d'attente n'excède généralement pas une journée. À l'opposé, le temps d'attente médian des patients en consultation externe s'élève à plusieurs semaines. Un certain nombre de facteurs viennent expliquer ces différences, notamment l'urgence du diagnostic afin de déterminer le traitement approprié pour un patient gravement malade (en cas d'accident vasculaire cérébral, par exemple).

## 14 Temps d'attente de TDM pour différents types de patients

Deux enquêtes éclair menées en 2005 révèlent une différence marquée entre les temps d'attente des patients du service d'urgence et ceux des patients en consultation externe. Le graphique ci-dessous illustre la proportion d'examens de TDM subis par des patients hospitalisés, du service d'urgence et en consultation externe au cours de différentes périodes couvrant le délai entre l'orientation vers le service et l'examen.



**Remarque :** Les données n'incluent pas les examens de suivi.

**Source :** Enquêtes éclair sur l'imagerie diagnostique, 2005, ICIS.

*Parties du corps soumises à un examen par imagerie médicale* — Les enquêtes éclair n'ont révélé que peu de variations dans les temps d'attente pour les examens des différentes parties du corps. Par exemple, dans le cas des patients en consultation externe, les examens portant sur quatre parties du corps représentaient plus de 90 % de tous les examens de tomodensitométrie. Les temps d'attente médians étaient similaires pour les examens de la tête, de l'abdomen et du thorax, mais légèrement plus longs pour ceux de la colonne vertébrale. Du côté de l'IRM, les examens de la tête, de la colonne vertébrale et des extrémités des membres représentaient plus de 80 % de tous les examens pratiqués sur les patients en consultation

externe. Les temps d'attente médians pour les examens de la colonne et des extrémités excédaient de quelques jours ceux pour les examens de la tête.

*Source de l'orientation* — Existe-t-il des files d'attente différentes pour les patients orientés par un spécialiste et ceux orientés par un médecin généraliste ou de famille? Les enquêtes éclair ne portaient que sur les temps d'attente pour les patients en consultation externe soumis à un premier examen clinique ou diagnostique. Dans le cas des examens de tomodensitométrie, les établissements participants étaient tout aussi susceptibles de déclarer de longs temps d'attente médians pour ce qui est des patients orientés par un spécialiste que de déclarer des temps d'attente plus courts. Dans le cas de l'IRM par contre, la situation est plus claire. En effet, dans un établissement participant sur trois, pratiquement tous les patients (soit plus de 95 %) avaient été orientés par un spécialiste. Par ailleurs, les établissements qui acceptent à la fois les patients orientés par les médecins généralistes et spécialistes sont cinq fois plus nombreux à déclarer que les temps d'attente médians sont moins longs dans le cas des patients orientés par un spécialiste.

### Mammographies et tests de Pap

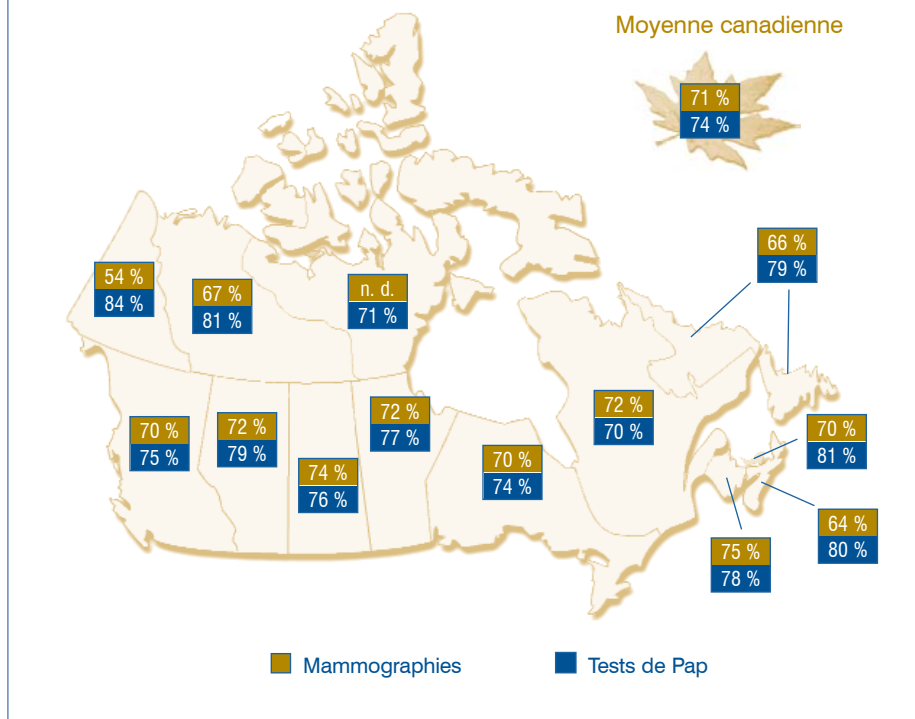
Bien que ceux qui ont de la difficulté à obtenir un rendez-vous pour un examen par IRM, par tomodensitométrie ou une angiographie non urgent sont les plus enclins à citer les temps d'attente parmi les obstacles à l'accès aux soins de santé, les délais ne représentent pas le principal obstacle à l'accès dans le cas de tous les types de tests. Par exemple, les femmes qui n'ont pas passé de mammographie ou de test de Pap sont plus nombreuses à affirmer que c'était parce qu'elles ou leur médecin ne croyaient pas ces tests nécessaires ou encore qu'elles avaient négligé de prendre rendez-vous<sup>2</sup>.

Vers la fin des années 1990, un programme d'extension des services a été mis sur pied au Manitoba pour tenter de vaincre les obstacles à l'accès aux mammographies<sup>15</sup>. Le Programme manitobain de dépistage du cancer du sein a équipé des fourgonnettes qui se sont rendues dans 50 collectivités rurales et nordiques pour offrir des services de dépistage du cancer du sein. Les collectivités

locales annonciaient la venue des cliniques mobiles et organisaient les rendez-vous. L'élimination des obstacles liés au transport et des barrières culturelles, entre autres choses, a fait grimper les taux de participation de 20 % en 1995 à 45 % en 1999 dans l'ensemble de la province. Le programme a permis de hausser les taux de dépistage dans l'ensemble de la population, enregistrant des gains dans toutes les catégories de revenu. Les améliorations les plus marquées ont été réalisées en milieu rural, les disparités liées à l'accès entre les femmes les plus riches et les plus pauvres ayant été pratiquement éliminées.

#### 15 Subir l'examen

Le graphique ci-dessous illustre le pourcentage de femmes de 50 à 69 ans qui ont déclaré en 2003 avoir subi une mammographie pour une raison quelconque au cours des deux années précédentes, ainsi que le pourcentage de femmes de 18 à 69 ans qui ont déclaré avoir subi un test de Pap au cours des trois années précédentes.



**Remarque :** Les données sur les mammographies au Nunavut ne sont pas disponibles en raison de la variabilité de l'échantillon.

**Source :** Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, 2003.

Une fois les résultats pondérés, le Groupe d'études canadien sur les soins de santé préventifs a indiqué que des données probantes appuient l'utilité des mammographies et des tests de Pap chez certains groupes de femmes. Ainsi, il est recommandé aux femmes de 50 à 69 ans de subir une mammographie (au moins tous les deux ans) et aux femmes de 18 à 69 ans de subir un test de Pap (au moins tous les trois ans). Les ministères de la Santé ont inclus ces groupes et ces périodes dans les points de référence établis en décembre 2005<sup>16</sup>. Plus de sept femmes sur dix ont subi une mammographie ou un test de Pap dans les limites de ces périodes.

## Évaluation et diagnostic : état des connaissances

### Ce que nous savons, entre autres

- La plupart des Canadiens ont déclaré avoir eu accès aux soins dont ils avaient besoin au cours de la dernière année, et la proportion de patients déplorant des obstacles liés à l'accès varie considérablement selon les types de services. Les temps d'attente représentent l'obstacle le plus souvent cité en ce qui concerne l'accès à certains types de soins (p. ex., les soins de routine et spécialisés), mais pas en ce qui touche d'autres types de soins (p. ex., les mammographies et les tests de Pap).
- Les temps d'attente liés aux services spécialisés ont tendance à être plus longs que ceux des soins de routine ou continus.
- Pour ce qui est de certains types de soins telles les arthroplasties, une proportion importante du temps d'attente total s'écoule pendant les phases d'évaluation et de diagnostic, avant que la décision de procéder à l'intervention ne soit prise.
- Les temps d'attente ne diminuent pas nécessairement suivant l'augmentation des ressources (par exemple des appareils d'imagerie diagnostique). Cela montre que des facteurs autres que les ressources « primaires » influent sur l'accès aux services.
- Une analyse des données sur les services d'imagerie diagnostique révèle des différences marquées entre les temps d'attente en milieu hospitalier ou au service d'urgence et les temps d'attente en consultation externe.

### Ce que nous ignorons

- Les temps d'attente liés aux soins de routine, les services d'évaluation et les services diagnostiques ont-ils tendance à augmenter ou à diminuer? Pourquoi? Quelles sont les stratégies efficaces pour réduire les temps d'attente associés à ces types de services?
- Quels sont les temps d'attente pour les services en consultation externe et les services communautaires tels que les services d'orthophonie et les soins de santé mentale pour enfants?
- Quelle est la proportion du temps d'attente total consacré à la phase d'évaluation et de diagnostic, entre la reconnaissance des symptômes et le traitement? Dans quelle mesure cette proportion varie-t-elle selon les régions du pays et les conditions cliniques? Quels sont les facteurs qui peuvent expliquer de telles variations?
- Comment une concentration accrue des efforts visant à réduire les temps d'attente liés à l'établissement du diagnostic et aux interventions chirurgicales influera-t-elle sur l'accès aux soins durant les phases précédant et suivant le traitement? Qu'en est-il de la phase post-traitement?
- 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?

## Pour en savoir davantage

- 1 Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et Collège des médecins de famille du Canada, *National Physicians Survey, 2004* (en ligne), dernière mise à jour en août 2005. Consulté le 5 janvier 2006. Internet : <[http://www.cfpc.ca/nps/English/pdf/Physicians/Family\\_Physicians/Tables/Summary-Table/Q16.pdf](http://www.cfpc.ca/nps/English/pdf/Physicians/Family_Physicians/Tables/Summary-Table/Q16.pdf)>.
- 2 Statistique Canada, tableaux de données provenant de l'*Enquête sur l'accès aux services de santé, 2001, 2003 et les six premiers mois de 2005*, et *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001, 2001*.
- 3 C. Sammartin, F. Gendron, J. M. Berthelot et K. Murphy, *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2003*, 2003, Ottawa, Ministre de l'Industrie, 2004.
- 4 Canada, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes », *Le Quotidien* (en ligne). Internet : <<http://www.statcan.ca/Daily/Francais/040615/q040615b.htm>>.
- 5 Institut canadien d'information sur la santé, *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 2004*, Ottawa, ICIS 2005.
- 6 Institut canadien d'information sur la santé, *Analyse en bref : Les médecins de famille qui acceptent de nouveaux patients : Comparaison entre les résultats du sondage Janus de 2001 et de l'Enquête nationale auprès des médecins de 2004* (en ligne). Internet : <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/PDAB2-2005\\_FP\\_accept\\_new\\_pt\\_f.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/PDAB2-2005_FP_accept_new_pt_f.pdf)>.
- 7 Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, *Building on Values: The Future of Health Care in Canada*, Ottawa, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002.
- 8 Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer la santé des Canadiens, 2004*, Ottawa, ICIS 2004.
- 9 C. Schoen, R. Osborn, P. T. Huynh et coll., *Primary Care and Health System Performance: Adults' Experiences in Five Countries*, New York, Fonds du Commonwealth, 2004.
- 10 Institut canadien d'information sur la santé, *Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence, 2005*, Ottawa, ICIS 2005.
- 11 C. Shoen, R. Osborn, P. T. Huynh et coll., *Taking the Pulse of Health Care Systems: Experiences of Patients with Health Problems in Six Countries*, New York, Fonds du Commonwealth, 2005.
- 12 J. Meharchand, I. Fraser, R. Zeldin, *Time to Treat: Lung Cancer*, présentation au Action cancer Ontario, le 5 octobre 2005.
- 13 Organisation mondiale de la Santé, département Technologies essentielles de la santé, *Essential Diagnostic Imaging* (en ligne). Consulté le 8 décembre 2005. Internet : <<http://www.who.int/eh/en/DiagnosticImaging.pdf>>.
- 14 Institut canadien d'information sur la santé, *L'imagerie médicale au Canada, 2005*, Ottawa, ICIS 2006.
- 15 Institut canadien d'information sur la santé, *Améliorer l'accès aux soins pour une meilleure participation en santé préventive : constatations d'une nouvelle étude* (en ligne). Internet : <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=media\\_09dec2003\\_f](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=media_09dec2003_f)>.
- 16 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Les tout premiers repères permettront aux Canadiens de mesurer les progrès réalisés en vue de réduire les temps d'attente* (en ligne). Internet : <[http://www.health.gov.on.ca/french/mediaf/news\\_releasesf/archivesf/nr\\_05f/nr\\_121205f.html](http://www.health.gov.on.ca/french/mediaf/news_releasesf/archivesf/nr_05f/nr_121205f.html)>.



# 3

## Interventions chirurgicales



## Chapitre 3. Interventions chirurgicales

Les temps d'attente pour une intervention chirurgicale représentent actuellement un des principaux défis que le Canada et d'autres pays doivent relever en matière de politique de santé. Les médias, le public, les dispensateurs de soins, les gouvernements et les tribunaux portent tous une attention particulière aux temps d'attente des Canadiens pour une intervention chirurgicale ainsi qu'aux solutions qui permettraient de les réduire. Souvent, comme ce fut le cas avec la décision de la Cour suprême dans la cause Chaoulli, les discussions tournent principalement autour des expériences individuelles des patients.

De plus en plus de statistiques font état des expériences que vivent des centaines, voire des milliers de patients. De même, les provinces recueillent une quantité accrue de données sur les temps d'attente pour différentes interventions chirurgicales. Dans certains cas, il est possible de comparer les temps d'attente par région sanitaire, établissement et clinicien. Toutefois, les comparaisons selon les provinces et territoires au fil du temps demeurent problématiques. Les méthodes de collecte de données, les dates de début et de fin utilisées pour calculer les temps d'attente, les méthodes de déclaration et de mesure de temps d'attente ainsi que les cas pris en compte varient considérablement. L'adoption récente d'indicateurs communs devrait aider à surmonter ces difficultés à long terme. (Pour obtenir de plus amples renseignements sur les problèmes d'évaluation des temps d'attente et d'interprétation des résultats, consultez le chapitre 1.)

Même si les données sur les temps d'attente pour des interventions chirurgicales ne sont pas aussi exhaustives et comparables qu'elles pourraient l'être, elles permettent néanmoins de se faire une idée de l'état actuel de la situation à l'échelle du pays. Dans le présent chapitre, nous examinons le point de vue des patients concernant les temps d'attente pour des interventions chirurgicales non urgentes, puis nous comparons ces délais aux points de référence établis. Nous dressons ensuite un profil des temps d'attente dans quatre domaines prioritaires définis dans *le Plan décennal pour consolider les soins de santé*, adopté par les premiers ministres, à savoir l'oncologie, la restauration de la vue, l'orthopédie et la cardiologie<sup>i</sup>. Le supplément qui commence à la page 48 contient des renseignements additionnels concernant les taux d'interventions chirurgicales et les données disponibles sur les temps d'attente de chaque province dans les quatre domaines prioritaires.

i. Dans le document intitulé *Fédéralisme asymétrique qui respecte les compétences du Québec*, qui accompagne *le Plan décennal pour consolider les soins de santé*, il est indiqué que le Québec appliquera son propre plan de réduction des temps d'attente en accord avec les objectifs, les normes et les critères établis par les autorités québécoises appropriées<sup>1</sup>.

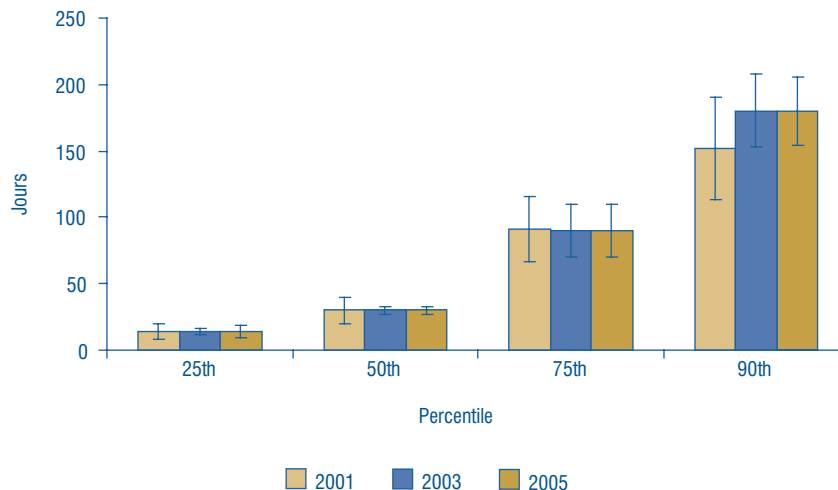
## Temps d'attente pour une intervention chirurgicale : point de vue des Canadiens

Si des panneaux routiers continuent de signaler la proximité des hôpitaux, les services offerts dans ces établissements ont changé au fil du temps. Par exemple, les séjours de plus de 24 heures ont perdu du terrain au cours des dix dernières années au profit des chirurgies d'un jour. En 2002-2003, en comparaison avec les chiffres de 1995-1996, les chirurgies d'un jour en milieu hospitalier ont augmenté de 57 %<sup>2</sup>.

Les types d'interventions chirurgicales que subissent les Canadiens et le temps qu'ils doivent attendre varient considérablement. La plupart des interventions sont planifiées à l'avance. Les temps d'attente pour ces interventions tendent à être plus longs que dans le cas des interventions d'urgence. Selon Statistique Canada, le temps d'attente pour la plupart des interventions chirurgicales non urgentes est inférieur à un mois<sup>4</sup>. Selon les estimations de l'enquête de 2005, le temps d'attente médian pour les adultes qui ont subi une intervention chirurgicale non urgente au cours de la dernière année est de 30 jours<sup>3</sup>. Par contre, 10 % d'entre eux ont déclaré avoir attendu six mois ou plus. Les temps d'attente étaient à peu près les mêmes dans les deux cas en 2003. (Une enquête réalisée au début de 2001 et basée sur une méthodologie légèrement différente indique des temps d'attente médians très similaires.)

### 16 Temps d'attente pour les interventions non urgentes

En 2001, 2003 et 2005, Statistique Canada a demandé à des adultes âgés de 15 ans et plus combien de temps ils avaient attendu avant de subir une intervention chirurgicale non urgente autre que dentaire au cours de l'année précédente. Le graphique ci-dessous illustre les 25<sup>e</sup>, 50<sup>e</sup> (médiane), 75<sup>e</sup> et 90<sup>e</sup> percentiles des temps d'attente pour ces deux années. Le 25<sup>e</sup> percentile correspond au point auquel 25 % des patients attendent moins longtemps et 75 % attendent plus longtemps. Les barres verticales indiquent les intervalles de confiance de 95 % délimitant les temps d'attente estimatifs. La valeur réelle devrait se situer dans cette fourchette 19 fois sur 20.



