



Santé
Canada Health
Canada

*Votre santé et votre
sécurité... notre priorité.*

*Your health and
safety... our priority.*

Rapport final du conseiller fédéral sur les temps d'attente

juin 2006



Canada

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Publication autorisée par le ministre de la Santé.

Rapport final du conseiller fédéral sur les temps d'attente
est disponible sur Internet à l'adresse suivante :
<http://www.hc-sc.gc.ca>

Also available in English under the title:
Final Report of The Federal Advisor on Wait Times

La présente publication est également disponible
sur demande sur disquette, en gros caractères,
sur bande sonore ou en braille.

Pour obtenir plus de renseignements ou des copies supplémentaires,
veuillez communiquer avec :

Publications
Santé Canada
Ottawa, Ontario K1A 0K9
Tél. : (613) 954-5995
Télec. : (613) 941-5366
Courriel : info@hc-sc.gc.ca

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de Santé Canada, 2006

SC Pub. : 1201
Cat. : H21-272/2006F-PDF
ISBN : 0-662-71968-9

Les opinions exprimées dans le présent rapport sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada.

Brian D. Postl, M.D.
Conseiller fédéral sur les temps d'attente

Juin 2006

**À l'attention du très honorable Stephen Harper
et de l'honorable Tony Clement**

En juillet 2005, j'ai été invité à assumer le rôle de conseiller fédéral sur les temps d'attente. On m'a demandé d'examiner les facteurs contribuant aux longs temps d'attente et de discuter, avec les administrations provinciales et territoriales de même qu'avec les intervenants, des efforts qui peuvent être déployés et qui peuvent contribuer à accélérer l'accès aux services de santé. Le gouvernement fédéral a alors demandé à recevoir des recommandations et des conseils, conformément aux champs de compétence et aux pouvoirs canadiens, qui permettraient de réduire les temps d'attente pour obtenir des services de santé.

Plus particulièrement, mon mandat comportait les tâches suivantes :

- favoriser la prise de mesures supplémentaires visant à réduire de façon notable les temps d'attente;
- établir un consensus au sujet de l'établissement d'indicateurs comparables et de points de repère fondés sur des éléments probants et le maintenir;
- évaluer les lacunes du point de vue des connaissances et déterminer des moyens pour les combler;
- favoriser l'adoption de méthodes et d'outils afin d'améliorer la gestion des temps d'attente.

Il me fait plaisir de mentionner que j'ai apprécié la collaboration de beaucoup d'administrations, d'établissements et de personnes ayant un objectif commun, celui de faire en sorte que les systèmes de santé du Canada soient caractérisés par un accès rapide aux soins de santé.

En décembre 2005, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé se sont acquittés du premier engagement important établi dans le *Plan décennal pour consolider les soins de santé* de 2004. En effet, les ministres de la Santé ont annoncé, à Toronto (Ontario), dix points de repères fondés sur des éléments probants, portant sur cinq domaines distincts en ce qui concerne l'accès rapide aux soins de santé. Ces dix points de repère ont permis d'établir des normes élevées en ce qui concerne les données cliniques en vue d'une collaboration entre les administrations fédérale, provinciales et territoriales. Ils ont également incité les intervenants du système de santé à prendre des mesures dans les cinq domaines cliniques définis et établi des attentes élevées chez les Canadiens, les professionnels et vos collègues politiciens en ce qui concerne les réalisations du système de santé.

Bien que la détermination de points de repères fondés sur des éléments probants soit un jalon important de l'effort soutenu visant à réduire les temps d'attente, les points de repère à eux seuls ne suffiront pas pour régler le problème de l'accès opportun aux soins de santé. Les longs temps d'attente auxquels sont parfois confrontés les Canadiens sont attribuables à de nombreux facteurs. L'analyse de ces facteurs et les mesures qui seront prises contribueront à faire en sorte que nos réalisations en ce qui concerne l'établissement de points de repère représentent des avantages durables pour les Canadiens. À mon avis, les consultations que j'ai tenues ont permis de faire ressortir de nombreux secteurs vers lesquels nous pouvons nous tourner, tout en sachant que le fait de déployer des efforts collectifs de façon soutenue permettra d'améliorer l'efficacité, l'efficacités et la rapidité du système de santé.

Il me fait plaisir d'étayer ces conclusions et ce, afin qu'elles puissent être examinées par vous-même, par la population, par les provinces, territoires, de même que par les professionnels. J'espère que les observations et les recommandations que j'ai formulées permettront aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux de prendre part à des collaborations supplémentaires de réflexion prospective et d'atteindre l'objectif consistant à établir un système de santé qui réussit, mettant le patient et ses besoins au coeur des décisions au sujet des changements apportés au système. Le présent rapport a été rédigé dans le but non seulement de rassembler mes conclusions dans un document public, mais également de présenter un éventail d'outils, de processus et d'initiatives que chacun des gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que les gouvernements, dans leur ensemble, puissent utiliser pour transformer le système de santé du Canada.

Là où mes recommandations ont des répercussions sur le plan du financement, les estimations présentées sont théoriques et feront l'objet de discussions et de négociations ultérieures entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Votre gouvernement s'est engagé à établir des garanties sur les temps d'attente pour les patients; il tiendra sans aucun doute des discussions avec les gouvernements provinciaux et territoriaux au sujet des moyens pour instaurer ces garanties. Je crois que les recommandations que j'ai formulées sont essentielles à la construction d'un système de santé qui permettra de fournir les garanties sur les temps d'attente pour les patients.

J'ai été honoré qu'on me confie la responsabilité de remplir ce mandat et j'ai le plaisir de vous soumettre le présent Rapport final et ce, afin que vous l'examiniez.

Le tout respectueusement soumis,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'B. Postl'.

Brian Postl, M.D.

Remerciements

Au cours des neuf mois qu'ont duré ma nomination en tant que conseiller fédéral sur les temps d'attente, j'ai pu compter sur la collaboration d'une vaste gamme d'organisations et de diverses personnes venant des quatre coins du Canada. Je leur dois toute ma gratitude; ils ont contribué à ma compréhension des questions entourant les temps d'attente de même qu'à l'analyse et aux recommandations exposées dans le présent document.

Je tiens notamment à exprimer toute ma gratitude aux membres de mon comité consultatif ainsi qu'aux ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé, qui ont été généreux de leur temps. Une liste complète de tous les collaborateurs est présentée à l'annexe G du présent rapport.

J'ai pu bénéficier de l'aide précieuse d'employés détachés du Winnipeg Regional Health Authority, qui sont les suivants : Kim Morrison, conseillère intergouvernementale, Heidi Graham, conseillère en communications, et Jolene Chester, adjointe exécutive.

Je tiens également à exprimer des remerciements tout particuliers à l'équipe toute petite, mais combien remarquable, qui était chargée de gérer le projet ainsi que la production du présent Rapport définitif.

Charlotte Johnson, B.A. avec spécialisation, M.Sc.
Directrice
Projet d'étude canadien sur les temps d'attente

Vivian Sandberg
Analyste principale des politiques

Anne Janes, B.A. avec spécialisation, MPA
Analyste des politiques

Cathy Martens
Soutien administratif

Tamara Pomanski, B.A., MPA
Analyse des politiques

J'aimerais également mentionner que j'ai apprécié la surveillance effectuée par M. Morris Rosenberg, sous-ministre de Santé Canada. Le lien qu'il a établi entre Santé Canada et moi-même a été utile et a respecté ma relation sans lien de dépendance avec Santé Canada.

Il est possible que j'aie omis de remercier d'autres collaborateurs, dont certains ont peut-être contribué à la version définitive du présent rapport par l'entremise d'agents responsables principaux. J'ai apprécié l'examen consciencieux et les conseils de bon nombre de personnes qui n'ont pas été remerciées de façon officielle dans le présent rapport.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----------|
| Résumé | 10 |
| Points de repère, indicateurs et recherche continue | 11 |
| Gestion et innovation | 12 |
| Technologie de l'information (TI) | 12 |
| Rôles et responsabilités des professionnels..... | 13 |
| Questions supplémentaires | 14 |
| Éducation du public..... | 16 |
| Autres points à prendre en considération | 16 |
| Conclusion | 17 |
| Chapitre 1 : Introduction | 20 |
| 1.1 Contexte | 20 |
| 1.2 Aperçu de la Phase I | 23 |
| 1.3 Aperçu de la Phase II | 26 |
| 1.4 Conclusion | 26 |
| Chapitre 2 : Points de repère, indicateurs et recherche continue | 28 |
| 2.1 <i>Plan décennal pour consolider les soins de santé (italic)</i> | 28 |
| 2.2 Terminologie | 29 |
| 2.3 Accès rapide grâce aux points de repère | 30 |
| 2.4 Utilisation des indicateurs | 30 |
| 2.5 Utilisation des objectifs en matière d'accès..... | 31 |
| 2.6 Recherche continue à l'appui de la réduction des temps d'attente..... | 31 |
| 2.7 Conclusion | 34 |
| Chapitre 3 : Gestion et innovation dans les systèmes de santé | 36 |
| 3.1 Pourquoi faut-il attendre pour obtenir des services? | 37 |
| 3.2 Perspective concernant les attentes et les délais pour des soins de santé..... | 38 |
| 3.3 Pratiques exemplaires et efficience..... | 39 |
| 3.4 Des modèles pour l'amélioration de la qualité | 41 |
| 3.5 Méthodes modernes de gestion des files d'attente..... | 41 |
| 3.6 Champions provinciaux des temps d'attente..... | 45 |
| 3.7 Expérience du système de santé..... | 45 |
| 3.8 Formation des professionnels de la santé | 47 |
| 3.9 Conclusion | 47 |
| Chapitre 4 : Technologie de l'information (TI)..... | 50 |
| 4.1 État actuel de l'infrastructure canadienne de santé..... | 50 |
| 4.2 Scénario des professionnels de la santé..... | 51 |
| 4.3 Questions actuelles dans le domaine de la technologie de l'information | 52 |
| 4.4 Outils technologiques | 54 |
| 4.5 Inforoute Santé du Canada Inc. | 56 |
| 4.6 Conclusion | 58 |
| Chapitre 5 : Rôles et responsabilités des professionnels..... | 62 |
| 5.1 Rôle unique des médecins dans les systèmes de santé..... | 63 |
| 5.2 Organisations de médecins | 64 |
| 5.3 Normes professionnelles à l'appui du changement..... | 65 |
| 5.4 Efforts éducatifs visant à perpétuer le changement..... | 65 |

| | | |
|----------------------|--|-----------|
| 5.5 | Questions de compétence | 66 |
| 5.6 | Définition des rôles | 66 |
| 5.7 | Conclusion | 66 |
| Chapitre 6 | : Questions supplémentaires | 70 |
| 6.1 | Temps d'attente des enfants | 70 |
| 6.2 | Capacité en cas de crise..... | 71 |
| 6.3 | Ressources humaines en santé..... | 76 |
| 6.4 | Analyse comparative entre les sexes | 77 |
| 6.5 | Maladies autrefois négligées | 78 |
| 6.6 | Autres priorités à l'échelle provinciale et territoriale | 79 |
| 6.7 | Conclusion | 79 |
| Chapitre 7 | : Éducation du public..... | 82 |
| 7.1 | Nécessité d'une stratégie d'éducation de la population | 82 |
| 7.2 | Qui est « le public »? | 83 |
| 7.3 | Manière dont les Canadiens sont informés au sujet des temps d'attente et incidence sur le plan de l'éducation publique | 83 |
| 7.4 | Objectifs de l'effort d'éducation de la population | 84 |
| 7.5 | Facteurs dont il faut tenir compte..... | 84 |
| 7.6 | Éducation de la population au sujet des transformations importantes | 85 |
| 7.7 | Plan pancanadien..... | 86 |
| 7.8 | Conclusion | 87 |
| Chapitre 8 | : Les voies de l'avenir | 90 |
| 8.1 | Garanties sur les temps d'attente pour les patients | 91 |
| 8.2 | Conclusion | 93 |
| BIBLIOGRAPHIE | | 96 |
| | COMMUNIQUÉS DE PRESSE | 98 |

ANNEXES

- A. Communiqué de Santé Canada, 21 juillet 2005 : Le gouvernement du Canada nomme un conseiller sur les temps d'attente
- B. Document d'information de Santé Canada sur les temps d'attente : juillet 2005
- C. Implications financières
- D. Sites Web provinciaux sur les temps d'attente
- E. Consultations, fédéral, provincial et territorial
- F. Discours et présentations
- G. Conseillers et collaborateurs

RAPPORT

1. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) : « Réduction de l'attente par des processus intégrés de services » (RAPIDS)
2. Inforoute Santé du Canada : « Réduire les temps d'attente par la technologie de l'information »
3. National Child and Youth Health Coalition (NCYHC): « Stratégie nationale de réduction des temps d'attente en chirurgie pédiatrique : objectifs en matière d'accès »
4. Stratégie pancanadienne des ressources humaines du secteur de la santé
5. Analyse comparative entre les sexes et temps d'attente : « Nouvelles questions, nouvelles connaissances »

Résumé

On parle de plus en plus du rendement des systèmes de santé du Canada, notamment en ce qui a trait à leur viabilité, à leur rentabilité et à la rapidité des interventions. Les temps d'attente pour certaines interventions chirurgicales et médicales ont augmenté, les urgences sont bondées et les temps d'attente sont longs. Les nouvelles technologies et les nouveaux médicaments engendrent des attentes plus élevées, mais également des coûts plus élevés.