#### Remarques :

- Les données de 2001 ayant été recueillies au moyen d'une approche de sondage différente, la comparaison avec les données de 2003 et 2005 devrait être effectuée avec prudence.
- Les 25<sup>e</sup> percentiles estimatifs de 2001 et de 2005 doivent être interprétés avec prudence en raison de la grande variété de l'échantillon.

**Source :** Enquête sur l'accès aux services de santé, 2001, 2003 et 2005 (données préliminaires pour les six premiers mois de l'année), Statistique Canada.

En 2005, 162 000 adultes ont déclaré à Statistique Canada avoir éprouvé des difficultés à recevoir une intervention chirurgicale non-urgente. Ce chiffre représente 10,5 % des personnes ayant subi ce type d'intervention, soit une baisse par rapport aux 12,9 % enregistrés en 2003. La principale difficulté indiquée pour les deux années était un « temps d'attente trop long ». Environ huit personnes sur dix ont déclaré avoir éprouvé des difficultés en 2005, alors qu'en 2003 la proportion était de six personnes sur dix.

ii. Les résultats préliminaires pour 2005 sont basés sur les données recueillies auprès de Canadiens âgés de 15 ans et plus au cours des six premiers mois. Pour plus de renseignements sur la méthodologie et l'intégrité des données, consultez le site [www.icis.ca](http://www.icis.ca).

## Messages variés

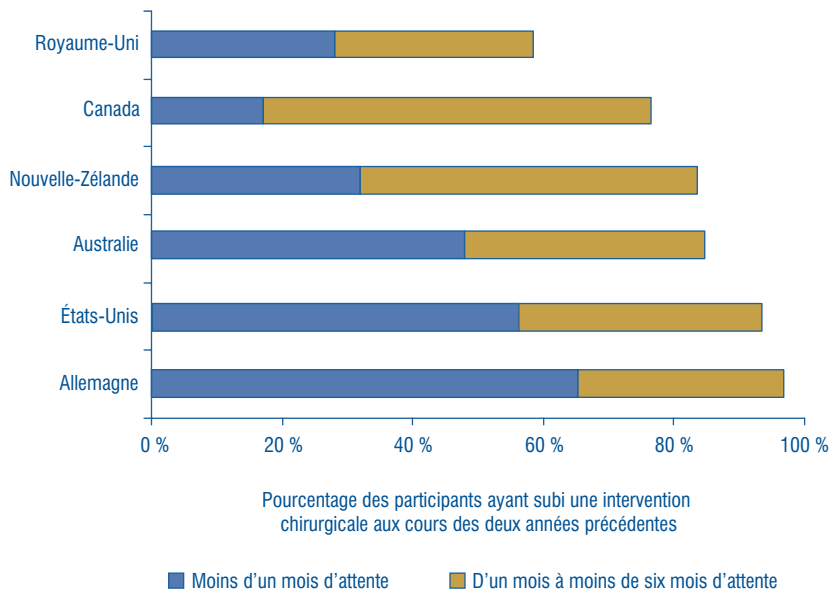
Au Canada et ailleurs, les soins reçus semblent obtenir une meilleure note que le système de santé en général. On peut observer une tendance similaire en ce qui concerne les temps d'attente pour des interventions chirurgicales non urgentes. Dans le cadre d'une enquête menée en 2005, on a demandé au grand public, aux médecins, aux pharmaciens, au personnel infirmier et aux directeurs de soins de santé au Canada s'ils croyaient que les temps d'attente pour des interventions chirurgicales non urgentes avaient augmenté au cours des deux années précédentes<sup>4</sup>. Entre 43 % et 66 % des participants ont répondu oui.

Selon les données compilées par Statistique Canada, les temps d'attente étaient pourtant stables durant cette période. Dans le cadre de l'Enquête sur l'accès aux services de santé de 2003 et 2005, on a demandé à un échantillon de Canadiens ayant subi une intervention chirurgicale non urgente au cours de l'année précédente combien de temps ils avaient attendu avant d'être opérés<sup>3</sup>. Selon les résultats, les temps d'attente sont sensiblement les mêmes. En 2003 comme en 2005, quatre patients sur dix ont déclaré avoir attendu moins d'un mois. Un nombre à peu près identique a attendu de un à trois mois, alors que deux patients sur dix ont attendu plus de trois mois. Pour les deux années, le pourcentage de patients (17 %) considérant que leur temps d'attente n'était pas acceptable était le même.

Par contre, les Canadiens qui ont participé à une récente enquête internationale sur les temps d'attente pour une intervention chirurgicale non urgente subie au cours des deux dernières années ont déclaré des temps d'attente supérieurs à ceux participant à l'enquête de Statistique Canada. Plusieurs raisons peuvent expliquer cet écart, entre autres les questions légèrement différentes, les différences dans les échantillons (l'enquête internationale s'adressait aux adultes éprouvant des problèmes de santé et comprenait un échantillon plus petit) et d'autres variations méthodologiques.

### 17 Comparaison des temps d'attente

En 2005, des adultes souffrant de problèmes de santé ont été interrogés au sujet de leur santé et des soins de santé dans le cadre d'une enquête internationale réalisée dans six pays. La plupart des participants ayant subi une intervention chirurgicale non urgente au cours des deux années précédentes ont déclaré avoir dû attendre avant d'être opérés — certains peu, d'autres plus longtemps. Dans tous les pays, les temps d'attente d'au moins les trois quarts des participants étaient d'une semaine au minimum. Le taux de patients ayant attendu moins d'un mois ou moins de six mois varie considérablement d'un pays à l'autre, comme l'illustre le graphique ci-dessous.



**Remarque :** Les valeurs indiquées ci-dessus ne tiennent pas compte des participants qui ont déclaré ne pas savoir combien de temps ils ont attendu (1 % ou moins dans tous les pays) et de ceux qui ont refusé de répondre à la question (5 % au Canada, 8 % en Allemagne, 9 % au Royaume-Uni, 4 % aux États-Unis et moins de 0,5 % en Australie et en Nouvelle-Zélande).

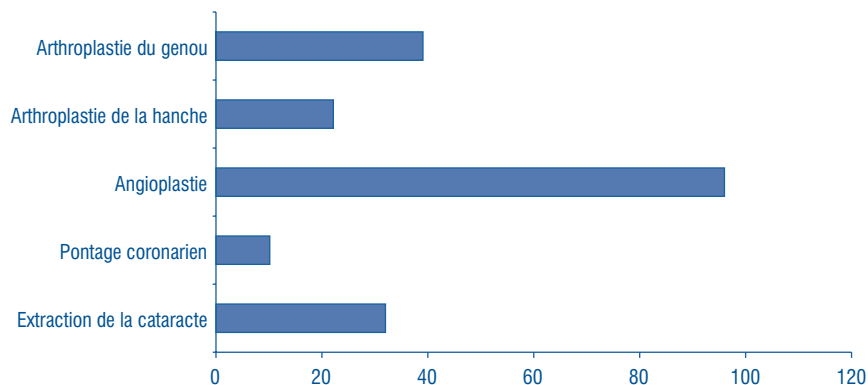
**Source :** 2005 International Health Policy Survey, Fonds du Commonwealth.

## Temps d'attente pour une intervention chirurgicale : les quatre domaines prioritaires établis par les premiers ministres

Parmi les dizaines de types d'opérations, des efforts ont été déployés d'un bout à l'autre du pays afin de réduire les temps d'attente pour les interventions chirurgicales dans quatre grands domaines, à savoir l'oncologie, la restauration de la vue, la cardiologie et l'orthopédie. Au cours des dernières années, on a remarqué une augmentation de certaines des interventions les plus courantes faisant partie de ces quatre domaines. L'augmentation est souvent plus rapide, et la croissance démographique ou le vieillissement de la population ne peuvent à eux seuls l'expliquer. Par exemple, le taux d'arthroplasties du genou a augmenté pour tous les groupes d'âges entre 1994-1995 et 2002-2003<sup>5</sup>. Il est toutefois supérieur à la moyenne pour les 45 à 54 ans, ce qui suggère un changement du type de patients opérés. D'autres facteurs, comme les différences entre les patients recommandés pour une intervention, peuvent aussi expliquer en partie les variations de taux d'un endroit à l'autre. Par exemple, le taux de pontages coronariens, de chirurgie de la cataracte et d'arthroplasties de la hanche ou du genou varie de 80 à 105 % parmi toutes les provinces, même après avoir pris en compte le fait que certaines régions ont une population plus âgée que d'autres. On observe des différences encore plus significatives au niveau sous-provincial.

### 18 Croissance du volume d'interventions chirurgicales

Un grand nombre d'interventions (mais pas toutes) sont devenues plus courantes au cours des dernières années. Le graphique ci-dessous illustre la variation du volume, exprimée en pourcentage, pour certaines opérations relevant des domaines prioritaires établis par les premiers ministres, effectuées dans des hôpitaux canadiens entre 1997-1998 et 2002-2003. Puisque différents types d'interventions sont effectués pour différents types de cancers (et que la même opération peut servir à traiter des problèmes de santé autres que le cancer), les interventions spécifiquement liées au cancer ne sont pas incluses.



Sources : Base de données sur les congés des patients, Base de données sur la morbidité hospitalière et Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

### Comparaison des temps d'attente

Malgré une augmentation du nombre d'interventions pratiquées, les données provinciales suggèrent que les temps d'attente présentent encore un problème dans de nombreuses régions du pays. On observe une variation marquée des temps d'attente au sein même des provinces ou territoires, ou des établissements. Ainsi, alors que 14 % des patients ayant subi une chirurgie de la cataracte en juin 2005 en Saskatchewan ont attendu trois semaines ou moins, 12 % ont attendu plus d'un an. De même, tandis que la moitié des patients ayant subi une arthroplastie du genou en juillet 2005 en Ontario ont attendu 4,9 mois ou moins, un patient sur dix a attendu 14,7 mois ou plus.

Bien que l'on ne comprenne pas complètement les différentes raisons de ces écarts, les données font ressortir certains facteurs qui peuvent avoir une incidence sur les temps d'attente, notamment :

- **Le type de soins dont vous avez besoin :** En ce qui concerne les quatre domaines prioritaires, les temps d'attente les plus longs semblent s'appliquer aux arthroplasties, puis aux chirurgies de la cataracte. Les temps d'attente types pour les chirurgies cardiaques ou liées au cancer tendent à être plus courts même lorsque les interventions d'urgence ne sont pas prises en compte. L'enquête menée par Statistique Canada au cours des six premiers mois de 2005 confirme ces constatations et démontre que neuf participants sur dix ayant subi une intervention oncologique ou cardiaque non urgente au cours de la dernière année ont attendu trois mois ou moins<sup>iii,3</sup>. Pour ce qui est des arthroplasties ou des chirurgies de la cataracte, la proportion est moindre, soit de six patients sur dix. Même dans un domaine prioritaire, le type de soins requis semble faire une différence. Par exemple, les temps d'attente pour une arthroplastie du genou tendent à être plus longs que pour une arthroplastie de la hanche, peu importe comment ils sont mesurés.
- **La liste sur laquelle vous êtes inscrit et l'endroit où vous vous trouvez :** Les régions sanitaires, les hôpitaux et les médecins gèrent habituellement leurs propres listes d'attente. Souvent, dans les endroits où des données comparables sont disponibles, les temps d'attente varient beaucoup d'un dispensateur de soins à l'autre. Par exemple, en Colombie-Britannique, les temps d'attente médians pour une chirurgie oculaire entre juillet et septembre 2005 étaient de 4 à 358 jours, selon le chirurgien consulté<sup>6</sup>. Dans le même ordre d'idées, au Québec, la mise en place de corridors de services interétablissements pour les patients en attente de radiothérapie a permis à 300 patients d'être traités à l'intérieur des délais maximaux en 2004-2005<sup>7</sup>. Les temps d'attente pour les cas de radiothérapie varient également en Ontario<sup>8</sup>. Dans le cas de huit des neuf types de cancer rapportés, le temps d'attente type peut varier de plus de trois semaines et demie selon le centre de radiothérapie qui a prodigué les soins.
- **L'urgence des soins dont vous avez besoin :** Pour plusieurs types d'interventions chirurgicales, les temps d'attente des interventions non planifiées sont plus courts que ceux des interventions planifiées. Par exemple, le temps d'attente type pour les chirurgies liées à une fracture de la hanche se mesure en heures ou en jours et celui pour les arthroplasties de la hanche planifiées, en semaines et en mois. De même, en Nouvelle-Écosse, les temps d'attente moyens pour les chirurgies cardiovasculaires non urgentes en octobre 2005 sont de 28 à 188 jours, selon la priorité (voir le supplément). Ces variations sont en partie explicables par le fait que des processus différents peuvent être utilisés pour soigner les différents types de patients.
- **Le moment :** Certains temps d'attente varient selon l'heure, le jour ou la saison. Par exemple, les patients admis à l'hôpital pour une fracture de la hanche durant le week-end ont plus de chance d'être opérés le jour même ou le lendemain que ceux admis durant la semaine.

iii. Ces estimations doivent être interprétées avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillon.

- **Facteurs spéciaux associés au patient ou aux conditions** : L'état du patient, les caractéristiques ou les circonstances peuvent également influencer sur les temps d'attente. Par exemple, il peut s'avérer nécessaire de stabiliser un patient dans un état critique avant qu'il subisse une intervention. Pour ce qui est des interventions chirurgicales non urgentes, le patient peut choisir de reporter une opération pour des raisons professionnelles ou personnelles. Certains patients préfèrent attendre un chirurgien de leur choix. D'autres facteurs peuvent aussi jouer un rôle clé en ce qui touche certains types de soins. Les temps d'attente pour les transplantations, par exemple, dépendent grandement de la disponibilité des organes compatibles.

### À quel moment le temps d'attente devient-il inacceptable?

Apprendre que l'on doit subir une intervention chirurgicale est déjà assez troublant en soi. Si des soins d'urgence sont nécessaires, même le plus petit délai peut faire une différence. Les délais peuvent aussi jouer sur les chances que le patient puisse profiter d'une intervention chirurgicale non urgente. Par exemple, des chercheurs canadiens ont récemment examiné les répercussions des temps d'attente sur les patients devant subir une arthroplastie de la hanche ou du genou<sup>9</sup>. Ils ont constaté que les personnes qui attendent plus de six mois pour être opérées peuvent voir leur santé se détériorer et que des attentes d'un an ou plus peuvent entraîner des résultats moins favorables après l'intervention chirurgicale. De plus, selon les chercheurs, les risques semblent varier d'un patient à l'autre. Compte tenu du large éventail de services de santé, nous savons parfois quelles sont les conséquences cliniques des temps d'attente; mais, plus souvent qu'autrement, nous n'en savons rien<sup>10</sup>.

Les temps d'attente peuvent avoir une incidence même pour les patients qui présentent un faible risque de détérioration des résultats cliniques. Selon les résultats compilés par Statistique Canada en 2003, environ un adulte sur dix en attente d'une intervention chirurgicale non urgente a déclaré que l'attente a eu une incidence<sup>11</sup>. Les principales répercussions signalées sont l'inquiétude, l'anxiété, le stress et la douleur.

Une recherche réalisée par le Western Canada Waiting List Project révèle que les temps d'attente maximaux acceptables sont une question de point de vue<sup>12</sup>. Par exemple, des patients ont répondu que le temps d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou les moins urgentes ne devrait pas dépasser 12 semaines. Les cliniciens ont répondu 26 semaines en moyenne, alors que les adultes n'ayant pas subi cette opération ont suggéré 147 semaines<sup>iv</sup>. L'opinion générale de ces groupes et d'autres groupes constitue une façon de définir des points de référence ou des cibles en matière de temps d'attente. Les recherches concernant les répercussions sur l'état de santé des patients en attente ou d'autres incidences potentielles (anxiété, douleur ou absentéisme) peuvent également servir à cette fin. De même, les données sur les temps d'attente ou sur la capacité du système peuvent être utiles.

iv. Compte tenu du fait que les répondants issus du grand public ont une expérience moins directe, les chercheurs ne leur ont pas posé les mêmes questions qu'aux patients et aux cliniciens. Cette différence peut influencer sur la comparabilité des résultats.

Plusieurs groupes ont récemment recommandé des points de référence pour les temps d'attente associés à différentes conditions ou interventions cliniques. Par exemple, une coalition d'organisations professionnelles a publié un ensemble de points de référence à l'automne 2005<sup>13</sup>. Plus récemment, les ministres de la Santé ont établi des points de référence relatifs à sept procédures<sup>14</sup>. Pour les gouvernements, les points de référence sont « des objectifs fondés sur des preuves que les provinces et les territoires tenteront d'atteindre individuellement en tenant compte d'autres priorités visant à fournir des soins de qualité aux Canadiens. Ils indiquent, en s'appuyant sur des preuves cliniques, le délai approprié pour une intervention particulière ». Ils s'appliquent après que le patient et le médecin ont convenu d'un traitement et que le patient est prêt à recevoir les soins, plutôt qu'aux temps d'attente préalables pour voir un spécialiste ou passer des tests diagnostiques.

Outre les points de référence pour le dépistage du cancer, les ministres de la Santé se sont engagés à améliorer les services suivants :

- radiothérapie en moins de 4 semaines, à compter du moment où le patient est jugé apte à recevoir son traitement;
- réparation des fractures de la hanche en moins de 48 heures;
- pontage coronarien dans un délai de 2 à 26 semaines selon le degré d'urgence;
- arthroplastie de la hanche en moins de 26 semaines;
- arthroplastie du genou en moins de 26 semaines;
- extraction des cataractes en moins de 16 semaines pour les patients présentant un risque élevé<sup>v</sup>.

À l'avenir, chaque gouvernement établira ses propres objectifs en fonction des points de référence.

Les données actuellement disponibles sur les temps d'attente ont été collectées avant l'établissement de ces points de référence et elles n'ont pas comme objet de servir à évaluer les progrès réalisés. Il n'est donc pas possible de déterminer où nous en sommes par rapport aux points de référence. Que savons-nous? Bon nombre de patients (et dans certains cas, la plupart) ont été opérés conformément aux nouveaux points de référence. Mais ce n'est pas toujours le cas. En fait, certains patients (le nombre n'est pas clairement défini) ont attendu beaucoup plus longtemps.

Pourquoi ces patients ont-ils attendu plus longtemps que d'autres? On invoque souvent comme une des causes à l'origine des longs temps d'attente le manque de capacité (professionnels de la santé, équipement, installations ou ressources financières). Or il en existe d'autres, comme l'incapacité d'aider les patients à passer facilement d'une phase à l'autre de leur traitement, le manque de coordination de l'accès aux soins complexes, une mauvaise compréhension de qui profiterait le plus d'une intervention chirurgicale, les délais d'adaptation du système de santé aux besoins en évolution, les nouvelles thérapies et technologies ainsi que la difficulté à garder les listes d'attente (et par conséquent les temps

v. Le communiqué publié mentionne que ces points de référence ne s'appliquent pas dans les cas d'interventions médicales d'urgence. Les ministres ont indiqué que les patients ayant besoin de soins d'urgence continueront d'être examinés dans les meilleurs délais.

d'attente) à jour et à s'assurer quelles tiennent compte des patients qui sont prêts à être traités et désireux de l'être. Il ne fait aucun doute que la réponse se trouve dans une combinaison de ces facteurs (et d'autres), une combinaison qui est susceptible de changer au fil du temps et selon l'endroit. De nouvelles recherches et des projets visant à réduire les temps d'attente commencent à nous fournir des indices. Mais il reste encore beaucoup de travail à accomplir avant d'y voir clair et de comprendre quel rôle ces facteurs et d'autres jouent.

### Ce que les données révèlent

Les sections suivantes fournissent davantage de renseignements sur les taux d'interventions chirurgicales ainsi que sur les temps d'attente liés à l'oncologie, à la restauration de la vue, aux soins orthopédiques et aux soins cardiaques. Elles résument des données provinciales de même que des données pancanadiennes. Même si nous n'avons jamais disposé d'autant de données, l'information disponible pour certains domaines demeure assez rudimentaire et il est difficile d'en tirer des conclusions. Les systèmes de données actuels, mis en place avant que l'on s'entende sur des indicateurs comparables de l'accès, ont été conçus à la base pour répondre à des besoins régionaux ou provinciaux. C'est pourquoi il est si difficile de comparer des temps d'attente pour intervention chirurgicale sur une base temporelle ou géographique. Par exemple, certaines provinces publient des temps d'attente moyens, tandis que d'autres présentent des médianes (valeur qui partage les patients en deux sous-ensembles égaux, soit ceux qui ont attendu moins longtemps et ceux qui ont attendu plus longtemps). Comme il arrive souvent qu'un petit nombre de patients attendent beaucoup moins (peut-être parce qu'ils doivent subir une intervention urgente) ou beaucoup plus longtemps que la majorité, il est difficile de comparer des moyennes et des médianes. Il existe de nombreux autres obstacles à la mesure des temps d'attente, comme en fait état le chapitre 1.

Dans d'autres domaines, comme la cardiologie et les arthroplasties, les données recueillies sont suffisamment exhaustives et normalisées pour permettre un examen plus approfondi des temps d'attente. Par exemple, il est possible de savoir combien de temps les patients victimes d'une crise cardiaque ont attendu avant d'être traités en cardiologie. À l'avenir, ce type d'analyse pourrait être étudié à l'échelle provinciale et régionale ou même combiné avec les données sur les résultats et la pertinence. Le fait de disposer de données comparables permet de mieux comprendre les systèmes de santé et de les améliorer.

Dans le corps du texte, le symbole **S** indique que le supplément à la fin du présent chapitre (page 48) contient de plus amples renseignements.

**Cancérothérapie** — Des milliers de Canadiens souffrent de cancer chaque année. Ces patients doivent souvent recevoir des soins complexes, tels le diagnostic, le traitement, et tout ce qui s'ensuit. Ceux-ci comprennent habituellement divers traitements, seuls ou combinés, incluant l'intervention chirurgicale, la radiothérapie et la chimiothérapie. Les patients doivent souvent attendre à chaque étape de leur cheminement.

Dans bien des cas, l'intervention chirurgicale est une étape essentielle du traitement. Cette dernière peut servir à enlever de petites tumeurs ou des cellules précancéreuses, à réduire une tumeur avant la radiothérapie ou la chimiothérapie, ou encore à soulager la douleur par des traitements palliatifs.

Selon une enquête menée par Statistique Canada en 2005, neuf patients sur dix ayant subi une chirurgie liée à un cancer ou une chirurgie cardiaque non urgente au cours de l'année précédente ont attendu trois mois ou moins<sup>vi, 3</sup>. Selon les données fournies par la Nouvelle-Écosse sur les interventions chirurgicales liées aux cancers gynécologiques et des données de l'Ontario sur un échantillon plus large de types de cancers, les temps d'attente médians sont inférieurs à un mois. (D'autres provinces déclarent également des données sur les interventions chirurgicales effectuées dans le but de diagnostiquer ou de traiter un cancer, comme la chirurgie des poumons ou l'hystérectomie, mais elles ne font pas la distinction entre les opérations liées au cancer et celles associées à d'autres affections.)

Les médecins recommandent également d'autres types de traitements à bon nombre de patients. La radiothérapie est une méthode qui consiste à appliquer des rayons X à haute densité afin de réduire ou de détruire les cellules cancéreuses. Elle peut être prescrite isolément ou accompagnée d'une intervention chirurgicale ou d'une chimiothérapie. La chimiothérapie, qui consiste à administrer des produits chimiques pour freiner la croissance des cellules cancéreuses, peut aussi s'avérer nécessaire.

Les provinces sont plus nombreuses à recueillir des données sur les temps d'attente pour la radiothérapie que sur la chimiothérapie ou les interventions chirurgicales liées au cancer. En décembre 2005, les ministres de la Santé ont convenu de collaborer afin d'offrir les services de radiothérapie dans un délai maximal de quatre semaines aux patients jugés aptes à recevoir leur traitement<sup>4</sup>. D'après les temps d'attente déclarés par six provinces, les temps d'attente médians sont actuellement inférieurs à quatre semaines dans le cas d'au moins quelques établissements et parties du corps, et ce, dans chaque province. Cela dit, les temps d'attente pour la radiothérapie semblent varier selon l'établissement et la partie du corps dans plusieurs provinces ou territoires. Le nombre de patients qui attendent plus de quatre semaines est inconnu.

## 19 Temps d'attente pour la radiothérapie S

Six provinces déclarent des temps d'attente en radiothérapie pour un large éventail de types de cancers. Le tableau ci-dessous illustre les temps d'attente médians rapportés par province pour les cas traités dans les périodes indiquées ainsi que les principales caractéristiques des temps d'attente mesurés. (Comme l'Alberta déclare des temps d'attente prévus pour un nombre plus limité de sièges du cancer, ces données ne sont pas incluses dans le tableau.)

|                                  | Ont.  | C.-B.   | Î.-P.-É.  | Man.   | N.S.   |
|----------------------------------|---|---|---|--|--|
| <b>Segment d'attente</b>         | De l'orientation vers un centre anticancéreux à la date du traitement | De la date à laquelle le patient est jugé apte à recevoir le traitement à la date du traitement | De la date de la décision de procéder au traitement et à laquelle le patient est jugé apte, à la date du traitement | De la décision de procéder au traitement à la date du traitement |  |
| <b>Mesure sommaire</b>           | Médiane par établissement et partie du corps <sup>1</sup>             | Médiane   |   |  | Moyenne par région et degré de priorité <sup>2</sup> |
| <b>Exclusion des cas urgents</b> | Non   |   | Oui   |  |  |
| <b>Période</b>                   | De juillet à septembre 2005   | D'août à octobre 2005   | Exercice 2002-2003  | De juillet à septembre 2005                                      | Octobre 2005   |
| <b>Estimations</b>               | De 0,6 à 12,9 semaines <sup>2</sup>                                   | 1 semaine   | 3 semaines  | 1 semaine  | De 0,7 à 5 semaines <sup>1</sup>                     |

### Remarques :

- L'Ontario a fourni des résultats distincts pour chaque établissement et neuf éléments de l'organisme (seins, système nerveux central, tractus gastro-intestinal, appareil génito-urinaire, organes génitaux, organes hématopoïétiques, tête et cou, poumons et sarcome). La fourchette représente les valeurs spécifiques aux établissements et aux parties du corps.
- La Nouvelle-Écosse a fourni des résultats distincts pour quatre niveaux de priorité, incluant les cas très urgents, de même que pour deux régions où sont offerts des services de radiothérapie. La fourchette indiquée exclut les temps d'attente dans les services d'urgence et inclut ceux des cas urgents, semi-urgents et peu urgents. Elle représente les valeurs par région et degré de priorité. Les estimations ont été déclarées en jours, lesquels ont été convertis en semaines.

Source : Information extraite des sites Web provinciaux en décembre 2005.

vi. Estimation provisoire fondée sur les données recueillies au cours des six premiers mois de 2005. Cette estimation doit être interprétée avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillon.

**Chirurgie de la cataracte** — La cataracte, une opacité sur le cristallin qui altère la vision, est un des principaux problèmes de santé liés au vieillissement. Même si une nouvelle prescription de lunettes et d'autres moyens peuvent contribuer à améliorer la vision, une intervention chirurgicale est parfois suggérée si une perte de la vision empêche le patient de vaquer à ses activités quotidiennes. Des recherches démontrent que la perte de l'acuité visuelle attribuable à des cataractes, en plus d'altérer la qualité de vie, peut accroître les risques de chute et de fracture<sup>15-17</sup>.

La chirurgie de la cataracte est la procédure de restauration de la vue la plus pratiquée au Canada. Cette opération se faisait autrefois sous anesthésie générale et nécessitait un séjour d'une semaine à l'hôpital<sup>18</sup>. De nos jours, l'intervention dans le cadre d'une chirurgie d'un jour dans un hôpital ou dans une clinique externe. Plus de 250 000 patients ont subi une chirurgie de la cataracte en 2002, soit une augmentation de 32 % par rapport à 1997. Selon les résultats d'une recherche réalisée dans la région de Vancouver, il existe une grande différence au niveau de l'acuité visuelle des patients avant et après l'intervention<sup>19</sup>. Les résultats démontrent, non sans controverse, que la qualité de vie de 26 % des patients s'est détériorée après l'intervention en 1999-2000. **S**

En décembre 2005, les ministres de la Santé se sont engagés à fixer à 16 semaines le délai maximum d'attente pour les patients à risque élevé<sup>14</sup>. Même si six provinces recueillent actuellement des données sur les temps d'attente et les listes d'attente de chirurgies de la cataracte, le type de données fournies varie considérablement. Comme aucune province ne déclare les temps d'attente par groupe de risque, la proportion de cas à risque élevé dans chaque secteur de compétence et les temps d'attente associés sont inconnus. En outre, certaines provinces prennent comme point de départ la date de décision de procéder au traitement, alors que d'autres utilisent la date de la réservation à l'hôpital, de signature de la commande ou du dernier rendez-vous avec l'ophtalmologiste. Nous ne savons pas vraiment à quel point ces différences influent sur la comparabilité des résultats. Les provinces déclarent également diverses mesures, moyennes et médianes proportionnelles. **S**

Dans les provinces qui déclarent des temps d'attente médians pour la chirurgie de la cataracte, plus de la moitié des patients ont subi l'opération dans la limite de 16 semaines fixée par les ministres de la Santé. Toutefois, pour un plus faible pourcentage, les temps d'attente sont considérablement plus longs. Par exemple, selon les données fournies par la Saskatchewan, 12 % des patients ayant subi une extraction de la cataracte pendant la période de déclaration des données ont attendu un an ou plus. D'une façon générale, ces résultats sont conformes à ceux provenant de l'Enquête sur l'accès aux services de santé de Statistique Canada. Au cours des six premiers mois de 2005, 75 % des participants affichant les temps d'attente les plus courts pour une chirurgie non urgente de la cataracte ou une autre chirurgie des yeux durant l'année précédente ont déclaré avoir attendu quatre mois ou moins<sup>vii, 3</sup>.

vii. Cette estimation doit être interprétée avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillon.

20 Temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte **S**

Le tableau ci-dessous illustre les temps d'attente médians déclarés par les gouvernements provinciaux pour les cas traités pendant les périodes indiquées ainsi que les principales caractéristiques des temps d'attente mesurés. (Comme le Québec déclare le nombre de patients en attente, ces données ne sont pas incluses dans le tableau.)

|                           | Ont.   | Alb.                   | N.-É.  | C.-B.   | Sask.                           |
|---------------------------|--|------------------------|--|---|---------------------------------|
| Segment d'attente         | De la décision de procéder au traitement à la date de l'intervention |                        | Du dernier rendez-vous avec un spécialiste à la date de l'intervention | De la réception de la réservation à la date de l'intervention |                                 |
| Exclusion des cas urgents | Oui  |                        |  |   | Non                             |
| Période                   | Juillet 2005   | De août à octobre 2005 | De janvier à juin 2005   | De juillet à septembre 2005                                   | D'avril à septembre 2005        |
| Médiane estimative        | 85 days  | 93 jours <sup>1</sup>  | De 30 à 60 jours <sup>2</sup>  | 93 jours  | De 120 à 180 jours <sup>3</sup> |

**Remarques :**

- L'Alberta a également fourni des données distinctes pour les chirurgies d'un jour et les patients hospitalisés.
- Sur son site Web, la Nouvelle-Écosse rapporte la distribution des temps d'attente pour les périodes définies. Les temps d'attente médians sont calculés à partir de ces distributions (54 % des patients ont subi une chirurgie de la cataracte dans un délai de 60 jours).
- Les temps d'attente médians pour la Saskatchewan sont calculés à partir des distributions des temps d'attente fournies (59 % des patients ont attendu moins de six mois pour une chirurgie de la cataracte). La Saskatchewan présente, sur son site, les données des régions où les chirurgies de la cataracte ont été pratiquées. La distribution provinciale a été fournie par le ministère de la Santé de la Saskatchewan et a été calculée à l'aide des mêmes données.

Source : Information extraite des sites Web provinciaux en décembre 2005.

**Leçons tirées du Manitoba en matière de temps d'attente**

Les patients qui se disent satisfaits des temps d'attente ont tendance à attendre moins longtemps que ceux qui se disent insatisfaits, ce qui n'a rien de surprenant<sup>11,20</sup>. Des chercheurs ont interrogé des patients en attente d'une chirurgie de la cataracte au Manitoba dans le milieu des années 1990 afin de déterminer quelle proportion de ces patients serait prête à payer afin d'être opérés plus rapidement<sup>21</sup>. Même si 45 % croient qu'il est tout à fait acceptable de payer pour subir une intervention plus rapidement, seulement la moitié d'entre eux accepteraient de payer 1 000 \$ ou plus pour être opérés en moins d'un mois.

Les patients avaient le choix à cette époque. Certains chirurgiens oculaires pratiquaient des opérations uniquement au sein du système public, alors que d'autres avaient une clientèle publique et privée. Quel que soit le cas, le régime de santé provincial payait les interventions chirurgicales. Les patients privés devaient toutefois payer des frais additionnels. Selon le Manitoba Centre for Health Policy, les temps d'attente étaient effectivement plus courts dans les cliniques privées que dans les hôpitaux publics : quatre semaines au lieu de dix-huit en 1996. Les délais dans le secteur public variaient considérablement selon l'endroit où les chirurgiens pratiquaient. Les temps d'attente moyens pour les chirurgiens qui pratiquaient uniquement dans le système public étaient d'environ sept semaines en 1993-1995, passant à dix semaines en 1996. Par contre, les temps d'attente moyens pour les chirurgiens pratiquant dans les deux secteurs étaient de quatorze semaines pour les patients du secteur public en 1993-1994 et de vingt-trois semaines en 1996<sup>22</sup>.

**Chirurgie orthopédique** — Le nombre de Canadiens qui subissent une chirurgie orthopédique ne cesse de croître chaque année. Les remplacements articulaires sont devenus une des interventions les plus courantes au Canada. La plupart des arthroplasties de la hanche et du genou sont effectuées pour soulager les symptômes de l'arthrose. Cette maladie, caractérisée par une dégénérescence du cartilage articulaire et des os adjacents, peut causer des douleurs chroniques, voire débilantes.

Les taux d'arthroplastie de la hanche et du genou ont augmenté de façon constante au cours des dernières années. Bien que les personnes âgées composent la majorité des patients opérés, on remarque une augmentation importante parmi la population plus jeune. Par ailleurs, les personnes obèses sont plus susceptibles que les autres d'avoir besoin d'une arthroplastie de la hanche ou du genou<sup>23</sup>. Même en tenant compte des différences entre les structures par âge, le taux d'arthroplasties peut varier considérablement d'une région à l'autre du pays.

Malgré une augmentation du nombre d'interventions pratiquées au cours des dernières années, les patients continuent d'attendre pour subir une arthroplastie. De plus, ils doivent attendre à différentes phases du traitement. Environ 40 % du temps, on attend de voir un spécialiste ou de passer un test diagnostique. Les 60 % restants correspondent à l'attente après que la décision d'opérer a été prise (voir la page 19). La plupart des mesures sont axées sur la dernière étape du traitement que le patient doit subir. Les ministres de la Santé ont également retenu cette étape quand ils ont fixé à 26 semaines (6 mois) le temps d'attente maximal pour une arthroplastie de la hanche ou du genou<sup>14</sup>.

Depuis décembre 2005, huit provinces rapportent les temps d'attente estimatifs pour les arthroplasties de la hanche et du genou, même si le niveau de déclaration et les mesures sommaires utilisés diffèrent. Dans le cas des provinces qui déclarent des distributions de temps d'attente (plutôt que des temps d'attente moyens ou médians), une portion des patients ont été opérés en quelques semaines alors que d'autres ont attendu un an ou plus. Dans tous les cas, les temps d'attente estimatifs pour les arthroplasties du genou sont plus longs que pour les arthroplasties de la hanche.

**21 Temps d'attente pour les arthroplasties S**

La plupart des provinces disposant d'hôpitaux pouvant effectuer des arthroplasties de la hanche et du genou déclarent les temps d'attente pour ces interventions. Le tableau ci-dessous illustre les temps d'attente médians déclarés par les gouvernements provinciaux pour des cas non urgents traités dans les périodes indiquées ainsi que les principales caractéristiques des temps d'attente mesurés. (Comme le Québec signale le nombre de patients en attente, ces données ne sont pas incluses dans le tableau.)

|   | Î.-P.-É.   | Man.                   | Ont.         | Alb.                   | Sask.   | C.-B.                       | N.-É. <sup>1</sup>  |
|---|--|------------------------|--------------|------------------------|---|-----------------------------|---|
| <b>Segment d'attente</b>                                  | De la décision de procéder au traitement à la date de l'intervention |                        |              |                        | De la date de réservation à la date de l'intervention |                             | De l'avant-dernier rendez-vous avec le chirurgien à la date de l'intervention |
| <b>Reprises chirurgicales incluses</b>                    | Oui  |                        |              |                        |   |                             | Non   |
| <b>Période</b>  | Exercice 2002-2003   |                        | Juillet 2005 | De août à octobre 2005 | D'avril à septembre 2005                              | De juillet à septembre 2005 | De janvier à juin 2005  |
| <b>Médiane estimative pour arthroplastie de la hanche</b> | 76 jours <sup>2</sup>  | 133 jours <sup>2</sup> | 104 jours    | 126 jours <sup>2</sup> | < 180 jours <sup>3</sup>                              | 132 jours <sup>2</sup>      | 180 jours <sup>4</sup>  |
| <b>Médiane estimative pour arthroplastie du genou</b>     | 91 jours <sup>2</sup>  | 154 jours <sup>2</sup> | 146 jours    | 167 jours <sup>2</sup> | De 180 à 365 jours <sup>3</sup>                       | 175 jours <sup>2</sup>      | De 180 à 270 jours <sup>4</sup>   |

**Remarques :**

1. La Nouvelle-Écosse a fourni des données distinctes pour les interventions chirurgicales de reprise. Ces estimations ne sont pas incluses dans le tableau.
2. Les estimations ont été déclarées en semaines, lesquelles ont été converties en jours.
3. Les temps d'attente médians pour la Saskatchewan sont calculés à partir des distributions des temps d'attente fournis (66 % des patients dans cette province ont attendu moins de six mois pour une arthroplastie de la hanche et 58 % ont subi une arthroplastie du genou dans un délai de 12 mois). Les estimations ont été déclarées en mois, lesquels ont été convertis en jours. Le site Web de la Saskatchewan présente les données par région dans laquelle l'arthroplastie est pratiquée. La distribution provinciale, obtenue de la Saskatchewan Health, a été calculée à partir de ces mêmes données.
4. La Nouvelle-Écosse déclare, sur son site Web, la distribution des temps d'attente pour les périodes définies. Les médianes sont dérivées de cette distribution. Un peu moins de la moitié (49 %) des patients ont attendu moins de 180 jours avant de subir une arthroplastie de la hanche. Par conséquent, le temps d'attente médian pour cette période correspond environ, mais pas tout à fait, à 180 jours. De même, le temps d'attente médian pour les arthroplasties du genou se situe entre 180 et 270 jours.