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux s'attèlent continuellement au défi consistant à trouver des solutions à ces problèmes. Au cours de la réunion des premiers ministres, ceux-ci se sont arrêtés en particulier aux difficultés intrinsèques du réseau de santé qui empêchent d'atteindre l'objectif national, soit de fournir des soins complets à tous les Canadiens.

La question des temps d'attente a pris de plus en plus d'importance pour les Canadiens; par conséquent les médias y accordent beaucoup d'attention. Après la réunion des premiers ministres de 2004, un fonds de 5,5 milliards de dollars a été créé pour aider les provinces et territoires à réduire les temps d'attente. En décembre 2005, dix points de repère concernant les temps d'attente ont été définis dans les cinq domaines prioritaires suivants : le cancer, les maladies cardiaques, l'imagerie diagnostique, l'arthroplastie et la restauration de la vue.

Malgré toute l'importance des temps d'attente, il serait peu utile de traiter cette question de façon isolée des autres éléments qui composent les systèmes de santé. Les temps d'attente sont un symptôme d'un problème plus important. Pour créer un système de santé plus efficace et plus rentable, les Canadiens doivent appuyer une transformation qui place les patients au cœur du système. Plusieurs éléments exigent notre attention dans cette transformation; bien qu'ils soient tous nécessaires, aucun ne suffirait, individuellement, à créer le changement voulu. Je recommande qu'on aille de l'avant avec cette transformation en prenant dès maintenant des mesures dans les domaines suivants :

- recherche continue pour appuyer l'analyse comparative et apporter des améliorations opérationnelles;
- adoption de pratiques de gestion modernes et innovatrices;
- accélération de la mise en œuvre des technologies de l'information (TI);
- changement de culture chez les professionnels de la santé;
- création d'une capacité des régions en cas de crise;
- éducation du public pour favoriser la transformation du système.

Je suis convaincu que si on s'attaque à ces principaux points, les patients seront mieux servis, les temps d'attente seront réduits et les systèmes de santé s'adapteront de mieux en mieux aux besoins des patients.

J'aborde chacun de ces points dans le présent Rapport final. J'ai tenté de donner tout le contexte et les explications nécessaires pour chacun de ces éléments de transformation. Il n'a pas été possible d'inclure toutes les idées ni tous les arguments en faveur du changement, ni de décrire toutes les innovations en cours à petite ou grande échelle. Dans chaque administration provinciale, des cliniciens et des gestionnaires mettent à l'épreuve des idées novatrices et des pratiques visant l'efficacité, et leur

travail met au défi les pratiques courantes. Nous devons harnacher l'initiative et le talent présents dans le milieu et favoriser leur épanouissement.

J'ai divisé mes recommandations en six domaines, qui sont présentés ci-après.

Points de repère, indicateurs et recherche continue

Dans le *Plan décennal pour consolider les soins de santé*¹, dressé par les premiers ministres en 2004, les provinces et les territoires s'engageaient à définir des points de repère à l'égard des temps d'attente pour les cinq domaines prioritaires cités précédemment. Des points de repère fondés sur des éléments probants ont été annoncés le 12 décembre 2005; les provinces et les territoires en sont maintenant à mettre en œuvre des changements afin d'atteindre ces points de repère d'ici décembre 2007. Les premiers ministres se sont en outre engagés à définir des indicateurs comparables pour évaluer l'accès aux professionnels de la santé, aux interventions de diagnostic et aux traitements médicaux. Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont affirmé qu'au 30 mars 2006, des indicateurs comparables avaient été définis et approuvés afin de mesurer le progrès accompli par rapport aux points de repère fixés. La recherche continue est essentielle. Jusqu'à maintenant, nous avons utilisé au mieux les données disponibles, mais au fur et à mesure que le travail progressera, nous aurons besoin de connaissances plus approfondies et de données plus concluantes.

Je recommande :

- 1. que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) entreprennent des recherches pour :**
 - **évaluer l'effet des points de repère fixés au moyen d'un processus FPT;**
 - **élargir la portée de la recherche sur les points de repère de manière à inclure le coût et les critères d'applicabilité;**
 - **cerner les domaines pour lesquels d'autres points de repère sont requis ou souhaitables afin d'améliorer le service aux patients;**
- 2. qu'on crée des comités multidisciplinaires travaillant en collaboration (composés de chercheurs, de cliniciens et de représentants des gouvernements) chargés d'examiner les preuves et de recommander des points de repère supplémentaires aux gouvernements FPT; et**
- 3. que les IRSC créent des ressources supplémentaires par l'entremise des institutions œuvrant en politique de la santé partout au Canada, afin de pouvoir étudier les pratiques commerciales et industrielles exemplaires qui permettraient d'appuyer la réduction des temps d'attente.**

¹ *Le Plan décennal pour consolider les soins de santé* dressé en 2004 par les premiers ministres est disponible sur le site Web de Santé Canada à l'adresse:
http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index_f.html

Gestion et innovation

De nombreuses pratiques du monde des affaires et de l'industrie peuvent être adaptées afin d'accroître l'efficacité et la rentabilité du système de santé du Canada. À bien des égards, nos systèmes de santé ont pris du retard par rapport aux autres secteurs des services sociaux en ce qui concerne l'adoption de pratiques de gestion modernes et de mesures novatrices qui garantissent la qualité, l'uniformité et la rapidité des services. On peut adapter les normes élevées de rendement des autres secteurs, avoir recours à des leaders pour instiller le changement et dispenser des programmes de formation pour donner à la main-d'œuvre les compétences voulues pour respecter les nouvelles normes.