**Source :** Information extraite des sites Web provinciaux en décembre 2005.

Ces données sont cohérentes avec les conclusions du Registre canadien des remplacements articulaires. En se basant sur les données consignées entre avril et décembre 2005, le registre a contrôlé les temps d'attente de 4 597 patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou dans huit provinces. Les temps d'attente médians après que le chirurgien et le patient ont décidé de procéder au traitement sont d'environ quatre mois et demi pour les arthroplasties de la hanche et de sept mois pour les arthroplasties du genou.

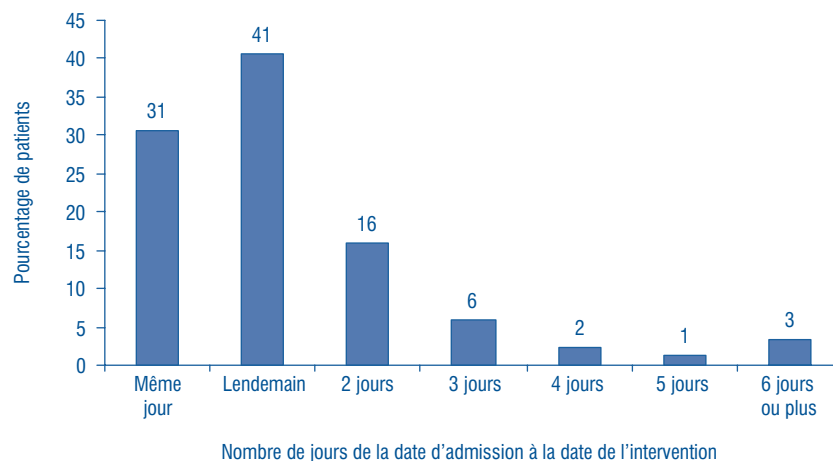
*Chirurgie de la hanche non planifiée : exemple comparatif* — Alors que la plupart des remplacements articulaires ne sont pas urgents, les réparations des fractures de la hanche ne sont presque jamais planifiées. Quatre-vingt-sept pour cent des patients souffrant d'une fracture de la hanche accèdent au système par les services d'urgence des hôpitaux. En 2003-2004, plus de 24 000 patients à l'échelle du Canada ont dû être opérés à la suite d'une fracture de la hanche. La majorité des patients qui souffrent de ce type de blessure sont des personnes âgées : 61 % des patients ont plus de 80 ans et 25 % ont entre 70 et 79 ans.

Des études récentes montrent que le taux de mortalité dans les hôpitaux grimpe quand les temps d'attente pour une réparation d'une fracture de la hanche sont plus longs<sup>24</sup>. En décembre 2005, les ministres de la Santé ont fixé à 48 heures le temps d'attente maximum pour réparer une fracture de la hanche<sup>14</sup>. Les analyses démontrent que de nombreux Canadiens subissent une intervention chirurgicale le jour même de leur admission à l'hôpital ou le jour suivant. Toutefois, 28 %, soit plus d'un patient sur quatre, doivent attendre plus longtemps.

Quels facteurs influent sur le fait qu'un patient sera opéré le jour même ou le lendemain? Nous avons déjà déterminé que les patients admis durant le week-end pour une fracture de la hanche, en 2003-2004, ont attendu moins longtemps avant d'être opérés. L'âge du patient (ou d'autres facteurs liés à l'âge) semble également faire une différence, les patients plus âgés ayant tendance à attendre plus longtemps. Par exemple, 78 % des patients âgés de 69 ans et moins ont été opérés le jour même ou le lendemain, comparativement à 70 % pour ce qui est des 70 ans et plus. La taille de l'hôpital est un autre facteur déterminant. Le pourcentage de patients opérés le jour de leur admission ou le lendemain décroît à mesure que la taille de l'hôpital augmente, les hôpitaux d'enseignement affichant le taux le plus élevé de patients devant attendre deux jours ou plus.

## 22 Temps d'attente pour les réparations des fractures de la hanche

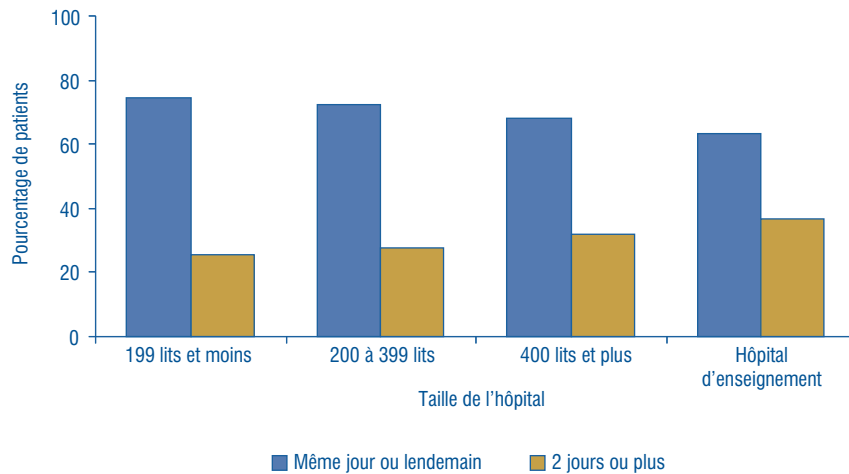
En 2003-2004, plus de 24 000 Canadiens ont été admis pour une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche. Les temps d'attente ont été calculés de la date d'admission à l'hôpital à la date de la chirurgie.



Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

## 23 Temps d'attente pour les réparations des fractures de la hanche par taille d'établissement

En 2003-2004, le pourcentage de patients opérés le jour de leur admission ou le lendemain décroît à mesure que la taille de l'hôpital augmente. Les hôpitaux au Québec et certains établissements au Manitoba n'ont pas été inclus dans cette analyse, les données sur leur taille n'étant pas disponibles.



Source : Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

**Chirurgie cardiaque** — Les maladies du cœur sont la principale cause de décès au Canada. La forme la plus courante est la coronaropathie, une affection caractérisée par l'obstruction des artères coronaires. Certains patients touchés par cette affection doivent subir une intervention de revascularisation, comme une angioplastie ou un pontage coronarien. L'angioplastie consiste à introduire un ballonnet afin de réduire ou d'éliminer l'obstruction. Le pontage coronarien est une intervention plus invasive. Des artères ou des veines provenant d'autres parties du corps sont greffées afin de contourner les artères obstruées. Le médecin détermine habituellement si le patient doit subir une intervention de revascularisation en procédant à un test diagnostique appelé cathétérisme cardiaque. L'une ou l'autre de ces interventions peut être bénéfique pour certains patients. Quelques-uns ont besoin des deux, tandis que pour d'autres, une des deux interventions peut être indiquée.

L'utilisation des deux interventions varie d'une région à l'autre et au fil du temps. Par exemple, même après avoir tenu compte des différences d'âge et de sexe dans la population, les taux de pontage coronarien dans les grandes régions sanitaires sont plus de deux fois supérieurs à ceux d'autres régions. Cela est également vrai pour les angioplasties.

En général, le taux de pontages coronariens au Canada est demeuré relativement stable au cours des dernières années, alors que le taux d'angioplasties est à la hausse<sup>2</sup>. **S** Selon l'Institute for Clinical Evaluative Sciences, un certain nombre de facteurs peuvent expliquer l'augmentation du nombre d'angioplasties pratiquées depuis la fin des années 1990, y compris un accès accru à la technologie, une meilleure compréhension de ses avantages et une augmentation du nombre de patients considérés comme admissibles à l'intervention<sup>26</sup>.

Même si les taux de revascularisation ont grandement augmenté, la gestion des listes d'attente demeure un problème. Les angioplasties et les pontages coronariens ont fait l'objet de nombreux projets de gestion et de réduction des temps d'attente.

## Sortir de la région

Le Cardiac Care Network of Ontario (CCN) est l'un des plus anciens organismes voués à l'amélioration de l'accès aux soins de santé. Fondé en 1990, le CCN conseille actuellement le gouvernement de l'Ontario en matière de services de cardiologie et coordonne l'accès aux angiographies, aux angioplasties et aux pontages coronariens. Un registre provincial a récemment permis au CCN de déceler d'importantes disparités régionales concernant l'accès aux soins cardiaques. Le CCN a ensuite mis sur pied un programme visant à créer une meilleure correspondance entre les besoins des patients et l'accès aux services régionaux. Un des objectifs consiste à aider les patients confrontés à des temps d'attente plus longs à se faire traiter à l'extérieur de leur région. (Selon les résultats d'une enquête récente, un patient sur cinq ayant besoin de soins cardiaques envisagerait la possibilité de se déplacer pour être traité plus rapidement)<sup>26</sup>. Le CCN espère ainsi réduire les temps d'attente globaux pour des interventions cardiaques et réduire les variations en matière d'accès.

La stratégie vise à générer d'importantes améliorations d'ici 2006, et le CCN signale déjà des réductions des temps d'attente. D'après les données compilées, le temps d'attente médian pour les pontages coronariens pratiqués en Ontario au cours du premier trimestre 2005 est d'un jour de moins pour les cas urgents et semi-urgents (baisse de 13 %) et de six jours de moins pour les cas non urgents (baisse de 25 %), comparativement à 2004. Le temps d'attente médian pour les cathétérismes est de trois jours de moins pour les cas urgents ou semi-urgents (baisse de 23 %) et de sept jours de moins pour les cas non urgents (baisse de 32 %)<sup>27</sup>.

En décembre 2005, sept provinces déclaraient des temps d'attente pour les pontages coronariens. Comme on pouvait s'y attendre, ces délais sont plus longs dans les provinces qui ne rapportent que les temps d'attente pour les cas non urgents, que dans les provinces qui déclarent les temps d'attente pour tous les cas de pontage coronarien. Moins de provinces recueillent des données sur les temps d'attente pour les angioplasties et les cathétérismes cardiaques.

**24 Temps d'attente pour les pontages coronariens** S

La plupart des provinces dans lesquelles des hôpitaux effectuent des pontages coronariens déclarent des temps d'attente pour ces interventions. Le tableau ci-dessous illustre les temps d'attente médians déclarés par les gouvernements provinciaux pour les cas traités durant les périodes indiquées ainsi que les principales caractéristiques des temps d'attente mesurés. (Comme le Québec et la Nouvelle-Écosse ont déclaré, sur leurs sites Web, des temps d'attente pour les catégories plus générales de chirurgies cardiaques et cardiovasculaires respectivement, ces données ne sont pas incluses dans le tableau.)

|                                    | Ont.   | Alb.                  | T.-N.-L.           | Man.     | N.-B.                                 | C.-B.    | Sask.   |
|------------------------------------|--|-----------------------|--------------------|----------|---------------------------------------|----------|---|
| <b>Segment d'attente</b>           | De la décision de procéder au traitement à la date du traitement |                       |                    |          | Du cathétérisme au pontage coronarien |          | De la réception de la réservation à la date du traitement |
| <b>Exclusion des cas d'urgence</b> | Oui  |                       | Non                |          |                                       |          |   |
| <b>Période</b>                     | Juillet 2005   | Août à octobre 2005   | Exercice 2002-2003 |          |                                       |          | Avril à septembre 2005                                    |
| <b>Estimation de la médiane</b>    | 21 jours   | 20 jours <sup>1</sup> | 10 jours           | 11 jours | 8 jours                               | 24 jours | 2 à 21 jours <sup>2</sup>                                 |

**Remarques :**

1. L'Alberta a déclaré des temps d'attente médians en semaines, qui ont été convertis en jours.
2. Les temps d'attente médians pour la Saskatchewan sont calculés à partir des distributions des temps d'attente fournies et se situent entre 2 et 21 jours. La Saskatchewan présente, sur son site, des données pour les deux régions où des pontages coronariens sont pratiqués. La distribution provinciale, fournie par le ministère de la Santé de la Saskatchewan, a été calculée à partir de ces mêmes données.

Source : Information extraite des sites Web provinciaux en décembre 2005.

Comme c'est le cas avec d'autres types de soins, les différentes méthodes de mesure utilisées ne facilitent pas la comparaison des temps d'attente entre les provinces et territoires. Toutefois, compte tenu de la récente décision des provinces d'adopter des indicateurs comparables, cette situation risque de changer à mesure que les stratégies relatives aux temps d'attente évoluent et que la collecte de données devient plus cohérente. L'accès à des données améliorées sur les temps d'attente et sur le degré d'urgence pourrait permettre d'évaluer jusqu'à quel point les temps d'attente pour des pontages coronariens respectent les objectifs définis par les gouvernements<sup>14</sup>. En décembre 2005, les ministres de la Santé ont établi des points de référence en fonction du degré d'urgence :

- moins de deux semaines pour les patients au premier degré dans des situations non urgentes (patients admis à l'hôpital pour une crise cardiaque mineure ou modérée et à risque de subir une autre crise plus grave);
- moins de six semaines pour les patients au deuxième degré (patients admis à l'hôpital pour une crise cardiaque mineure à modérée et présentant un risque faible à modéré de subir une autre crise);
- moins de vingt-six semaines pour les patients au troisième degré (patients présentant des symptômes légers ou modérés qui sont stables).

Les ministres ont précisé que les patients qui ont besoin de soins urgents continueront d'être vus dans les meilleurs délais. Aucun point de référence semblable n'a été établi pour les angioplasties.

## Après la crise cardiaque : mettre à profit les données

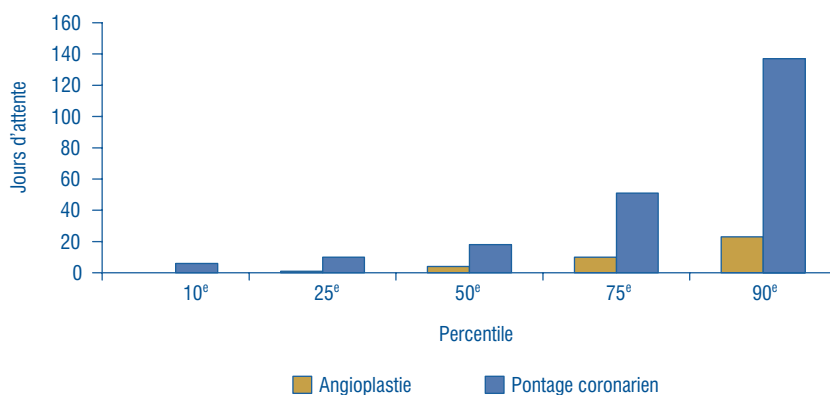
Dans plusieurs régions du pays, des données fiables ont été recueillies sur les temps d'attente pour les interventions de revascularisation telles que le pontage coronarien et l'angioplastie à la suite d'une crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde ou IAM). L'analyse de l'ICIS repose sur une étude effectuée par Alter et des collègues, qui ont examiné les données sur les temps d'attente des patients ayant subi une crise cardiaque pour des interventions de revascularisation en Ontario de 1994 à 1998<sup>28</sup>. Nous avons analysé les données des patients admis dans un hôpital canadien en 2001-2002 et en 2004-2005 à la suite d'un nouvel IAM, et ayant subi une revascularisation moins d'un an après leur première admission.

Les données recueillies au Manitoba, dans les territoires ainsi qu'à Terre-Neuve et au Labrador ont été exclues de l'analyse en raison des différences qu'elles présentaient. Les données sur les patients québécois ont été incluses dans l'analyse des deux premières années seulement. Les données sur les angioplasties sans hospitalisation effectuées en Alberta et au Québec ne sont pas accessibles. Toutefois, nous croyons que cette absence ne devrait pas influencer les résultats d'ensemble. Vous trouverez de plus amples renseignements sur notre méthode d'analyse sur le site [www.icis.ca](http://www.icis.ca).

**Données générales sur les temps d'attente pour la revascularisation** — Chez les patients observés, 40 % de ceux ayant survécu à une nouvelle crise cardiaque ont subi une intervention de revascularisation en moins d'un an, et 75 % de ces derniers ont subi une angioplastie. Dans la plupart des cas, l'attente pour l'angioplastie a été moins longue que pour le pontage (médiane de 4 jours pour l'angioplastie comparativement à 18 jours pour le pontage). Cependant, plus de 25 % des patients en attente pour une angioplastie ou un pontage ont attendu considérablement plus longtemps que le temps d'attente médian.

### Les temps d'attente pour l'angioplastie varient selon les patients

— Les temps d'attente pour une angioplastie varient selon le type de patient. Par exemple, les patients en attente pour une intervention primaire (22 % de toutes les angioplasties) ont subi leur revascularisation le jour de leur admission. Les patients d'un deuxième groupe (60 %) ont pu subir leur angioplastie durant leur première hospitalisation et ont attendu, pour la plupart, moins de cinq jours. Les patients du groupe restant ont reçu un congé de l'hôpital et ont attendu un temps médian de 50 jours.



**Remarque :** Exclut les données recueillies au Manitoba, dans les territoires ainsi qu'à Terre-Neuve et au Labrador. Les données sur les patients du Québec ont été incluses dans l'analyse des deux premières années seulement.

**Source :** Base de données sur les congés des patients, ICIS.

**Les temps d'attente pour la revascularisation varient selon l'établissement** — Selon nos analyses, l'endroit où un patient a reçu les soins initiaux à la suite de sa crise cardiaque semble exercer une grande influence sur le temps d'attente pour la revascularisation. L'hôpital où le patient a été admis initialement constitue un indicateur important permettant de déterminer si la revascularisation aura lieu au cours de la première année ainsi que le temps d'attente avant l'intervention. Dans les hôpitaux offrant les services sur place, la moitié (52 %) des patients ayant survécu à un premier IAM ont subi leur revascularisation dans l'année, comparativement à un tiers (35 %) des patients ayant été admis dans des hôpitaux n'offrant pas les services sur place. L'attente médiane pour l'angioplastie est d'un jour si l'hôpital où le patient a été admis offre des services d'angioplastie sur place, mais de sept s'il ne les offre pas. De même, le temps d'attente pour le pontage est aussi considérablement plus court si l'hôpital offre des services de revascularisation (médiane de 12 jours comparativement à 20 jours). Même dans les hôpitaux n'offrant pas de services de revascularisation, 75 % des patients ont subi leur angioplastie dans un délai de 15 jours. Parmi les patients en attente pour un pontage admis dans ces mêmes établissements, 75 % ont subi leur opération à l'intérieur de 65 jours.

Le lien découvert entre l'établissement et les soins offerts aux patients ayant souffert d'un IAM confirme les résultats d'études canadiennes antérieures<sup>29-32</sup> et témoigne de la tendance vers la centralisation des interventions de revascularisation dans les grands centres de référence régionaux — une étude a révélé que grands volumes rimait avec meilleurs résultats. (En 2004-2005, un peu moins de 40 établissements au Canada offraient des services d'angioplastie. Seulement sept de ces centres n'offraient pas de services de pontage.)

## Interventions chirurgicales : état des connaissances

### Ce que nous savons — quelques exemples

Environ un Canadien sur dix qui doit subir une intervention chirurgicale non urgente a déclaré éprouver des difficultés à être traité. La longueur des temps d'attente est l'obstacle le plus souvent mentionné.

Les temps d'attente peuvent varier, entre autres, selon le type de soins dont vous avez besoin, la liste sur laquelle vous êtes inscrit, l'endroit où vous attendez, le degré d'urgence, le moment ainsi que des facteurs particuliers propres aux patients ou aux conditions.