Je recommande :

- 4. qu'un réseau national de champions des temps d'attente (un par province) soit créé, lequel serait chargé de diriger l'élaboration et la promulgation de pratiques exemplaires dans tous les systèmes de santé provinciaux;**
- 5. dans la foulée de la recommandation précédente, qu'on établisse la capacité provinciale de coordonner les temps d'attente dans les régions sanitaires et les principales institutions;**
- 6. que la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé mette en place un programme d'éducation continue et multidisciplinaire à l'intention des professionnels de la santé, pour que ces derniers acquièrent des compétences dans la gestion des listes d'attente et du leadership, et qu'elle le dispense suffisamment longtemps pour que les professionnels de la santé puissent adopter des pratiques exemplaires; et**
- 7. que les provinces et les territoires adoptent des pratiques exemplaires relatives aux temps d'attente, notamment les suivantes :**
 - le recours à une seule liste d'attente commune;**
 - une méthode permettant d'aiguiller les patients vers un service spécialisé qui accorde la priorité aux patients, selon le degré d'acuité et offre le premier créneau disponible pour une intervention;**
 - l'application des théories des files d'attente pour modifier les processus actuels;**
 - la gestion de cas novatrice;**
 - les soins axés sur le travail d'équipe;**
 - la pertinence;**
 - les programmes de préadaptation servant à garantir l'aptitude du patient à subir une intervention chirurgicale.**

Technologie de l'information (TI)

L'accélération rapide des efforts visant à élaborer des méthodes de gestion et de technologie de l'information jouera un rôle important dans l'innovation. L'objectif le plus important est de faire en sorte que la bonne information soit entre les bonnes mains au bon moment. La mise en œuvre des initiatives de TI coûte cher, mais les économies qui en résultent et la confiance du public regagnée

justifient amplement cette dépense. De nombreux aspects de la TI méritent qu'on s'y arrête, notamment les suivants :

- que tous les Canadiens aient un dossier de santé électronique accessible dans l'ensemble du système de santé pour que tous les médecins, spécialistes, infirmières et autres professionnels de la santé disposent d'information exacte et à jour sur laquelle fonder leur diagnostic et leur traitement;
- des registres électroniques des patients qui permettront la libre circulation des patients dans le réseau;
- la numérisation des images de diagnostic pour qu'on puisse y accéder plus rapidement et éliminer la reprise des tests de diagnostic, ce qui accélérera le diagnostic; et
- un système de télésanté pour faciliter l'accès aux patients qui habitent dans des régions éloignées ou qui éprouvent de la difficulté à se déplacer et pour donner aux professionnels plus de possibilités de travailler en équipe.

Chacune de ces percées technologiques donne un meilleur accès à des renseignements plus exact et ce, tant pour les patients que pour les professionnels. Les patients peuvent s'attendre à recevoir de meilleurs soins, dans un meilleur délai.

Je recommande :

8. que le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux accélèrent le rythme de mise en œuvre de la technologie pancanadienne de l'information en santé au moyen d'Inforoute Santé du Canada Inc. (Inforoute);

9. qu'Inforoute :

- **crée les outils proposés pour réduire les temps d'attente;**
- **continue l'élaboration du dossier de santé électronique en suivant un plan et un échéancier approuvés par les gouvernements FPT; et**

10. que l'élaboration des systèmes d'information de santé de TI au Canada s'accompagne d'un programme d'éducation du public pour garantir aux Canadiens la confidentialité de l'information.

Rôles et responsabilités des professionnels

La question des temps d'attente est un problème systémique qui exige une solution systémique. Il faudra appliquer des mesures précises pour mettre ces solutions en œuvre. Les médecins ont accompli un travail important et immense en définissant les besoins en matière de gestion des listes d'attente et en définissant des solutions pour les combler. Le travail continu des médecins est essentiel pour tout changement dans la façon dont nous traitons les questions des listes d'attente. En nous assurant de leur

participation, il faut aussi un changement de culture : délaissier les contributions individuelles au profit de l'engagement et de la résolution de problèmes pour l'ensemble du système.

Les médecins ne constituent qu'un groupe de professionnels parmi d'autres qui prodiguent des soins aux patients. Les autres groupes jouent aussi un rôle important dans le continuum des soins de santé modernes. Ces professionnels organisent les soins et les dispensent en établissement, à l'intérieur et à l'extérieur des unités de soins actifs, à la maison, dans des cabinets privés et dans des établissements communautaires. Le rôle de «protecteur du public » que jouent les médecins dans le système, à titre de chefs de file et de professionnels autonomes, en fait un élément clé de la transformation du système. Nous avons besoin de leur appui, mais aussi d'un engagement de leur part à participer pleinement à cette transformation. Leur capacité d'adopter des mesures qui favorisent le changement et une culture de changement aura une grande influence sur les autres professionnels de la santé.

Je recommande :

- 11. que les gouvernements FPT mettent en branle une vaste opération pour recueillir l'opinion des membres des communautés médicales relative à la transformation du système de santé et à la planification à long terme. On pourrait charger le Forum médical canadien de jouer ce rôle à l'échelon national, les provinces et territoires créant des outils comparables à l'échelon local afin d'obtenir un équilibre des influences lorsque l'avis des médecins est jugé important;**
- 12. que les collèges de médecins et chirurgiens provinciaux établissent des normes professionnelles et déontologiques et mettent en place des moyens pour surveiller la pratique professionnelle en ce qui a trait à la gestion des temps d'attente par les médecins dans les systèmes de santé provinciaux. La Fédération des ordres des médecins du Canada pourrait superviser ce travail;**
- 13. que les facultés de médecine des universités canadiennes, dirigées par l'Association des facultés de médecine du Canada, élaborent des programmes d'études pour appuyer la transformation des systèmes de santé et répondre aux nouvelles attentes relatives aux compétences que les médecins devront posséder pour travailler au sein de ces systèmes; et**
- 14. que les gouvernements FPT créent des initiatives relatives aux ressources humaines en santé, initiatives visant à redéfinir le rôle clinique des professionnels, afin de permettre aux professionnels de la santé d'exploiter leur plein potentiel et de proposer des innovations économiques et viables en matière de soins de santé.**

Questions supplémentaires

Dès le début des consultations, plusieurs questions ont émergé, qui débordent le cadre de mon mandat de conseiller fédéral sur les temps d'attente, mais qui ont suffisamment d'importance pour que j'aie envie d'en parler ici. Il s'agit des questions suivantes : points de repère concernant les temps d'attente chez les enfants; capacité en cas de crise; ressources humaines en santé; maladies autrefois négligées; analyse fondée sur les sexes.

Les points de repère appliqués expressément aux interventions chez les enfants n'étaient pas compris dans les décisions prises par les premiers ministres en 2004. Toutefois, le moment de l'intervention peut être particulièrement critique chez les enfants pour deux raisons. En premier lieu, il est possible que, dans le développement normal d'un enfant, il n'y ait qu'une période limitée au cours de laquelle une intervention a le plus de chances de réussir. En deuxième lieu, une intervention tardive peut nuire à la croissance et au développement normaux de l'enfant. Il faut veiller à traiter les temps d'attente chez les enfants avec toute la diligence voulue.

La capacité en cas de crise repose sur des ressources supplémentaires auxquelles on peut recourir au besoin. Le concept de capacité en cas de crise nous est plus familier dans le contexte de la santé publique, comme dans le cas d'une épidémie ou d'une pandémie. La crise du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) a donné aux responsables des systèmes de santé l'occasion de se pencher sur la nécessité de prévoir une capacité qui servirait dans des circonstances particulières, lorsque le système est poussé à sa limite. J'aborde la question de la capacité en cas de crise dans le présent rapport afin d'inciter les intervenants à collaborer pour créer des ressources régionales et nationales spéciales qui serviraient à réduire les temps d'attente et permettraient aux systèmes de traverser les périodes de pointe en utilisant des ressources canadiennes.

La question des ressources humaines en santé a été sous les feux de la rampe avant et pendant les discussions au sujet des temps d'attente. La pénurie de médecins de famille, d'anesthésistes, d'infirmières et autres spécialistes et professionnels de la santé a intensifié la pression subie par le système de santé. Les pénuries peuvent aggraver le problème des temps d'attente et empêcher la mise en œuvre de solutions. Tous les ordres de gouvernement collaborent à une stratégie pancanadienne visant à recruter des professionnels de la santé et à les maintenir en poste. Parallèlement, on cherche à utiliser les ressources humaines en santé de manière novatrice, en mettant le plus possible à profit les compétences que les divers professionnels de la santé ont acquises et en favorisant les soins axés sur le travail d'équipe.

On a réalisé des progrès notables au cours des dernières années dans la compréhension des différences entre les sexes observées dans le cadre de l'analyse de l'état de santé et des solutions. L'analyse comparative entre les sexes procure un nouvel ensemble de questions au sujet des décisions et des politiques dans la pratique des soins de santé. Elle pourrait permettre d'étudier en quoi les hommes et les femmes diffèrent quant à la façon dont ils sont touchés par les temps d'attente. L'analyse comparative entre les sexes pourrait aussi s'appliquer à des questions supplémentaires associées aux divers troubles médicaux, à l'effet des points de repère et aux résultats obtenus avec des soins qui respectent les points de repère, comparativement aux soins qui sont reportés. L'analyse comparative entre les sexes tient compte du fait qu'il y a des différences marquées dans l'accès et l'utilisation des services de santé selon le sexe, et cela se reflète lorsqu'on conseille les décideurs.

Je recommande :

- 15. que les gouvernements provinciaux et territoriaux accordent de l'attention aux objectifs en matière d'accès fixés par la National Youth and Child Health Coalition et consultent, au besoin, les dirigeants des cliniques pédiatriques pour étudier la possibilité de viser ces mêmes objectifs. Je recommande en outre que les troubles médicaux qui touchent les enfants soient inclus dès le début à ceux qui touchent les adultes la prochaine fois qu'on**

définira des points de repère et ce, pour faire en sorte que les besoins des enfants qui sont sensibles au temps soient comblés de manière équitable;

- 16. que les gouvernements FPT chargent un groupe d'experts d'étudier la nécessité et la possibilité de mettre sur pied une capacité en cas de crise par l'intermédiaire de centres d'excellence régionaux; et**
- 17. qu'on adopte, dans la recherche continue relative aux temps d'attente, une méthode d'analyse comparative entre les sexes afin de garantir que la question des différences entre les sexes est étudiée en profondeur.**

Éducation du public

La perception croissante que les longs temps d'attente sont courants et qu'on ne fait pas, ou ne peut pas faire, grand-chose pour améliorer la situation, érode la confiance des Canadiens dans l'avenir du système de santé. Pendant que nous cherchons à réduire les temps d'attente et à mettre en place des initiatives visant à transformer le système, la population canadienne doit non seulement comprendre la raison d'être du changement, mais elle doit aussi être pleinement informée des changements en cours.

Je recommande :

- 18. que le public soit continuellement informé des changements qui surviennent dans le système de santé du Canada;**
- 19. que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux collaborent dans une campagne de trois ans visant à informer la population sur les temps d'attente; et**
- 20. qu'on entreprenne une initiative d'éducation du public exhaustive et multidimensionnelle, qui puisse mettre à profit le soutien des organisations partenaires.**

Évidemment, les recommandations entraînent toujours des incidences financières. Tout au long de ce travail, on a demandé à diverses personnes et organisations d'évaluer le coût de la recherche et des initiatives qui font l'objet de ces recommandations. Vous trouverez ces estimations à l'annexe C, sous forme de tableau. Il s'agit d'estimations approximatives qui n'ont pas fait l'objet d'une analyse ou d'un examen approfondi. Ces évaluations ne doivent pas être considérées comme définitives. Le coût réel des programmes et des services dépend normalement des négociations, des accords antérieurs et de la capacité des partenaires de produire les résultats escomptés.

Autres points à prendre en considération

Certains diront peut-être qu'il y a d'importantes omissions dans le présent rapport. Je veux aborder deux d'entre elles pour que vous soyez assurés que, bien que ces questions n'aient pas fait partie officiellement de mon mandat, elles m'ont néanmoins préoccupé.

Il y a, tout d'abord, la question de la prévention. La promotion de la santé et la prévention de la maladie et des incapacités sont essentielles à la santé des Canadiens. Bien qu'on dispose d'une

infrastructure nationale pour la santé publique depuis de nombreuses années, et malgré les efforts de nombreux intervenants dans ce domaine, ce n'est que depuis une dizaine d'années environ que la santé publique occupe une juste place parmi les priorités des gouvernements et dans l'esprit des citoyens canadiens. La relation entre, d'une part, promotion de la santé et prévention de la maladie et des incapacités et, d'autre part, les temps d'attente, est évidente. Les demandes imposées aux systèmes de santé, mais qui auraient pu être évitées, monopolisent des ressources qui auraient été mieux utilisées dans le secteur des soins actifs. Il est important de s'efforcer de limiter ces demandes. La responsabilité d'exercer le meilleur contrôle possible sur les problèmes de santé évitables incombe à la fois aux programmes de santé publique et aux particuliers, institutions et familles de nos collectivités. Je demande instamment aux gouvernements d'en être conscients et d'accorder aux responsables de la santé publique et de la prévention les ressources dont ils ont besoin pour accomplir le travail qu'on attend d'eux.