La plupart des provinces surveillent les temps d'attente pour certaines interventions chirurgicales, mais l'étendue et la portée du suivi varient considérablement. Par ailleurs, les méthodes de calcul et de présentation des temps d'attente diffèrent souvent, ce qui nuit à la capacité d'évaluer la variation des temps d'attente à l'échelle nationale et sur diverses périodes de temps.

Parmi les quatre domaines prioritaires définis par les premiers ministres, les temps d'attente les plus longs sont associés aux arthroplasties de la hanche et du genou, puis aux chirurgies de la cataracte. Les temps d'attente tendent à être les plus courts dans le cas des chirurgies cardiaques et du cancer. De plus, les temps d'attente tendent à être plus longs dans le cas des arthroplasties du genou que des arthroplasties de la hanche.

Dans la plupart des provinces qui déclarent des données, les temps d'attente médians semblent respecter les points de référence établis par les ministres de la Santé pour les chirurgies de la cataracte, les arthroplasties de la hanche et les réparations des fractures de la hanche. Les temps d'attente médians pour les arthroplasties du genou et pour la radiothérapie sont inférieurs aux points de référence dans certaines provinces, et supérieurs dans d'autres.

### Ce que nous ignorons

Comment les temps d'attente pour différents types de soins se comparent-ils à l'échelle nationale, avec d'autres pays et sur diverses périodes de temps?

Outre les réparations des fractures de la hanche, jusqu'à quel point les soins prodigués respectent-ils les points de référence?

Combien de patients doivent attendre à différentes étapes de leur traitement pour différents types de soins? Quelle incidence ces étapes ont-elles sur le temps d'attente? Quels sont les facteurs qui permettent d'expliquer les différences vécues par les patients pendant le déroulement de leur traitement?

Dans quelle mesure les temps d'attente ont-ils une incidence sur les patients et leurs familles, les résultats post-opératoires, les services de santé subséquents et les coûts de santé?

Comment les gestionnaires des listes d'attente déterminent-ils qui doit être traité en premier?

Quelles stratégies produisent les meilleurs résultats et les temps d'attente les plus courts?

## Pour en savoir davantage

- 1 Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes, *Fédéralisme asymétrique qui respecte les compétences du Québec* (en ligne). Internet : <[http://www.scics.gc.ca/cinfo04/800042012\\_f.pdf](http://www.scics.gc.ca/cinfo04/800042012_f.pdf)>.
- 2 Institut canadien d'information sur la santé, *Les soins de santé au Canada, 2005*, Ottawa, ICIS, 2005.
- 3 Statistique Canada, tableaux de données provenant de *l'Enquête sur l'accès aux services de santé, 2001, 2003 et les six premiers mois de 2005*.
- 4 Pollara, *Health Care in Canada Survey 2005: 8th Annual Report* (en ligne). Consulté le 11 janvier 2006. Internet : <<http://www.pollara.ca/Library/Reports/HCIC8.pdf>>.
- 5 Institut canadien d'information sur la santé, *Arthroplasties totales de la hanche et du genou au Canada, 2005*, Ottawa, ICIS, 2005.
- 6 British Columbia Ministry of Health, *Surgical Wait Times* (en ligne), mis à jour le 9 décembre 2005. Consulté le 19 décembre 2005. Internet : <<http://www.healthservices.gov.bc.ca/waitlist/>>.
- 7 Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Bilan des progrès accomplis à l'égard de l'entente bilatérale intervenue à l'issue de la rencontre fédérale-provinciale-territoriale des premiers ministres sur la santé de septembre 2004*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005.
- 8 Action cancer Ontario, *Radiation Wait Times* (en ligne). Consulté le 29 novembre 2005. Internet : <[http://www.cancercare.on.ca/index\\_waittimesRadiation.asp](http://www.cancercare.on.ca/index_waittimesRadiation.asp)>.
- 9 Instituts de recherche en santé du Canada, « Toward Canadian Benchmarks for Acceptable Waiting Times for Joint Replacement Surgery », demande de subvention, Ottawa, IRSC, 14 octobre 2005.
- 10 Instituts de recherche en santé du Canada, *Les IRSC dévoilent des résultats de recherches qui guideront l'établissement de points de repère pour les temps d'attente*, Ottawa (en ligne), IRSC, 2005. Internet : <<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29905.html>>.
- 11 C. Sammartin, F. Gendron, J. M. Berhelot et K. Murphy, *Access to Health Care Services in Canada, 2003*, Ottawa, ministère de l'Industrie, 2004.
- 12 Western Canada Waiting List Project, *Final Report: Moving Forward*, Calgary, WCWL, 2005.
- 13 Alliance sur les temps d'attente pour l'accès en temps opportun aux soins de santé, *It's About Time*, Ottawa, Association médicale canadienne, 2005.
- 14 Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, *Les tout premiers repères permettront aux Canadiens de mesurer les progrès réalisés en vue de réduire les temps d'attente* (en ligne). Internet : <[http://www.health.gov.on.ca/french/mediaf/news\\_releasesf/archivesf/nr\\_05f/nr\\_121205f.html](http://www.health.gov.on.ca/french/mediaf/news_releasesf/archivesf/nr_05f/nr_121205f.html)>.
- 15 C. Owsley, B. Stavley, J. Wells et M. E. Sloane, « Older Drivers and Cataract: Driving Habits and Crash Risk », *Journal of Gerontology Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, vol. 54, n° 4 (1999), p. M202-M211.
- 16 S. Brannan, C. Dewar, J. Sen, D. Clarke, T. Marshall et P. I. Murray, « A Prospective Study of the Rate of Falls Before and After Cataract Surgery », *British Journal of Ophthalmology*, vol. 87, n° 5 (2003), p. 560-562.
- 17 R. M. Harwood, A. J. Foss, F. Osborn, R. M. Gregson, A. Zaman et T. Masud, « Falls and Health Status in Elderly Women Following First Cataract Surgery: a Randomized Controlled Trial », *British Journal of Ophthalmology*, vol. 89, n° 1 (2005), p. 53-59.

- 18 C. M. Bell, W. V. Hatch, G. Cernat, P. M. Slaughter, S. Singer et J. V. Tu, *Access to Health Care Services in Ontario, ICES Atlas, Cataract Surgery*, Toronto, ICES, 2005.
- 19 C. J. Wright, G. K. Chambers et Y. Robens-Paradise, « Evaluation of Indicators for and Outcomes of Elective Surgery », *CMAJ*, vol. 167, n° 5 (2002), p. 461-466.
- 20 B. L. Conner-Spady, S. Sanmugasunderam, P. Courtright, J. J. McGurran, T. W. Noseworthy et Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project, « Determinants of Patient Satisfaction With Cataract Surgery and Length of Time on the Waiting List », *British Journal of Ophthalmology*, vol. 88 (2004), p. 1305-1309.
- 21 G. Anderson, C. Black, E. Dunn, J. Alonso, J. Christian-Norregard, T. Folmer-Anderson et P. Bernth-Peterson, « Willingness To Pay To Shorten Waiting Time For Cataract Surgery », *Health Affairs*, vol. 16, n° 5 (1997), p. 181-190.
- 22 C. De Coster, K. C. Carrière, S. Peterson, R. Walld et L. MacWilliam, *Surgical Waiting Times in Manitoba, Winnipeg*, Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba, 1998.
- 23 Institut canadien d'information sur la santé, *Les personnes obèses sont trois fois plus susceptibles d'avoir besoin d'une arthroplastie de la hanche ou du genou* (en ligne). Internet : <[http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=media\\_17aug2005\\_f](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=media_17aug2005_f)>.
- 24 I. Weller, E. K. Wai, S. Jaglal et H. J. Kreder, « The Effect of Hospital Type and Surgical Delay on Mortality After Surgery for Hip Fracture », *Journal of Bone and Joint Surgery [British Edition]*, vol. 87-B, n° 3 (2005), p. 361-366.
- 25 D. Alter, E. A. Cohen, G. Cernat, K. Glasgow, P. M. Slaughter et J. V. Tu, *Access to Health Services in Ontario: ICES Atlas, Cardiac Procedures*, Toronto, ICES, 2005.
- 26 J. Geddes, « Bypassing Your Doctor », *MacLean's Magazine* (en ligne), mis à jour le 12 octobre 2005. Consulté le 20 décembre 2005. Internet : <[http://www.macleans.ca/topstories/health/article.jsp?content=20051017\\_113453\\_113453](http://www.macleans.ca/topstories/health/article.jsp?content=20051017_113453_113453)>.
- 27 Cardiac Care Network, « 10 Point Plan for Action », *E.News* (septembre 2005) (en ligne), mis à jour en septembre 2005. Consulté le 11 janvier 2006. Internet : <<http://www.ccn.on.ca/pdfs/CCNnewsSept05.pdf>>.
- 28 D. Alter, J. Tu et D. Naylor, « Waiting Times, Revascularization Modality, and Outcomes After Acute Myocardial Infarction at Hospitals With and Without on-Site Revascularization Facilities in Canada », *Journal American College of Cardiology*, vol. 42, n° 3 (2003), p. 410-419.
- 29 H. S. Luft, J. P. Bunker et A. C. Enthoven, « Should Operations Be Recognized? The Empirical Relationship Between Volume and Mortality », *New England Journal of Medicine*, vol. 137, n° 6 (2002), p. 1364-1369.
- 30 E. A. M. Halm, C. M. Lee et M. R. M. Chassin, « Is Volume Related to Outcome in Health Care? A Systematic Review and Methodologic Critique of the Literature », *Annals of Internal Medicine*, vol. 137, n° 6 (2002), p. 511-520.
- 31 J. D. Birkmeyer, A. E. Siewers, E. V. Finlayson et coll., « Hospital Volume and Surgical Mortality in the United States », *New England Journal of Medicine*, vol. 346, n° 15 (2002), p. 1128-1137.
- 32 J. D. Birkmeyer, F. L. Lucas et D. E. Wennberg, « Potential Benefits of Regionalizing Major Surgery in Medicare Patients », *Effective Clinical Practice* 2 (novembre/décembre 1999), p. 277-283.

## Renseignements supplémentaires concernant les provinces et les territoires

Certaines provinces ont réussi à augmenter de façon appréciable leur capacité à fournir à la population canadienne des données sur les temps d'attente, particulièrement en ce qui a trait à la mesure des temps d'attente pour les cinq domaines prioritaires ciblés par le *Plan décennal pour consolider les soins de santé*<sup>i</sup>, soit l'oncologie, la cardiologie, l'imagerie diagnostique, les arthroplasties et la restauration de la vue. Les tableaux de la présente section donnent un aperçu des données sur les temps d'attente publiées au pays. Les données ont été extraites de sites Web et de rapports provinciaux en décembre 2005, et chaque province a eu l'occasion de valider l'information présentée. Il est à noter que les gouvernements des territoires ne gèrent pas de listes d'attente pour les interventions chirurgicales majeures, car les patients doivent souvent se rendre dans les provinces plus au sud pour recevoir des soins complexes. Les tableaux font ressortir les différences et les similitudes des méthodologies de mesure des temps d'attente utilisées par les provinces. Il faut donc faire preuve de prudence en établissant des comparaisons interprovinciales et tenir compte des disparités.

La mesure des temps d'attente est un processus dynamique. C'est pourquoi la plupart des provinces mettent à jour les renseignements contenus dans leur site Web sur une base mensuelle ou trimestrielle. En 2006, de nouvelles provinces commenceront à publier sur le Web des rapports sur les temps d'attente — c'est le cas par exemple du Nouveau-Brunswick et de l'Île-du-Prince-Édouard — alors que d'autres prévoient entreprendre ou améliorer les rapports sur les temps d'attente. Consultez régulièrement les sites Web provinciaux pour connaître les temps d'attente estimatifs par province et par région.

### 25 Dénombrement des files d'attente

Toutes les provinces présentent des données sur les temps d'attente, mais le type et le niveau de déclaration varient grandement. Le tableau suivant indique le nombre de provinces qui publient des données sur les temps d'attente concernant au moins un des cinq domaines prioritaires établis par les premiers ministres, et cela par province, région sanitaire, établissement ou médecin (certaines déclarent à plus d'un niveau). Pour obtenir plus de précisions, consultez les tableaux par province.

| Niveau de déclaration | Chirurgies cardiaques | Traitement du cancer | Chirurgies de la cataracte | Arthroplasties | IRM et TMD |
|-----------------------|-----------------------|----------------------|----------------------------|----------------|------------|
| Province              | 8                     | 4                    | 5                          | 7              | 3          |
| Région géographique   | 4                     | 2                    | 3                          | 3              | 2          |
| Établissement         | 2                     | 2                    | 3                          | 3              | 4          |
| Médecin               | 2                     | 0                    | 2                          | 2              | 0          |

Source : Données extraites de sites Web et de rapports provinciaux en décembre 2005, compilées par l'ICIS.

i. Dans le document intitulé *Fédéralisme asymétrique qui respecte les compétences du Québec*, qui accompagne le Plan décennal pour consolider les soins de santé, il est indiqué que le Québec appliquera son propre plan de réduction des temps d'attente en accord avec les objectifs, les normes et les critères établis par les autorités québécoises appropriées.

## 1.0 Oncologie

### 1.1 Services oncologiques déclarés par province et par unité déclarante<sup>1</sup>

| Service                      | T.-N.-L. | I.-P.-É.       | N.-É.          | N.-B. | Qué. <sup>2</sup> | Ont. <sup>3</sup> | Man. | Sask. <sup>2</sup> | Alb. | C.-B. |
|------------------------------|----------|----------------|----------------|-------|-------------------|-------------------|------|--------------------|------|-------|
| <b>Service</b>               |          |                |                |       |                   |                   |      |                    |      |       |
| Radiothérapie                |          | ● <sup>4</sup> | ●              |       |                   | ● <sup>5</sup>    | ●    |                    | ●    | ●     |
| Oncologue                    |          |                | ●              |       |                   |                   |      |                    | ●    |       |
| Chirurgie                    |          |                | ● <sup>6</sup> |       |                   | ●                 |      |                    |      |       |
| Chimiothérapie               |          |                |                |       |                   | ●                 |      |                    | ●    | ●     |
| <b>Niveau de déclaration</b> |          |                |                |       |                   |                   |      |                    |      |       |
| Province                     |          | ●              |                |       |                   | ● <sup>7</sup>    | ●    |                    |      | ●     |
| Région géographique          |          |                | ●              |       |                   | ● <sup>7</sup>    |      |                    |      |       |
| Établissement                |          |                |                |       |                   | ● <sup>5</sup>    |      |                    | ●    |       |
| Médecin                      |          |                |                |       |                   |                   |      |                    |      |       |

**Remarque :** Certaines provinces déclarent également des temps d'attente pour des interventions chirurgicales parfois pratiquées sur des personnes atteintes du cancer (les chirurgies gynécologiques, par exemple), mais ne produisent pas de rapport distinct pour ces patients.

**Sources :**

1. Information extraite des sites Web provinciaux en décembre 2005.
2. Le Québec songe à déclarer des données sur les chirurgies pour le cancer et la Saskatchewan prévoit commencer prochainement à déclarer des données sur les chirurgies pour le cancer.
3. Le 1<sup>er</sup> avril 2006, Action Cancer Ontario mettra en œuvre de nouveaux objectifs et des changements de définitions ayant trait à la mesure des temps d'attente.
4. Cancer du sein seulement. Données extraites des Indicateurs de la santé comparables et indicateurs de rendement sur le système de santé, Canada, provinces et territoires, novembre 2004. Internet : [http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=prtwg\\_2004\\_f](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=prtwg_2004_f).
5. Radiothérapie et chimiothérapie seulement; données obtenues auprès d'Action Cancer Ontario.
6. Cancers gynécologiques seulement.
7. Chirurgies seulement.

1.2 Méthodes de déclaration des temps d'attente en radiothérapie et temps d'attente estimatifs par province<sup>1</sup>

|                           | I.-P.-É.   | N.-É.  | Ont.  | Man.   | Alb.   | C.-B.   |
|---------------------------|--|--|---|--|--|---|
| Segment d'attente         | De la décision de procéder au traitement à la date à laquelle le patient est jugé apte à le recevoir | De la décision de procéder au traitement à la date du traitement | De l'orientation vers un centre anticancéreux à la date du traitement | De la décision de procéder au traitement à la date du traitement | Du rendez-vous chez l'oncologue à la date du traitement <sup>2</sup>   | De la date à laquelle le patient est jugé apte à recevoir le traitement à la date du traitement |
| Mesure sommaire           | Médiane  | Moyenne par région et degré de priorité <sup>3</sup>             | Médiane par établissement et par partie du corps <sup>4</sup>         | Médiane  | Temps prévu à compter du dernier jour du mois précédent, par établissement et par partie du corps <sup>5</sup> | Médiane   |
| Exclusion des cas urgents | Oui  | Oui  | Non   | Oui  | Oui  | Non   |
| Méthode                   | Rétrospective  | Rétrospective  | Rétrospective   | Rétrospective  | Prospective  | Rétrospective   |
| Période                   | Exercice 2002-2003   | Octobre 2005   | De juillet à septembre 2005   | De juillet à septembre 2005 <sup>7</sup>                         | Du 31 octobre 2005 à la première date disponible   | 3 mois, prenant fin le 31 octobre 2005  |
| Estimations               | 3 semaines   | De 0,7 à 5 semaines <sup>3,6</sup>                               | De 0,6 à 12,9 semaines <sup>4</sup>                                   | 1 semaine  | De < 2 à 3,5 semaines <sup>2,5</sup>   | 1 semaine   |

**Sources :**

1. Information extraite des sites Web provinciaux en décembre 2005.
2. L'Alberta présente les temps d'attente en deux phases. Pour améliorer la comparabilité des données avec les autres provinces, les estimations du deuxième segment d'attente sont incluses.
3. La Nouvelle-Écosse a fourni des résultats distincts pour quatre degrés de priorité, incluant les cas dans les services d'urgence, de même que pour deux régions où sont offerts des services de radiothérapie. La fourchette indiquée dans le tableau exclut les temps d'attente aux services d'urgence, mais inclut les cas urgents, semi-urgents et peu urgents. Elle représente les valeurs par région et degré de priorité.
4. L'Ontario a fourni des résultats distincts pour chaque établissement et neuf éléments de l'organisme (seins, système nerveux central, tractus gastro-intestinal, appareil génito-urinaire, organes génitaux, organes hématopoïétiques, tête et cou, poumons, sarcomes). La fourchette représente les valeurs spécifiques aux établissements et aux parties du corps.
5. L'Alberta a fourni des résultats distincts pour chaque établissement et deux parties du corps (seins et prostate). La fourchette représente les valeurs spécifiques aux établissements et aux parties du corps.
6. Les estimations ont été déclarées en jours, lesquels ont été convertis en semaines.
7. À compter de 2006, le Manitoba déclarera des données mensuelles sur la radiothérapie.

1.3 Méthodes de déclaration des temps d'attente pour voir un oncologue et temps d'attente estimatifs par province<sup>1</sup>

|                                  | N.-É.  | Alb.   |
|----------------------------------|--|--|
| <b>Segment d'attente</b>         | De l'orientation vers un centre anticancéreux à la date de rendez-vous | De l'orientation vers un oncologue à la date de rendez-vous  |
| <b>Mesure sommaire</b>           | Moyenne par région et sous-spécialité <sup>2</sup>                     | Temps prévu à compter du dernier jour du mois précédent, par établissement et sous-spécialité <sup>3</sup> |
| <b>Exclusion des cas urgents</b> | Oui  | Oui  |
| <b>Méthode</b>                   | Rétrospective  | Prospective  |
| <b>Période</b>                   | Octobre 2005   | Du 31 octobre 2005 à la première date disponible   |
| <b>Estimations</b>               | De 1,4 à 5,1 semaines <sup>2,4</sup>                                   | De < 1 à 5 semaines <sup>3</sup>   |

Sources :

1. Information extraite des sites Web provinciaux en décembre 2005.
2. La Nouvelle-Écosse a fourni des résultats distincts pour les régions où sont offerts des services d'oncologie et de sous-spécialités (imagerie médicale, radiothérapie et gynécologie). La fourchette représente les valeurs pour la région et la sous-spécialité.
3. L'Alberta a fourni des résultats distincts par établissement pour deux parties du corps (seins et prostate) et deux sous spécialités (imagerie médicale et radiothérapie). La fourchette représente les valeurs spécifiques aux établissements, aux parties du corps et aux sous-spécialités.
4. Les estimations ont été déclarées en jours, lesquels ont été convertis en semaines.

1.4 Méthodes de déclaration des temps d'attente pour les chirurgies liées au cancer et temps d'attente estimatifs par province<sup>1</sup>

|                                  | N.-É.   | Ont.  |
|----------------------------------|---|---|
| <b>Segment d'attente</b>         | De la 1 <sup>re</sup> visite chez le gynécologue à la chirurgie | De la décision de procéder à l'intervention à la date de l'intervention |
| <b>Mesure sommaire</b>           | Temps d'attente moyen <sup>2</sup>                              | Médiane, moyenne, 90 <sup>e</sup> percentile                            |
| <b>Exclusion des cas urgents</b> | Oui   | Oui   |
| <b>Méthode</b>                   | Rétrospective   | Rétrospective   |
| <b>Période</b>                   | Octobre 2005  | Juillet 2005  |
| <b>Estimations</b>               | 21 jours  | 22 jours, 34 jours, 69 jours  |

Sources:

1. Information extraite des sites Web provinciaux en décembre 2005.
2. La Nouvelle-Écosse présente uniquement les temps d'attente pour les interventions chirurgicales liées aux cancers gynécologiques.

**1.5 Méthodes de déclaration des temps d'attente pour une chimiothérapie et temps d'attente estimatifs par province<sup>1</sup>**

|                                  | Ont.  | Alb.   | C.-B.  |
|----------------------------------|---|--|--|
| <b>Segment d'attente</b>         | De l'orientation vers un centre anticancéreux au traitement   | Du rendez-vous avec l'oncologue au traitement  | De la date à laquelle le patient est jugé apte à subir le traitement à la date du traitement |
| <b>Mesure sommaire</b>           | Médiane par établissement et par partie du corps <sup>2</sup> | Temps prévu à compter du dernier jour du mois précédent, par établissement et par partie du corps <sup>3</sup> | Temps d'attente maximal  |
| <b>Exclusion des cas urgents</b> | Non   | Oui  | Non  |
| <b>Méthode</b>                   | Rétrospective   | Prospective  | Rétrospective  |
| <b>Période</b>                   | De juillet à septembre 2005                                   | Du 31 octobre 2005 à la première date disponible   | Juin 2005  |
| <b>Estimations</b>               | De 1,9 à 14,6 semaines <sup>2</sup>                           | 1 semaine <sup>3</sup>   | 2 semaines   |

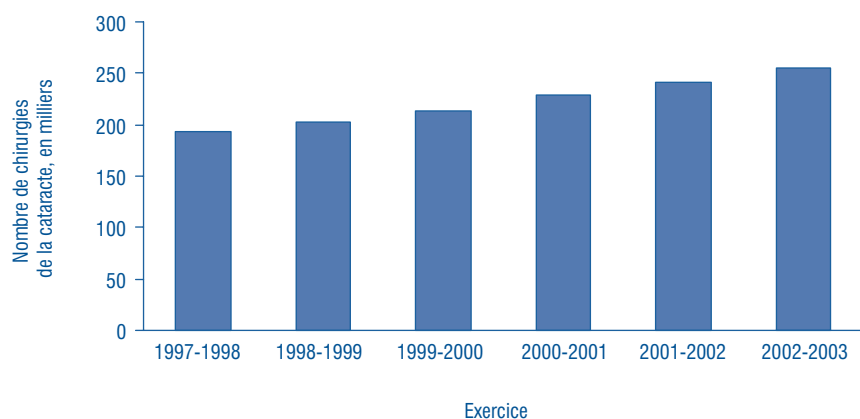
**Sources :**

1. Information extraite des sites Web provinciaux en décembre 2005.
2. L'Ontario a fourni des résultats distincts par établissement et pour neuf éléments de l'organisme (seins, système nerveux central, tractus gastro-intestinal, appareil génito-urinaire, organes génitaux, organes hématopoïétiques, tête et cou, poumons, sarcomes). La fourchette représente les valeurs spécifiques aux établissements et aux parties du corps.
3. L'Alberta présente les temps d'attente en deux phases. Pour améliorer la comparabilité avec les autres provinces, les estimations du deuxième segment d'attente sont incluses. L'Alberta a fourni des résultats distincts par établissement et pour deux parties du corps (seins et prostate). La fourchette représente les valeurs spécifiques aux établissements et aux parties du corps. Les quatre estimations étaient identiques après une semaine.

## 2.0 Restauration de la vue

**2.1 Augmentation du nombre d'interventions chirurgicales**

En 2002, les médecins ont facturé plus de 250 000 chirurgies de la cataracte aux plans provinciaux de paiement à l'acte, une hausse de 32 % par rapport à 1997.

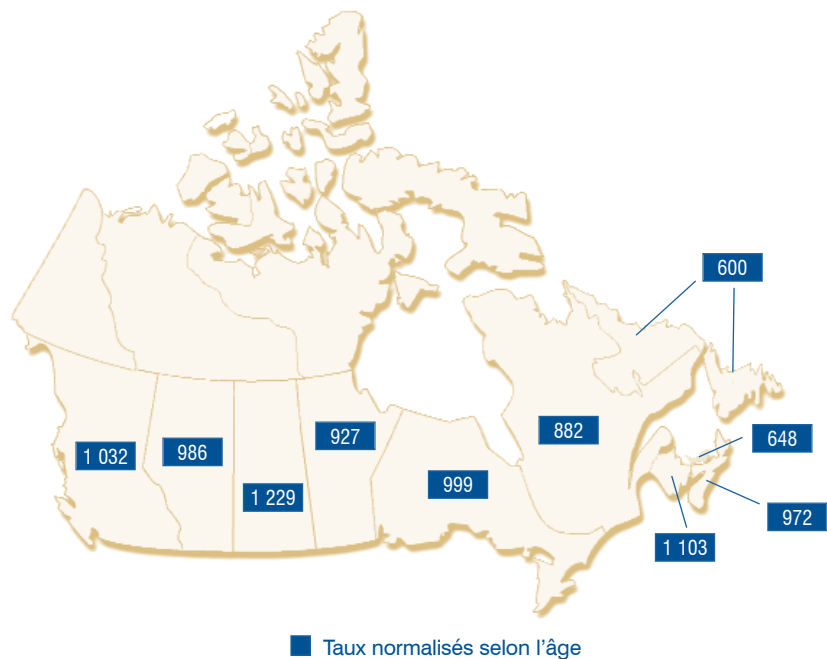


**Remarque :** Des données comparables pour les territoires n'étaient pas disponibles.

**Source :** Base de données nationale sur les médecins, ICIS.

## 2.2 Variations régionales

Comme pour beaucoup d'autres interventions, d'importantes variations régionales sont observées dans le nombre de chirurgies de la cataracte. La carte suivante montre les taux de chirurgies de la cataracte en 2002-2003, normalisés selon l'âge, par tranche de 100 000 habitants.



**Remarque :** Toutes les données proviennent de la Base de données nationale sur les médecins à l'exception de celles de l'Î.-P.-É., qui sont extraites de la Base de données sur les congés des patients. Dans cette province, la facturation réciproque a des répercussions réelles sur les résultats. Il n'existe pas de données comparables sur les territoires.

**Source :** Base de données nationale sur les médecins et Base de données sur les congés des patients, ICIS.

## 2.3 Chirurgies de l'œil déclarées par province et par unité déclarante<sup>1</sup>

| Service                      | T.-N.-L. | I.-P.-É. | N.-É. | N.-B. <sup>2</sup> | Qué. | Ont. | Man. | Sask.          | Alb. | C.-B. |
|------------------------------|----------|----------|-------|--------------------|------|------|------|----------------|------|-------|
| <b>Service</b>               |          |          |       |                    |      |      |      |                |      |       |
| Chirurgie de l'œil           |          |          |       |                    |      |      |      | ●              | ●    | ●     |
| Chirurgie de la cataracte    |          |          | ●     |                    | ●    | ●    |      | ●              | ●    | ●     |
| <b>Niveau de déclaration</b> |          |          |       |                    |      |      |      |                |      |       |
| Province                     |          |          | ●     |                    |      | ●    |      | ● <sup>3</sup> | ●    | ●     |
| Région géographique          |          |          | ●     |                    |      | ●    |      | ●              |      |       |
| Établissement                |          |          |       |                    | ●    | ●    |      |                | ●    |       |
| Médecin                      |          |          |       |                    |      |      |      |                | ●    | ●     |

**Sources :**

1. Information extraite des sites Web provinciaux en décembre 2005.
2. À compter de janvier 2006, le Nouveau-Brunswick commencera à déclarer des données sur les temps d'attente entre le rendez-vous précédent le dernier rendez-vous et la date de la chirurgie de la cataracte par région régionale de la santé.
3. Chirurgies de l'œil seulement.

2.4 Méthodes de déclaration des temps d'attente pour les interventions de restauration de la vue déclarées par province<sup>1</sup>

|  | N.-É.   | Qué.   | Ont.   | Sask.  | Alb.   | C.-B.   |
|--|---|--|--|--|--|---|
| <b>Segment d'attente</b>                       | Du dernier rendez-vous avec un spécialiste à la date de l'intervention                                      | De la réservation à l'hôpital à la date de l'intervention                                    | De la décision de procéder au traitement à la date de l'intervention | De la réception du formulaire de réservation à la date de l'intervention   | De la décision de procéder au traitement à la date de l'intervention | De la réservation à l'hôpital à la date de l'intervention |
| <b>Mesure sommaire</b>                         | Distribution selon les périodes définies  | N <sup>bre</sup> de patients en attente 6 mois ou plus, n <sup>bre</sup> en attente au total | Médiane, moyenne, 90 <sup>e</sup> percentile                         | Distribution selon les périodes définies <sup>2,3</sup>  | Médiane <sup>3,4</sup>   | Médiane   |
| <b>Exclusion des cas urgents</b>               | Oui   | Oui  | Oui  | Non  | Oui  | Oui   |
| <b>Méthode</b>                                 | Rétrospective   | Analyse transversale   | Rétrospective  | Rétrospective  | Rétrospective  | Rétrospective   |
| <b>Période</b>                                 | De janvier à juin 2005  | Au 15 octobre 2005 (données déclarées par 9 établissements sur 61 au 12 novembre 2005)       | Juillet 2005   | D'avril à septembre 2005   | 90 jours, prenant fin le 31 octobre 2005                             | 3 mois, prenant fin le 30 septembre 2005                  |
| <b>Estimations (chirurgie de l'œil)</b>        |   |  |  | 18,6 semaines, cas urgents inclus <sup>7</sup>   | 85 jours <sup>5</sup>  | 48 jours  |
| <b>Estimations (chirurgie de la cataracte)</b> | < 30 j. : 33 %<br>< 60 j. : 54 %<br>< 90 j. : 67 %<br>< 180 j. : 90 %<br>< 270 j. : 95 %<br>< 360 j. : 99 % | 3 358 patients attendent au moins 180 jours, 17 340 en attente <sup>6</sup>                  | 85 jours, 139 jours, 315 jours <sup>5</sup>                          | 1 j. ou moins : 2 %<br>2 j. à 3 s. : 2 %<br>4 à 6 s. : 9 %<br>7 s. à 3 m. : 15 %<br>4 à 6 m. : 24 %<br>7 à 12 m. : 28 %<br>13 à 18 m. : 9 %<br>> 18 m. : 3 % | 93 jours <sup>5</sup>  | 54 jours  |

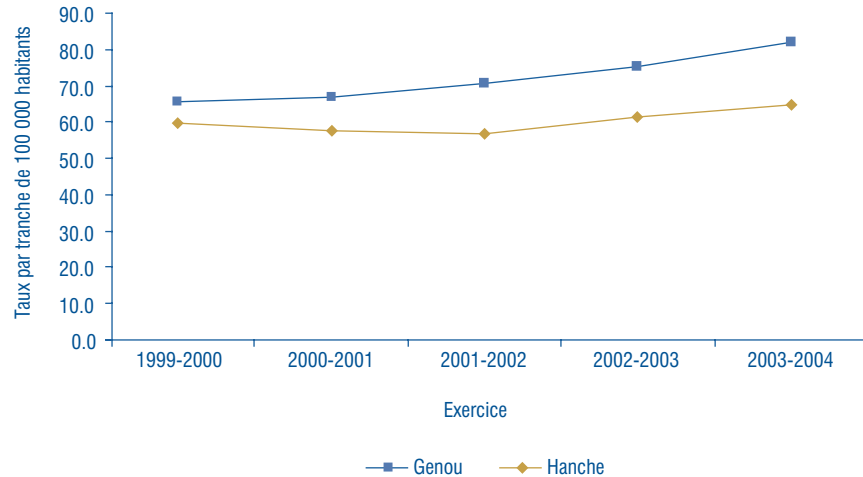
**Sources :**

1. Information extraite des sites Web provinciaux en décembre 2005.
2. La Saskatchewan présente, sur son site, les données pour les régions où les chirurgies de la cataracte ont été pratiquées. La distribution provinciale a été fournie par le ministère de la Santé de la Saskatchewan et a été calculée à l'aide des mêmes données.
3. L'Alberta et la Saskatchewan (pour chirurgie de l'œil) rapportent la distribution des temps d'attente pour des périodes définies.
4. L'Alberta déclare également des temps d'attente distincts pour les chirurgies d'un jour et les patients hospitalisés.
5. Les estimations ont été présentées en semaines, lesquelles ont été converties en jours.
6. Les données du Québec comprennent le total des données par établissement.
7. Pour ce qui est de la chirurgie de l'œil en tant que spécialité, la Saskatchewan déclare des temps d'attente médians avec ou sans les cas d'urgence.

### 3.0 Arthroplasties

#### 3.1 Augmentation soutenue des arthroplasties

Entre 1999-2000 et 2003-2004, les taux, normalisés selon l'âge, d'arthroplasties de la hanche et du genou ont augmenté de 9 % et de 25 % respectivement au Canada.

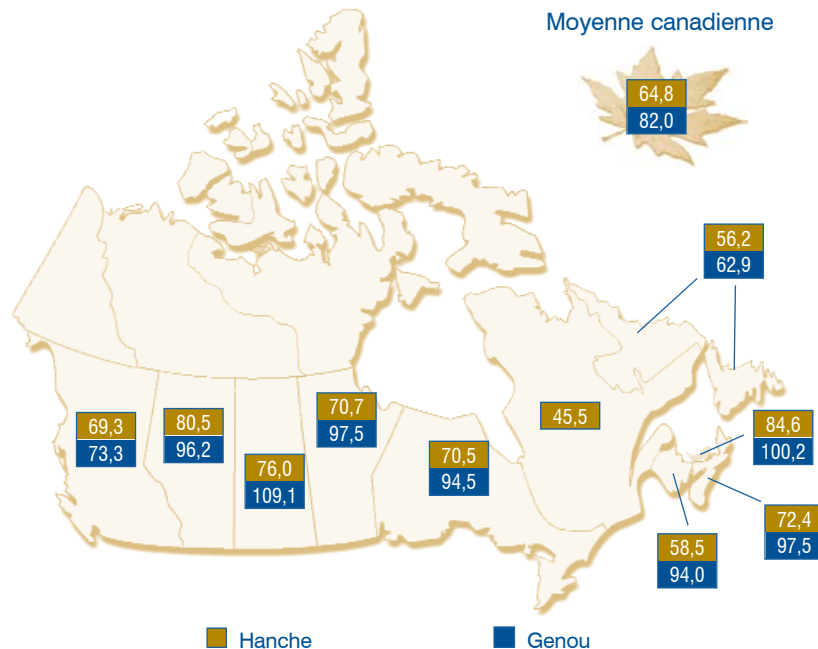


**Remarque :** Les taux sont basés sur l'ensemble des patients, tous âges confondus.

**Source:** Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

#### 3.2 Variations régionales dans le nombre d'arthroplasties

Selon la région du pays, des écarts importants existent dans la fréquence des arthroplasties. Le graphique suivant montre les taux, normalisés selon l'âge, des arthroplasties de la hanche et du genou par tranche de 100 000 habitants dans les provinces et territoires du Canada en 2003-2004. Des écarts encore plus marqués sont observés au niveau infraprovincial. Par exemple, dans les grandes régions sanitaires canadiennes, les taux d'arthroplasties du genou variaient de 22 à 112 par tranche de 100 000 habitants en 2002-2003.



**Remarques :**

1. Les taux sont basés sur l'ensemble des patients, tous âges confondus, en fonction du lieu de résidence. Les patients sans lieu de résidence connu ont été exclus.
2. Les taux du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut ont été exclus en raison du nombre peu élevé de chirurgies, mais ont été inclus dans la moyenne nationale.

**Source:** Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

**3.3 Arthroplasties déclarées par province et par unité déclarante<sup>1</sup>**

|                              | T.-N.-L. | I.-P.-É.         | N.-É. | N.-B. <sup>2</sup> | Qué. | Ont. | Man.           | Sask.          | Alb. | C.-B. |
|------------------------------|----------|------------------|-------|--------------------|------|------|----------------|----------------|------|-------|
| <b>Service</b>               |          |                  |       |                    |      |      |                |                |      |       |
| Chirurgie orthopédique       |          |                  |       |                    |      |      |                | ●              |      | ●     |
| Arthroplastie de la hanche   |          | ● <sup>3,4</sup> | ●     |                    | ●    | ●    | ● <sup>3</sup> | ●              | ●    | ●     |
| Arthroplastie du genou       |          | ● <sup>3,4</sup> | ●     |                    | ●    | ●    | ● <sup>3</sup> | ●              | ●    | ●     |
| <b>Niveau de déclaration</b> |          |                  |       |                    |      |      |                |                |      |       |
| Province                     |          | ●                | ●     |                    |      | ●    | ●              | ● <sup>5</sup> | ●    | ●     |
| Région géographique          |          |                  | ●     |                    |      | ●    |                | ●              |      |       |
| Établissement                |          |                  |       |                    | ●    | ●    |                |                | ●    |       |
| Médecin                      |          |                  |       |                    |      |      |                |                | ●    | ●     |

**Sources :**

1. Information extraite des sites Web provinciaux en décembre 2005
2. À compter de janvier 2006, au terme du dernier processus de consultation, le Nouveau-Brunswick déclarera des données sur les temps d'attente des arthroplasties de la hanche et du genou par région régionale de la santé.
3. Données extraites des Indicateurs de la santé comparables et indicateurs de rendement sur le système de santé, Canada, provinces et territoires, novembre 2004. Internet : [http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=prtwg\\_2004\\_f](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=prtwg_2004_f).
4. L'Île-du-Prince-Édouard a commencé à déclarer les temps d'attente des réservations de chirurgies et à publier ces données sur leur site Web provincial à la fin décembre 2005.
5. Chirurgies orthopédiques seulement.