Les temps d'attente concernant les membres des Premières Nations et les Autochtones en général ne sont pas abordés dans le présent rapport. Puisque les services de soins actifs sont la responsabilité des gouvernements provinciaux, les membres des Premières Nations et tous les Autochtones reçoivent les services de soins actifs dispensés par leur administration provinciale et territoriale. Ces patients sont donc placés sur les listes d'attente, assujettis aux horaires et dirigés vers les services de diagnostic ou l'hospitalisation avec tous les autres Canadiens. Sans nier les difficultés particulières liées à la distance ou aux délais qui influent sur les soins, je constate qu'il n'y a pas de voie distincte que les patients Autochtones peuvent emprunter pour accéder aux soins actifs. D'après ce que j'ai compris, la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada examine la question des temps d'attente. Cependant, je désire accorder mon soutien aux prochaines enquêtes sur les temps d'attente pour les membres des Premières nations et les Autochtones. Selon mon expérience, les questions relatives à l'accès aux soins pour les Autochtones sont particulièrement complexes. Il nous serait bien utile si nous pouvions aborder cette question pleinement.

Enfin, je tiens à attirer votre attention sur une question de terminologie que vous relèverez sans doute dans mon rapport. J'emploie souvent le terme « systèmes de santé » lorsque je décris les organisations qui dispensent les soins de santé dans les provinces et territoires. Je les appelle « systèmes » parce qu'ils sont gérés de manière indépendante par les gouvernements provinciaux, conformément au droit et à la compétence de ces derniers. Certains aspects de ces systèmes sont suffisamment similaires ou interconnectés pour qu'on puisse, à l'occasion, voir notre système de santé comme un système national dans son essence et sa fonction. L'accord administratif concernant la facturation réciproque interprovinciale, ou encore, le fait qu'une province et territoire puisse compter sur l'assistance d'une autre province ou territoire au besoin peuvent en être des exemples. En règle générale, le présent rapport est rédigé de manière à indiquer que, bien que nos systèmes de santé soient interconnectés à certains égards et aient en commun des normes professionnelles et des modèles de programmes, il reste beaucoup à faire en ce qui concerne l'établissement d'une uniformité et d'une équité à l'échelon national, de même que la collaboration visant l'utilisation optimale des ressources limitées dont nous disposons.

Conclusion

Bien que le Canada ne dispose pas d'un seul système de santé intégré, les systèmes provinciaux et territoriaux ont évolué de manière remarquablement similaire. Tôt ou tard, chaque province et territoire rencontre les mêmes difficultés que les autres et s'efforce de trouver des solutions qui, en

bout de ligne, sont plus semblables à celles des autres provinces que différentes. Dans la prochaine étape de l'évolution de nos systèmes de santé, nous aurons besoin de leadership dans les soins cliniques, d'esprit d'innovation chez les gestionnaires et chez les professionnels et d'une culture qui fait place au changement, à l'amélioration et à l'efficacité. Si nos systèmes de santé sont dénués de ces caractéristiques, les patients continueront à attendre longtemps avant de recevoir les soins dont ils ont besoin, et les professionnels de la santé seront frustrés par les engorgements et le manque d'efficacité. Sans l'entière participation de la population, nous éprouverons de la difficulté à progresser sans la confiance et l'encouragement de celle-ci.

Notre nouveau gouvernement fédéral envisage une garantie sur les temps d'attente pour les patients pour accroître la reddition de comptes de nos systèmes de santé. Il s'agit d'un engagement qui exigera une analyse consciencieuse des options de mise en œuvre et un dialogue approfondi entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Je crois que mes recommandations sont très pertinentes en ce qui concerne ce dialogue. Afin d'atteindre le niveau de rendement que suppose la garantie sur les temps d'attente pour les patients, nous devons prendre toutes les mesures nécessaires pour maximiser l'efficience et l'efficacité du système.

Mes consultations ont permis de mettre en lumière le fait que la prise de décision concertée entre différents échelons de gouvernement est parfois très lourde. Les complexités sont telles que les programmes sont chargés et que les hauts fonctionnaires doivent faire leur propre travail en plus du travail de concertation. Il semble que le rôle de conseiller, dans ce cas-ci à propos des temps d'attente, ait été utile. Ainsi, j'ai eu suffisamment d'autonomie et disposé de suffisamment de temps pour approfondir les discussions et développer des idées. Advenant une situation comparable, un modèle similaire pourrait se révéler encore une fois utile.

Chapitre 1 : Introduction

1.1 Contexte

Au cours des dernières années, on a porté une attention de plus en plus importante à l'état du système de santé du Canada. En effet, une pénurie de médecins de famille se fait sentir, les temps d'attente pour des interventions chirurgicales augmentent de plus en plus et les salles d'urgence doivent gérer un important volume de patients, ce qui entraîne de longues périodes d'attente. Nous connaissons tous une personne qui a subi les effets de ces conditions d'une façon ou d'une autre. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux travaillent toujours de pair pour tenter de trouver des solutions à ces problèmes et, par le fait même, de réduire les pressions croissantes qui s'exercent sur les systèmes de santé. Les réunions des premiers ministres constituent l'occasion de traiter bon nombre de questions, mais une inquiétude perdure sur la façon de soutenir le système de santé public et de le rendre plus efficace tout en fournissant des soins complets à l'ensemble des Canadiens en temps opportun.

L'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé² et le Plan décennal pour consolider les soins de santé³ issu de la réunion des premiers ministres (RPM) de 2004 ont tenu compte du souci des Canadiens de voir le système de santé répondre de manière plus efficace aux besoins de la population. Ils témoignaient également de la volonté des premiers ministres et des ministres de la Santé d'accroître leur responsabilité envers les Canadiens. Les premiers ministres ont une compréhension intuitive du besoin des Canadiens d'avoir un meilleur accès à des soins de qualité.

En juin 2005, lors d'un événement distinct en lien avec cet enjeu, la Cour suprême du Canada a rendu une décision dans l'affaire *Chaoulli-Zeliotis*, selon laquelle le gouvernement du Québec ne pouvait interdire la vente d'assurance privée pour les pratiques médicales couvertes par le régime public d'assurance-maladie. Une majorité de juges a convenu que certains des délais d'attente en santé sont déraisonnablement longs et enfreignent les droits des Canadiens. Cette décision a suscité l'intérêt du public envers la question des temps d'attente et la nécessité pour le gouvernement de trouver une solution aux problèmes d'accès. Elle a, de plus, incorporé la notion de délais à la définition de l'accès d'une façon qui soit nouvelle pour le milieu des soins de santé canadiens.

En 2004, des fonds fédéraux additionnels de 41,3 milliards de dollars ont été octroyés aux multiples initiatives visant l'amélioration du système de santé canadien. De cette somme, 5,5 milliards de dollars étaient destinés aux initiatives relatives aux temps d'attente. Ces fonds ont accordé aux provinces et territoires une marge de manœuvre accrue leur permettant de répondre à leurs propres priorités relatives aux temps d'attente et les a aidées à renforcer leur capacité à mesurer, à surveiller et à gérer les temps d'attente dans tout le pays. Aujourd'hui, un an et demi plus tard, d'importants progrès ont été réalisés à cet égard par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

² L'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé est disponible sur le site Web de Santé Canada à l'adresse : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index_f.html

³ Le Plan décennal pour consolider les soins de santé, issu de la réunion des premiers ministres de 2004 est disponible sur le site Web de Santé Canada à l'adresse : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index_f.html

Les ministres de la Santé se sont également engagés à réaliser le double objectif de mieux gérer les temps d'attente et de les réduire de façon mesurable dans cinq domaines prioritaires (le cancer, les maladies cardiaques, l'imagerie diagnostique, l'arthroplastie et la restauration de la vue). En vue d'atteindre ces objectifs, les gouvernements ont convenu d'établir des indicateurs comparables et des points de repère fondés sur des éléments probants en ce qui a trait aux temps d'attente et ce, d'ici le 31 décembre 2005, ainsi que des cibles pluriannuelles pour permettre aux patients de recevoir des soins conformes aux points de repère prioritaires établis d'ici le 31 décembre 2007.

Le 12 décembre 2005, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont annoncé une série de points de repère fondés sur des éléments probants pour «cinq types d'interventions chirurgicales non urgentes, la radiothérapie et les examens de dépistage du cancer ». Ces points de repère ont été établis à partir des données recueillies en partie par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), mandatés par les provinces et territoires à cette fin. Les points de repères annoncés constituent un pas en avant dans la réalisation des progrès que souhaitent voir les premiers ministres. Toutefois, l'accomplissement n'a pas été parfait : en règle générale, il y a peu d'éléments probants sur lesquels fonder les points de repère. Dans le domaine de l'imagerie diagnostique, par exemple, il a été impossible de déterminer des points de repère définitifs pour les tomodensitogrammes ou l'IRM. Une recherche approfondie sera nécessaire à ce sujet avant l'établissement de points de repère.

Sensibilisation de la population à l'égard des temps d'attente

Aux yeux de la majorité des Canadiens, le système de santé et les questions relatives aux soins de santé constituent la priorité première des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Les sondages indiquent que 49% des Canadiens croient que les temps d'attente actuels pour les interventions chirurgicales dans les hôpitaux (et les cliniques) sont inacceptables et que les Canadiens doivent subir des délais déraisonnables avant d'avoir accès à des services de santé.⁴

Au cours des dernières années, les Canadiens ont fait part de leurs inquiétudes par rapport au système de santé en général. Ces dernières découlent d'une baisse de confiance en la capacité de gouvernement à soutenir et à maintenir le système ainsi que de l'expérience directe des temps d'attente vécue par les Canadiens pour les tests de diagnostic et les interventions chirurgicales qui sont, à leur avis, trop longs. Les cancéreux en attente de radiothérapie et les personnes souffrant de douleurs ou d'incapacités croissantes causées par des problèmes de la hanche et du genou sont frustrés par les longs temps d'attente pour obtenir des soins, et pour cause. « Les Canadiens considèrent constamment la longueur des temps d'attente comme le principal obstacle à l'accès aux services de santé. »⁵ Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont fait de cet obstacle leur cible et travaillent avec diligence pour faire face à ces inquiétudes.

En juin 2005, le Conseil canadien de la santé a partagé son point de vue au sujet de la réalité perçue par les Canadiens et des échos ressentis en ce qui a trait aux décisions prises en novembre 2004 lors de la RPM :

⁴ *Eye on Health, été 2005*, p. 6.

⁵ Conseil canadien de la santé : « Note d'information : Points de repère pour les temps d'attente », novembre 2005 (Ottawa : Conseil canadien de la santé, 2005), p. 1.

La population du Canada comprend que les temps d'attente et la gestion des listes d'attente constituent des problèmes complexes auxquels il faudra consacrer du temps et qu'il faudra coordonner à l'échelle nationale si on veut les régler. En dépit de cette complexité, les objectifs d'une stratégie nationale d'amélioration des temps d'attente sont fondamentaux et tiennent compte des valeurs et des besoins essentiels de la population canadienne. Les Canadiens veulent savoir que, lorsqu'ils auront besoin de soins de santé, ils y auront accès dans un délai qui ne compromettra pas de façon significative leur état de santé ou leur mieux-être – et ils veulent un système équitable, qui donne aux personnes les plus malades l'accès le plus rapide aux soins et ce, sans compromettre l'accès pour ceux dont les besoins sont moins urgents mais tout aussi réels. Ces principes que sont l'importance de l'accès individuel aux soins et l'équité au niveau du système doivent guider toutes les décisions sur la gestion des listes d'attente et l'emporter sur les intérêts des prestataires, des administrateurs et des gouvernements.⁶

Projet d'étude sur les temps d'attente

À la suite de l'engagement des premiers ministres à établir des points de repère fondés sur des éléments probants, le gouvernement fédéral a décidé de désigner un conseiller indépendant pour alléger les complexités du processus FPT continu. J'ai été nommé à titre de conseiller fédéral sur les temps d'attente en juillet 2005, et mon mandat (annexe A) consiste à entreprendre des activités visant « à réduire considérablement les temps d'attente » et « à déterminer et à continuer de travailler vers des consensus sur l'établissement des indicateurs comparables et des points de repère fondés sur des éléments probants ». On m'a également mandaté afin que j'examine le système de santé, que je contribue à combler les lacunes du point de vue des connaissances et que je favorise l'adoption de méthodes et d'outils visant une meilleure gestion des temps d'attente. Ces objectifs devaient être atteints par le dialogue avec les provinces, les territoires ainsi que les intervenants, comme les fournisseurs de services de santé et les chercheurs du système de santé.