3.4 Méthodes de déclaration des temps d'attente pour les arthroplasties déclarées par province<sup>1</sup>

|   | I.-P.-É.   | N.-É. <sup>2</sup>  | Qué.   | Ont.   | Man.   | Sask.   | Alb.   | C.-B.   |
|---|--|---|--|--|--|---|--|---|
| <b>Segment d'attente</b>                        | De la décision de procéder au traitement à la date de l'intervention | De l'avant dernier rendez-vous avec le chirurgien à la date de l'intervention (chirurgies de reprise exclues) | De la réservation à l'hôpital à la date de l'intervention  | De la décision de procéder au traitement à la date de l'intervention | De la décision de procéder au traitement à la date de l'intervention | De la réception du formulaire de réservation à la date de l'intervention  | De la décision de procéder au traitement à la date de l'intervention | De la réservation à l'hôpital à la date de l'intervention |
| <b>Mesure sommaire</b>                          | Médiane  | Distribution selon des périodes définies  | N <sup>bre</sup> patients en attente 3 mois ou plus, n <sup>bre</sup> en attente au total <sup>3</sup> | Médiane, moyenne, 90 <sup>e</sup> percentile                         | Médiane  | Médiane <sup>4</sup> (chirurgies orthopédiques) Distribution selon des périodes définies (arthroplasties de la hanche et du genou) <sup>5</sup>                             | Médiane <sup>4</sup>   | Médiane   |
| <b>Exclusion des cas urgents</b>                | Oui  | Oui   | Oui  | Oui  | Oui  | Non   | Oui  | Oui   |
| <b>Méthode</b>                                  | Rétrospective  | Rétrospective   | Analyse transversale   | Rétrospective  | Rétrospective  | Rétrospective   | Rétrospective  | Rétrospective   |
| <b>Période</b>                                  | Exercice 2002-2003   | De janvier à juin 2005  | Au 15 octobre 2005 (données déclarées par 10 établissements sur 53 au 12 novembre 2005)                | Juillet 2005   | Exercice 2002-2003   | D'avril à septembre 2005  | 90 jours, prenant fin le 31 octobre 2005                             | 3 mois, prenant fin le 30 septembre 2005                  |
| <b>Estimations (chirurgie orthopédique)</b>     |  |   |  |  |  | 43 jours (cas urgents inclus) <sup>6,7</sup>  |  | 51 jours <sup>6</sup>                                     |
| <b>Estimations (arthroplastie de la hanche)</b> | 76 jours <sup>6</sup>  | < 30 j. : 7 %<br>< 60 j. : 15 %<br>< 90 j. : 26 %<br>< 180 j. : 49 %<br>< 270 j. : 63 %<br>< 360 j. : 75 %    | 890 patients en attente 90 jours ou plus, 1 786 en attente au total <sup>3</sup>                       | 104 jours, 162 jours, 341 jours                                      | 133 jours <sup>6</sup>   | 1 j. ou moins : 20 %<br>2 j. à 3 s. : 3 %<br>4 à 6 s. : 5 %<br>7 s. à 3 m. : 18 %<br>4 à 6 m. : 20 %<br>7 à 12 m. : 16 %<br>13 à 18 m. : 7 %<br>> 18 m. : 11 % <sup>6</sup> | 126 jours <sup>6</sup>   | 132 jours <sup>6</sup>                                    |
| <b>Estimations (arthroplastie du genou)</b>     | 91 jours <sup>6</sup>  | < 30 j. : 4 %<br>< 60 j. : 9 %<br>< 90 j. : 17 %<br>< 180 j. : 40 %<br>< 270 j. : 57 %<br>< 360 j. : 74 %     | 1 930 patients en attente 90 jours ou plus, 3 231 en attente au total <sup>3</sup>                     | 146 jours, 202 jours, 441 jours                                      | 154 jours <sup>6</sup>   | 1 j. ou moins : 1 %<br>2 j. à 3 s. : 1 %<br>4 à 6 s. : 3 %<br>7 s. à 3 m. : 9 %<br>4 à 6 m. : 20 %<br>7 à 12 m. : 24 %<br>13 à 18 m. : 9 %<br>> 18 m. : 32 % <sup>6</sup>   | 167 jours <sup>6</sup>   | 175 jours <sup>6</sup>                                    |

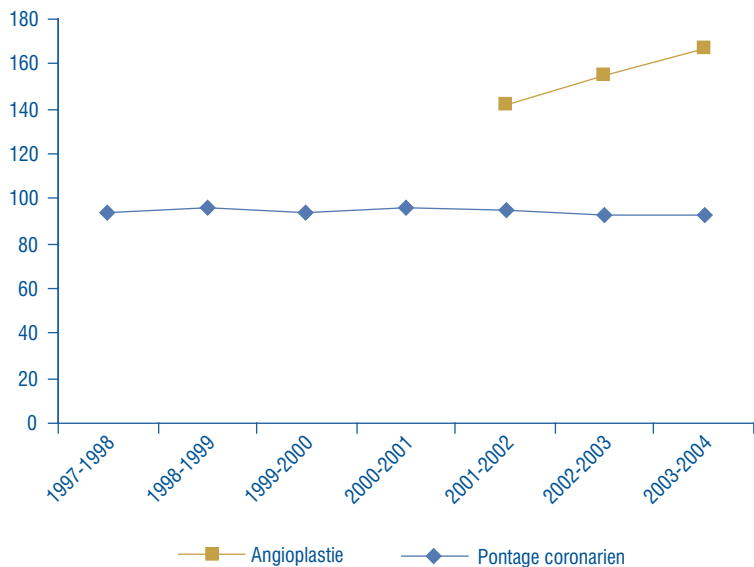
Sources :

1. Information extraite des sites Web provinciaux en décembre 2005.
2. La Nouvelle-Écosse a fourni des résultats distincts pour les chirurgies de reprise. Ces données n'ont pas été incluses dans le tableau ci-dessus.
3. Le Québec a déclaré le nombre de patients en attente par établissement. Ces données ont été additionnées afin d'obtenir un total provincial.
4. L'Alberta et la Saskatchewan ont également rapporté la distribution des temps d'attente pour des périodes définies (pour les chirurgies orthopédiques).
5. La Saskatchewan présente, sur son site, les données par région. La distribution provinciale a été fournie par le ministère de la Santé de la Saskatchewan et a été calculée à l'aide des mêmes données.
6. Les estimations ont été présentées en semaines, lesquelles ont été converties en jours.
7. Les données de la Saskatchewan incluent les arthroplasties partielles de la hanche, qui sont généralement des chirurgies urgentes. Dans le cas de la chirurgie orthopédique en tant que spécialité, la Saskatchewan déclare des temps d'attente médians avec ou sans les cas d'urgence.

## 4.0 Chirurgie cardiaque

### 4.1 Tendances en chirurgie cardiaque

Malgré une certaine stabilité des taux normalisés selon l'âge de pontages coronariens depuis quelques années, les angioplasties sont de plus en plus courantes.

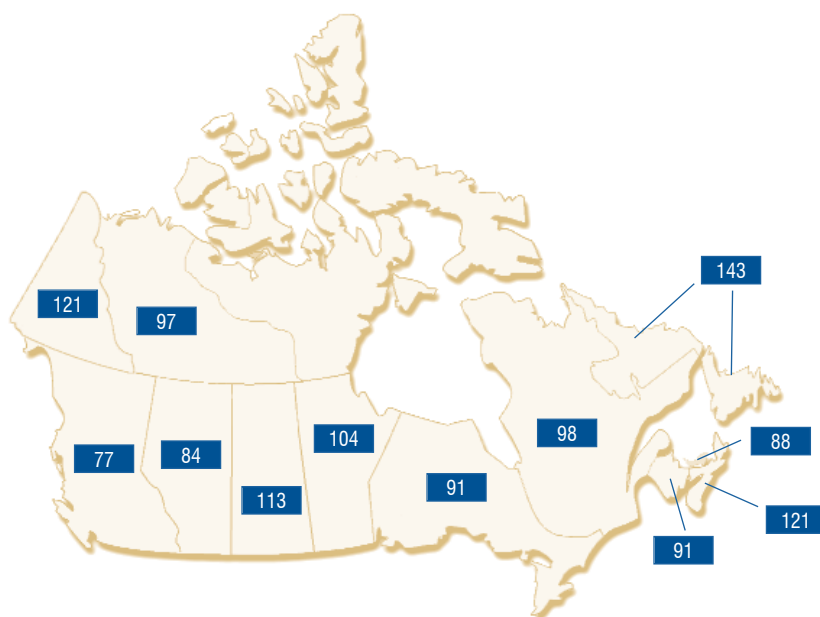


**Remarque :** Les angioplasties sans hospitalisation effectuées en Alberta et au Québec ne sont pas incluses, ce qui ne devrait pas avoir de répercussions réelles sur les taux globaux.

**Source :** Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

### 4.2 Aperçu des chirurgies cardiaques

Les taux de pontages coronariens varient considérablement d'une province à l'autre, tout comme les types d'interventions pratiquées. La carte suivante montre les taux de chirurgies avec hospitalisation par tranche de 100 000 adultes de 20 ans et plus en 2002-2003. Ces taux indiquent l'endroit de prestation des soins et non le lieu de résidence du patient.



**Remarque :** Les données sur les territoires ne sont pas montrées en raison de la petite taille des cellules.

**Source :** Base de données sur la morbidité hospitalière, ICIS.

4.3 Services en cardiologie déclarés par province et par unité déclarante<sup>1</sup>

|                              | T.-N.-L.       | I.-P.-É. | N.-É. | N.-B.            | Qué. | Ont. | Man.           | Sask.          | Alb. | C.-B.          |
|------------------------------|----------------|----------|-------|------------------|------|------|----------------|----------------|------|----------------|
| <b>Service</b>               |                |          |       |                  |      |      |                |                |      |                |
| Chirurgie cardiovasculaire   |                |          | ●     |                  |      |      |                | ●              |      |                |
| Chirurgie cardiaque          |                |          |       |                  | ●    |      | ●              |                | ●    | ●              |
| Pontage coronarien           | ● <sup>2</sup> |          |       | ● <sup>2,3</sup> |      | ●    | ● <sup>2</sup> | ●              | ●    | ● <sup>2</sup> |
| Angioplastie                 |                |          | ●     |                  | ●    | ●    |                |                |      |                |
| Cathétérisme                 |                |          | ●     |                  |      | ●    |                |                |      |                |
| <b>Niveau de déclaration</b> |                |          |       |                  |      |      |                |                |      |                |
| Province                     | ●              |          | ●     | ●                |      | ●    | ●              | ● <sup>4</sup> | ●    | ●              |
| Région géographique          |                |          |       |                  | ●    | ●    | ●              | ●              |      |                |
| Établissement                |                |          |       |                  |      | ●    |                |                | ●    |                |
| Médecin                      |                |          |       |                  |      |      |                |                | ●    | ●              |

Sources :

1. Information extraite des sites Web provinciaux en décembre 2005.
2. Données extraites des Indicateurs de la santé comparables, Canada, provinces et territoires, novembre 2004 : [http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw\\_page=prtwg\\_2004\\_f](http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=prtwg_2004_f).
3. À compter de janvier 2006, le Nouveau-Brunswick commencera à déclarer des données sur les temps d'attente entre le rendez-vous précédent le dernier rendez-vous et la date de la chirurgie de la cataracte par région régionale de la santé.
4. Les sites Web contiennent seulement des données provinciales sur les chirurgies cardiovasculaires.

4.4 Méthodes de déclaration des temps d'attente pour les chirurgies cardiovasculaires ou cardiaques déclarées par province<sup>1</sup>

|                                  | N.-É. <sup>2</sup>   | Qué. <sup>3</sup>   | Man. <sup>3</sup>  | Sask. <sup>2</sup>   | Alb. <sup>3</sup>  | C.-B. <sup>3</sup>                                    |
|----------------------------------|--|---|--|--|--|---|
| <b>Segment d'attente</b>         | De la décision de procéder au traitement à la date du traitement | De l'autorisation écrite du médecin au traitement   | De la décision de procéder au traitement à la date du traitement | De la réception du formulaire de réservation au traitement | De la décision de procéder au traitement à la date du traitement | De la réservation à l'hôpital à la date du traitement |
| <b>Mesure sommaire</b>           | Moyenne par degré de priorité <sup>4</sup>                       | N <sup>bre</sup> patients en attente 3 mois ou plus, n <sup>bre</sup> patients en attente au total <sup>5</sup> | Médiane  | Médiane <sup>6</sup>                                       | Médiane <sup>7</sup>   | Médiane   |
| <b>Exclusion des cas urgents</b> | Oui  | Oui   | Non  | Oui  | Oui  | Oui   |
| <b>Méthode</b>                   | Rétrospective  | Analyse transversale  | Rétrospective  | Rétrospective  | Rétrospective  | Rétrospective   |
| <b>Période</b>                   | Octobre 2005   | Au 15 octobre 2005 (données déclarées par 1 établissement sur 17 au 12 novembre 2005)                           | De juillet à septembre 2005                                      | D'avril à septembre 2005                                   | 90 jours, prenant fin le 31 octobre 2005                         | 3 mois, prenant fin le 30 septembre 2005              |
| <b>Estimations</b>               | De 28 à 188 jours <sup>4</sup>                                   | 150 patients en attente 90 jours ou plus, 562 patients en attente au total <sup>5</sup>                         | 25 jours   | 6 jours (cas non urgents)                                  | 24 jours   | 67 jours  |

**Sources :**

1. Information extraite des sites Web provinciaux en décembre 2005.
2. Déclaration de données sur les chirurgies cardiovasculaires.
3. Déclaration de données sur les chirurgies cardiaques.
4. La Nouvelle-Écosse a fourni des résultats distincts pour quatre degrés de priorité, incluant les cas dans les services d'urgence (patients hospitalisés). La fourchette indiquée dans le tableau exclut les temps d'attente aux services d'urgence, mais inclut les cas semi-urgents A, semi-urgents B et peu urgents. Elle représente les valeurs par degré de priorité.
5. Le Québec a déclaré le nombre de patients en attente par établissement. Ces données ont été additionnées afin d'obtenir un total provincial. La province a inclus, dans les chirurgies cardiaques, les pontages coronariens et les chirurgies de réparation ou de remplacement valvulaire.
6. La Saskatchewan a également rapporté la distribution des temps d'attente pour des périodes définies. Dans le cas de la chirurgie vasculaire en tant que spécialité, la Saskatchewan déclare des temps d'attente médians avec ou sans les cas d'urgence.
7. L'Alberta a déclaré des temps d'attente médians en semaines, lesquelles ont été converties en jours. L'Alberta a déclaré des temps d'attente distincts pour les chirurgies d'un jour et les patients hospitalisés, de même que la distribution de ces temps d'attente pour des périodes définies.

4.5 Méthodes de déclaration des temps d'attente pour les pontages coronariens déclarés par province<sup>1</sup>

|                                  | T.-N.-L.   | N.-B.                                 | Ont.   | Man.   | Sask.  | Alb.   | C.-B.                                 |
|----------------------------------|--|---------------------------------------|--|--|--|--|---------------------------------------|
| <b>Segment d'attente</b>         | De la décision de procéder au traitement à la date du traitement | Du cathétérisme au pontage coronarien | De la décision de procéder au traitement à la date du traitement | De la décision de procéder au traitement à la date du traitement | De la réception du formulaire de réservation à la date du traitement   | De la décision de procéder au traitement à la date du traitement | Du cathétérisme au pontage coronarien |
| <b>Mesure sommaire</b>           | Médiane  | Médiane                               | Médiane, moyenne, 90 <sup>e</sup> percentile                     | Médiane  | Distribution selon les périodes définies <sup>2</sup>  | Médiane <sup>3</sup>   | Médiane                               |
| <b>Exclusion des cas urgents</b> | Non  | Non                                   | Oui  | Non  | Non  | Oui  | Non                                   |
| <b>Méthode</b>                   | Rétrospective  | Rétrospective                         | Rétrospective  | Rétrospective  | Rétrospective  | Rétrospective  | Rétrospective                         |
| <b>Période</b>                   | Exercice 2002-2003   | Exercice 2002-2003                    | Juillet 2005   | Exercice 2002-2003   | D'avril à septembre 2005   | 90 jours, prenant fin le 31 octobre 2005                         | Exercice 2002-2003                    |
| <b>Estimations</b>               | 10 jours   | 8 jours                               | 21 jours, 30 jours, 70 jours                                     | 11 jours   | 1 j. ou moins : 32 %<br>2 j. à 3 s. : 46 %<br>4 à 6 s. : 7 %<br>7 s. à 3 m. : 13 %<br>4 à 6 m. : 2 %<br>7 à 12 m. : 0 %<br>13 à 18 m. : 0 %<br>18 m. ou plus : 0 % | 20 jours   | 24 jours                              |

Sources :

1. Information extraite des sites Web provinciaux en décembre 2005.
2. La Saskatchewan présente, sur son site, des données pour les deux régions où des pontages coronariens sont pratiqués. La distribution provinciale a été fournie par le ministère de la Santé de la Saskatchewan et a été calculée à partir de ces données.
3. L'Alberta a déclaré des temps d'attente médians en semaines, lesquelles ont été converties en jours. L'Alberta a déclaré des temps d'attente distincts pour les chirurgies d'un jour et les patients hospitalisés, de même que la distribution de ces temps d'attente pour des périodes définies.

4.6 Méthodes de déclaration des temps d'attente pour les angioplasties déclarées par province<sup>1</sup>

|                                  | N.-É.  | Qué.   | Ont.   |
|----------------------------------|--|--|--|
| <b>Segment d'attente</b>         | De la décision de procéder au traitement à la date du traitement | De l'autorisation écrite du médecin à la date du traitement  | De la décision de procéder au traitement à la date du traitement |
| <b>Mesure sommaire</b>           | Moyenne par degré de priorité <sup>2</sup>                       | N <sup>bre</sup> en attente 2 mois ou plus, n <sup>bre</sup> patients en attente au total <sup>3</sup>                                 | Médiane, moyenne, 90 <sup>e</sup> percentile                     |
| <b>Exclusion des cas urgents</b> | Oui  | Oui  | Oui  |
| <b>Méthode</b>                   | Rétrospective  | Analyse transversale   | Rétrospective  |
| <b>Période</b>                   | Octobre 2005   | Au 15 octobre 2005   | Juillet 2005   |
| <b>Estimations</b>               | De 10 à 28 jours <sup>2</sup>                                    | Estimation pour angioplastie et cathétérisme cardiaque : 89 patients en attente 60 jours ou plus, 553 en attente au total <sup>3</sup> | 4 jours, 9 jours, 22 jours                                       |

Sources :

1. Information extraite des sites Web provinciaux en décembre 2005.
2. La Nouvelle-Écosse a fourni des résultats distincts pour trois degrés de priorité (urgents, semi-urgents et peu urgents). La fourchette représente les valeurs par degré de priorité.
3. Le Québec a déclaré le nombre de patients en attente par établissement. Ces données ont été additionnées afin d'obtenir un total provincial.

4.7 Méthodes de déclaration des temps d'attente pour les cathétérismes cardiaques déclarées par province<sup>1</sup>

|                                  | N.-É.  | Qué.   | Ont.   |
|----------------------------------|--|--|--|
| <b>Segment d'attente</b>         | De la date de décision de procéder au traitement à la date du traitement | De l'autorisation écrite du médecin à la date du traitement  | De la date de décision de procéder au traitement à la date du traitement |
| <b>Mesure sommaire</b>           | Moyenne par degré de priorité  | N <sup>bre</sup> en attente 2 mois ou plus, N <sup>bre</sup> patients en attente au total  | Médiane, moyenne, 90 <sup>e</sup> percentile                             |
| <b>Exclusion des cas urgents</b> | Oui  | Oui  | Oui  |
| <b>Méthode</b>                   | Rétrospective  | Analyse transversale   | Rétrospective  |
| <b>Période</b>                   | Octobre 2005   | Au 15 octobre 2005   | Juillet 2005   |
| <b>Estimations</b>               | De 10 à 27 jours <sup>2</sup>  | Estimation pour angioplastie et cathétérisme cardiaque : 89 patients en attente 60 jours ou plus, 553 en attente au total <sup>3</sup> | 13 jours<br>18 jours<br>43 jours   |

**Sources :**

1. Information extraite des sites Web provinciaux en décembre 2005.
2. La Nouvelle-Écosse a fourni des résultats distincts pour trois degrés de priorité (urgents, semi-urgents et peu urgents). La fourchette représente les valeurs par degré de priorité.
3. Le Québec a déclaré le nombre de patients en attente par établissement. Ces données ont été additionnées afin d'obtenir un total provincial.



# 4

## Au-delà des soins de courte durée



## Chapitre 4. Au-delà des soins de courte durée

Au chapitre des temps d'attente, l'accent a surtout été mis sur les délais en matière d'évaluation, de diagnostic et de traitement. Toutefois, le temps que les patients doivent attendre avant de voir un spécialiste ou de subir une intervention n'est pas le seul aspect de l'accès aux soins soulevant certaines inquiétudes. Bon nombre de patients ont besoin d'autres services de soins de santé même après un séjour à l'hôpital. Par exemple, l'état d'un patient qui quitte l'hôpital après avoir subi un pontage coronarien peut nécessiter des services de réadaptation cardiologique, des services à domicile ou tout autre type de service. Dans le même ordre d'idées, une chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche peut nécessiter des soins de longue durée, des services à domicile ou des services de réadaptation aux patients hospitalisés.

Faciliter le séjour des patients afin d'améliorer l'accès aux soins de santé représente un défi à l'échelle mondiale. De fait, selon environ la moitié des directeurs d'hôpitaux en Australie, au Canada, au Royaume-Uni et aux États-Unis, en 2003, des patients ont souvent ou très souvent dû prolonger leur séjour à l'hôpital en raison d'un manque de disponibilité des services de traitement à la sortie de l'hôpital<sup>i</sup>. De plus, certains problèmes peuvent persister même une fois que les patients sont transférés.

### Attente de congé de l'hôpital

Chaque année, au Canada, plus de deux millions de patients sont admis dans un hôpital de soins de courte durée. Après leur sortie de l'hôpital, bon nombre d'entre eux ont besoin, pour une période plus ou moins longue, de services dans un centre de réadaptation ou encore de soins de longue durée, de soins à domicile ou autres. Certains ont tout de suite accès à ces services, alors que d'autres doivent attendre.

Une façon d'explorer la question consiste à examiner combien de patients prêts à être transférés vers d'autres types de soins doivent rester à l'hôpital. Des patients qui attendent pour recevoir un autre niveau de soins (ANS) ont terminé la phase aiguë de leur traitement, mais continuent d'occuper un lit dans ce type d'établissement.

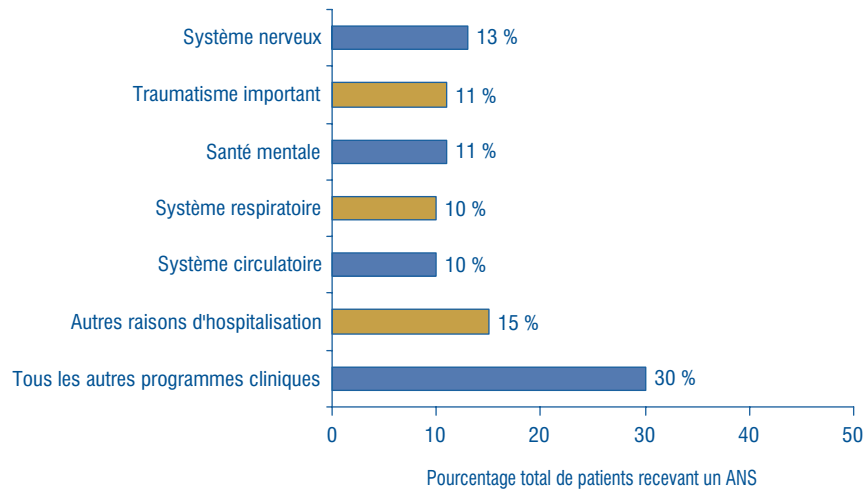
La plupart des hôpitaux demandent aux médecins (ou autres professionnels de la santé désignés) d'indiquer quand un patient occupant un lit dans un hôpital de soins de courte durée peut être transféré ailleurs<sup>i</sup>. En 2004-2005, les dispensateurs de soins ont signalé que plus de 73 000 patients à l'extérieur du Québec et des territoires ont occupé un lit pour soins de courte durée en attendant leur transfert. Ce chiffre représente plus de 3 % des séjours d'une nuit à l'hôpital.

Ces patients souffrent d'une combinaison de problèmes de santé. Par exemple, les patients admis en raison d'un accident vasculaire cérébral sont plus susceptibles de voir leur congé retardé. Ces mêmes patients représentent également une large part des séjours avec attente de transfert à un autre niveau de soins. Les patients atteints du VIH sont aussi plus susceptibles d'avoir à prolonger leur séjour, en attendant d'autres services. Toutefois, leur nombre étant plus restreint, ils ne représentent que 1 % des patients des ANS. En comparaison, la grossesse et l'accouchement figurent parmi les principales causes de séjour d'une nuit à l'hôpital; mais il est rare que ces patientes aient à attendre pour d'autres types de soins.

i. Les politiques d'identification et de suivi des patients devant recevoir d'autres niveaux de soins diffèrent d'un endroit à l'autre et peuvent changer au fil du temps. Il est fort probable que le nombre de cas d'ANS signalés est inférieur au nombre total de patients qui attendent réellement d'autres niveaux de soins.

## 26 Attente pour d'autres types de soins

Plus de la moitié des patients qui, d'après leurs dispensateurs de soins, ont dû attendre pour recevoir un autre niveau de soins en 2004-2005, ont été traités pour un problème de santé relevant d'une des cinq catégories cliniques principales : maladie du système nerveux, traumatisme important, maladie mentale, maladie de l'appareil respiratoire et maladie de l'appareil circulatoire. Un autre 15 % des patients répertoriés relève de la catégorie « Autres raisons d'hospitalisation », la plupart d'entre eux ayant passé plus de temps à attendre d'autres types de soins qu'à recevoir des services de soins de courte durée.



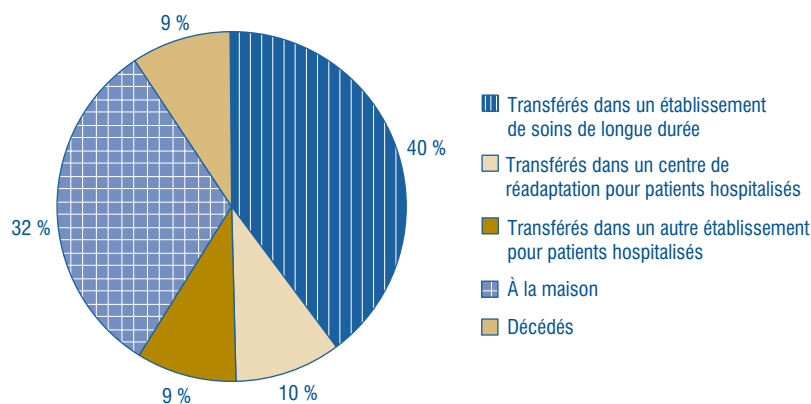
**Remarque :** Ces chiffres ne comprennent pas le Québec et les territoires, ceux-ci ne déclarant pas le nombre de jours ANS dans la Base de données sur les congés des patients.

**Source :** Base de données sur les congés des patients, ICIS.

Afin de mieux comprendre les temps d'attente à d'autres niveaux de soins, il importe de savoir où vont les patients après leur sortie de l'hôpital. En général, la plupart sont transférés dans un établissement de soins de longue durée ou rentrent chez eux, avec ou sans soins à domicile. Toutefois, la destination des patients varie selon leurs problèmes de santé. Par exemple, plus de la moitié des patients traités initialement pour des problèmes de santé mentale et qui attendent à l'hôpital pour recevoir un autre niveau de soins sont transférés dans un établissement de soins de longue durée (56 %), comparativement à 26 % pour les patients souffrant d'une affection du système musculo-squelettique. Dans les deux cas, environ un patient sur trois a été renvoyé à la maison après avoir attendu pour recevoir un autre niveau de soins.

## 27 Destination des patients

En 2004-2005, 40 % des patients qui attendaient à l'hôpital pour recevoir un autre niveau de soins ont été transférés dans un établissement de soins de longue durée. Un tiers ont été renvoyés à la maison (au moins 60 % d'entre eux ont reçu des soins à domicile). Neuf pour cent des patients d'ANS sont décédés, mais nous ne savons pas quel pourcentage attendait un lit en soins palliatifs comparativement à d'autres services.



**Remarque :** Ces chiffres ne comprennent pas le Québec et les territoires, ceux-ci ne déclarant pas le nombre de jours ANS dans la Base de données sur les congés des patients.

**Source :** Base de données sur les congés des patients, ICIS.

## Autre vision de l'accès aux soins

Au Canada et ailleurs, de nombreux programmes étudient actuellement comment améliorer l'accès aux soins de longue durée; mais leur efficacité relative n'est pas encore très bien définie. Pour certains, la solution consiste à accroître la capacité du système, alors que d'autres misent sur la réduction des goulots d'étranglement, l'amélioration du rendement ou d'autres facteurs ayant une incidence sur l'accès. Quelques-uns se demandent comment fournir efficacement les soins nécessaires. En 1999 par exemple, le ministère des Anciens combattants a lancé un projet pilote pour apporter une solution au problème des listes d'attente pour des lits de soins de longue durée<sup>2</sup>. Les anciens combattants qui attendaient un lit se sont vu offrir des services de traitement et de soins à domicile auxquels ils n'étaient, jusque-là, pas admissibles. Quatre-vingt-dix pour cent des anciens combattants interrogés ont indiqué qu'ils préféraient rester chez eux et profiter de ce genre de services plutôt que d'être placés dans des établissements de soins de longue durée.

Un projet mis sur pied à Montréal au milieu des années 1990 partait du principe qu'une approche coordonnée est essentielle à la gestion efficace des patients souffrant de problèmes de santé complexes, comme les personnes âgées en perte d'autonomie. Des chercheurs ont comparé un groupe de patients participant au projet et un groupe de patients n'y participant pas<sup>3</sup>. Ils ont constaté que les résultats pour la santé et les coûts étaient semblables dans les deux groupes. Si les coûts associés aux services d'urgence et de soins de longue durée étaient moins élevés, des dépenses plus élevées en matière de services à domicile et communautaires venaient contrebalancer les économies réalisées. En outre, les participants avaient tendance à :

- passer moins de temps dans des hôpitaux de soins de courte durée pendant qu'ils attendaient à la maison;
- visiter moins souvent les services d'urgence et, lorsqu'ils s'y rendaient, à retourner à la maison au lieu d'être admis à l'hôpital;
- rendre plus souvent visite à un praticien de soins primaires ou à un centre local de services communautaires (CLSC) et à utiliser divers services communautaires (p. ex., physiothérapie et ergothérapie);
- tenir pour meilleurs les soins reçus.

Plus récemment, dans le cadre d'une restructuration des services de santé, le gouvernement du Québec a rédigé la politique de soutien à domicile pour toutes les personnes âgées de la province. Cette politique a été conçue afin de permettre aux patients de rentrer chez eux plus rapidement après un séjour dans un hôpital ou de recevoir des services de soins de santé (par exemple des soins palliatifs) à domicile plutôt qu'à l'hôpital<sup>4</sup>.

## Point de mire : Qui attend pour des services de réadaptation?

Certains patients ont besoin de soins spécialisés pour les aider à se remettre d'une maladie ou d'une blessure. Un patient victime d'un accident vasculaire cérébral ou qui subit une intervention à la hanche, par exemple, peut avoir besoin de réapprendre à marcher, ou de reprendre des forces et retrouver son équilibre. Aider les patients à retrouver ces capacités est un des principaux objectifs de la réadaptation. En 2004-2005, 84 programmes de réadaptation pour patients hospitalisés répartis dans six provinces ont recueilli, au moyen du Système national d'information sur la réadaptation, des renseignements sur les services qu'ils offrent.

### 28 Temps d'attente liés à des services de réadaptation par type de chirurgie

Même si la plupart des personnes n'ont pas à attendre, plus d'un patient sur cinq hospitalisé en réadaptation après une chirurgie orthopédique en 2004-2005 a dû attendre deux jours ou plus avant d'être admis. Les cas non planifiés (fractures de la hanche) étaient plus susceptibles d'attendre que les cas planifiés (arthroplastie de la hanche ou du genou).

| Admission                       | Arthroplastie de la hanche | Arthroplastie du genou | Fracture de la hanche |
|---------------------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------|
| Le jour même ou le jour suivant | 2 190 (78 %)               | 2 488 (80 %)           | 1 484 (71 %)          |
| Deux jours ou plus              | 632 (22 %)                 | 641 (20 %)             | 615 (29 %)            |

**Remarque :** Ces résultats sont basés sur les données fournies par 84 programmes de réadaptation pour patients hospitalisés dans six provinces.

**Source :** Système national d'information sur la réadaptation, ICIS.

Dans les divers établissements, environ la moitié des patients (52 %) ont été admis en réadaptation à la date à laquelle ils étaient considérés comme prêts tandis que 16 % ont été admis le lendemain<sup>5</sup>. Par contre, 10 % ont dû attendre plus d'une semaine et 2 %, plus de 30 jours. Les temps d'attente ont tendance à être plus courts dans le cas des patients provenant des soins de courte durée et plus longs dans le cas de ceux orientés par des médecins externes.

Environ la moitié des patients hospitalisés en réadaptation souffraient de problèmes orthopédiques. En 2004-2005, nous avons pu examiner les temps d'attente de 8 050 patients dont la chirurgie était soit planifiée (remplacement articulaire total) soit non planifiée (fracture de la hanche). Plus précisément, nous avons calculé la différence entre la date à laquelle le patient était prêt à être hospitalisé en réadaptation et celle de son admission.

Parmi les personnes hospitalisées en réadaptation, la plupart de celles ayant subi l'une ou l'autre des chirurgies orthopédiques ont été admises au plus tard un jour après la date à laquelle elles étaient considérées comme prêtes pour ce type de soins. Les patients souffrant d'une fracture de la hanche étaient plus susceptibles d'avoir dû attendre deux jours ou plus. Parmi les patients ayant subi une chirurgie habituellement planifiée, seulement 20 % ont dû attendre deux jours ou plus pour qu'une place se libère. Les temps d'attente d'une hospitalisation en réadaptation (mesurés en jours) sont généralement plus courts que les temps d'attente pour voir un spécialiste ou recevoir des soins chirurgicaux (mesurés en semaines ou en mois).

La réadaptation est un des nombreux services institutionnels et communautaires dont peuvent avoir besoin les Canadiens. Les problèmes d'accessibilité sont fonction du type de soins requis. Par exemple, un Canadien sur cinq ayant une déficience a indiqué qu'il n'a pas reçu l'aide nécessaire pour vaquer à ses activités quotidiennes<sup>6</sup>. De ce groupe, ils étaient dix fois plus nombreux à se plaindre du coût trop élevé de l'aide plutôt que du fait d'être alors sur une liste d'attente. Les résultats de la recherche font également ressortir que les patients en soins de longue durée doivent attendre avant de recevoir les médicaments dont ils ont besoin, des soins personnels, un rendez-vous dans une clinique et d'autres services<sup>7</sup>.

## Au-delà des soins de courte durée : Notre position

### Ce que nous savons, entre autres

- Pour certains patients, accéder aux services de soins postactifs représente des difficultés. Le nombre de patients en attente et les services pour lesquels ils attendent dépendent en partie du profil clinique du patient.
- Au moins 3 % des patients admis à l'hôpital passent un moment dans un lit pour soins de courte durée en attente d'autres soins. Au sortir de l'hôpital, ils sont susceptibles d'être transférés dans un établissement de soins de longue durée ou de retourner à la maison.
- Pour patients ayant subi une chirurgie articulaire, les temps d'attente sont habituellement moins long pour être admis en réadaptation que pour consulter un spécialiste, passer un test diagnostique et subir l'intervention chirurgicale.

### Ce que nous ignorons

- Combien de temps les patients attendent-ils pour avoir accès à des services de soins à domicile ou communautaires, à des centres de soins infirmiers ou des établissements de soins de longue durée, à des centres de santé mentale et de toxicomanie ou à d'autres types de soins? En dehors des hôpitaux, qui a besoin de ces types de services?
- Quelles répercussions ces temps d'attente ont-ils sur les patients et leurs familles, les résultats des services de santé et les coûts des soins de santé?
- Pourquoi les patients doivent-ils attendre après la phase aiguë de leur traitement? Certains types de patients attendent-ils plus longtemps que d'autres pour des services après leur sortie d'un hôpital de soins de courte durée? Quelles stratégies sont les plus efficaces pour permettre aux patients d'accéder aux autres niveaux de soins dont ils ont besoin?

## Pour en savoir davantage

---

- 1 J. Blendon, C. Schoen, C. M. DesRoches, R. Osborn, K. Zapert et E. Raleigh, « Confronting Competing Demands To Improve Quality: A Five-Country Hospital Survey », *Health Affairs*, n° 23, vol. 3 (2004), p. 119-135.
- 2 D. Pedlar et J. Walker, « Brief Report: The Overseas Service Veteran At Home Pilot: How Choice of Care May Affect Use of Nursing Home Beds and Waiting Lists », *Canadian Journal on Aging*, n° 23, vol. 4 (2004), p. 367-369.
- 3 F. Béland, Bergman et P. Lebel, *Un système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie. Évaluation de la phase 1, juin 1999 à mai 2000*, Ottawa, Fonds d'adaptation des services de santé, Santé Canada, 2001.
- 4 Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Report on the Progress Made Regarding the Bilateral Agreement Entered Into During the Federal-Provincial-Territorial Meeting of the First Ministers on Health*, septembre 2004, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005.
- 5 Institut canadien d'information sur la santé, *Réadaptation pour patients hospitalisés au Canada, 2003-2004*, Ottawa, ICIS, 2005.
- 6 Statistique Canada, *Les mesures de soutien à l'incapacité au Canada, 2001*, Ottawa, Statistique Canada, 2002.
- 7 G. J. Mitchell, F. B. Pilkington, C. Jonas-Simpson, F. Aiken, M. G. Carson, A. Fisher et P. Lyon, « Exploring the Lived Experience of Waiting for Persons in Long-Term Care », *Nursing Science Quarterly*, n° 18, vol. 2 (2005), p. 163-170.



[www.icis.ca](http://www.icis.ca)  
[www.cihi.ca](http://www.cihi.ca)

*À l'avant-garde de l'information sur la santé*  
*Taking health information further*