Le bureau du conseiller fédéral sur les temps d'attente était tenu par un conseiller intergouvernemental, un conseiller en communications et un adjoint exécutif, tous détachés à temps partiel du Winnipeg Regional Health Authority (WRHA). De plus, mon bureau disposait des services d'un groupe que nous appelons Projet d'étude sur les temps d'attente, composé d'un directeur à plein temps, de deux analystes des politiques et d'un adjoint administratif situés au WRHA et d'un analyste supplémentaire à temps partiel vers la fin du projet. Santé Canada assurait les frais relatifs au personnel, aux déplacements et à l'hébergement. Le bureau n'avait aucun lien de dépendance avec Santé Canada.

Un groupe consultatif indépendant externe a été formé dès le début du projet afin de fournir conseils directs et appui tout au long de sa durée. Ce groupe a tenu une réunion en personne et trois téléconférences à différentes étapes du projet. Vous trouverez à l'annexe F une liste des membres du groupe consultatif, des personnes et des organisations qui ont collaboré de diverses façons au présent rapport tout au long du processus de consultation. Je suis redevable à chacune de ces personnes de

⁶ Conseil canadien de la santé : « 10 étapes vers un cadre commun de production de rapports sur les temps d'attente », 24 juin 2004.

leur expertise et de leur contribution à ma compréhension de la question des temps d'attente et des enjeux généraux concernant la transformation du système canadien de santé.

Activités du conseiller fédéral sur les temps d'attente

On a constaté dès le début de ce projet que les gouvernements FPT avaient entrepris des travaux afin de respecter les engagements du Plan décennal. De nombreux progrès, dont certains plus manifestes, avaient été réalisés à tous les niveaux du système de santé en vue de réduire les temps d'attente. Les dirigeants politiques et les gouvernements avaient engagé des ressources humaines et financières et, ce faisant, avaient renforcé la confiance du public à l'égard du fait que les temps d'attente pouvaient être réduits et qu'ils le seraient. Depuis, les provinces et territoires ont financé les régies régionales de la santé afin qu'elles investissent pour améliorer leur capacité d'obtenir des capitaux et pour disposer d'un meilleur potentiel technologique ainsi que de ressources humaines en santé supplémentaires. Les professionnels de la santé procèdent à des changements profonds dans les milieux et systèmes cliniques dans le but de rendre les soins plus efficaces et opportuns.

1.2 Aperçu de la Phase I

L'engagement des premiers ministres consistant à établir des points de repère fondés sur des éléments probants d'ici au 31 décembre 2005 signifiait que le projet allait naturellement évoluer en deux phases. Les activités de la Phase I portaient principalement sur l'engagement des provinces et des territoires afin de réaliser ces points de repère. Cette phase a également servi à recevoir une rétroaction initiale et un appui envers les concepts de la transformation du système qui, à mon avis, s'avèrent essentiels non seulement pour maintenir les efforts déployés avec le premier ensemble de points de repère, mais également pour réduire considérablement ou éliminer les temps d'attente à long terme.

Des rencontres régulières ont été organisées avec les ministres et les sous-ministres de la Santé partout au Canada. Les visites personnelles ont eu lieu dans les capitales provinciales et territoriales au cours de l'automne 2005 auprès des sous-ministres provinciaux et territoriaux en tant que groupe. Ces discussions visaient à assurer que mon travail appuyait les administrations individuelles, chacune aux prises avec ses propres défis en matière de temps d'attente, mais aussi que mon mandat pourrait encourager d'autres collaborations.

En plus du processus de consultation avec les provinces et les territoires, j'ai souvent eu l'occasion de faire des présentations dans le cadre de conférences et de réunions en vue de promouvoir une plus grande compréhension de mon mandat en tant que conseiller fédéral et, plus important encore, de recevoir des commentaires à propos des enjeux clés concernant les temps d'attente auquel est confronté le système de santé.

Enfin, beaucoup d'organismes nationaux de santé ainsi que des groupes fédéraux provinciaux, et territoriaux ont manifesté un engagement ferme quant à l'amélioration du système de santé du Canada. J'ai eu le privilège d'étudier la question de la gestion des temps d'attente avec ces groupes au cours des nombreuses occasions de discussion. Une liste exhaustive des présentations se trouve aux annexes E et F.

Certaines personnes remarqueront que cette discussion au sujet des temps d'attente ne traite pas des questions concernant les Premières nations ou les Autochtones. En effet, aux fins du présent rapport, les temps d'attente font partie des services de soins actifs. Ces soins (principalement la prestation de services médicaux ou hospitaliers) relèvent exclusivement de la compétence des gouvernements provinciaux et territoriaux. Par conséquent, la prise en compte des enjeux relatifs aux temps d'attente pour les soins actifs comprend tous les patients en soins actifs dans les systèmes provinciaux et territoriaux pour la prestation des services, y compris tous les patients autochtones.

Le principal objectif de la Phase I du Projet d'étude sur les temps d'attente (de juillet à décembre 2005) consistait à offrir de l'aide en vue de finaliser le travail entrepris par les gouvernements provinciaux et territoriaux pour établir des points de repère à l'égard des temps d'attente dans cinq secteurs prioritaires, soit les suivants : le cancer, les maladies cardiaques, l'imagerie diagnostique, l'arthroplastie et la restauration de la vue.

La Phase I visait également à accroître et à promouvoir la compréhension des définitions courantes des termes clés associés aux temps d'attente, comme les *points de repère*, les *indicateurs*, les *objectifs en matière d'accès* et les *temps d'attente*. En vue de faciliter l'utilisation des définitions communes et exactes, une séance d'information technique a été tenue avant l'annonce officielle des points de repère.

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont aidé les provinces et les territoires en recueillant des éléments probants pour appuyer la déclaration de points de repère. Ceux-ci (voir le tableau 1.1), à l'exception de l'imagerie diagnostique, ont été annoncés par les gouvernements FPT le 12 décembre 2005, soit immédiatement après une séance d'information technique. Cette annonce a fourni les détails formels des points de repère déclarés par les provinces et les territoires, mais a aussi établi une autorité en ce qui a trait à la gestion des temps d'attente.

Tableau 1.1 : Points de repères annoncés le 12 décembre 2005

| <u>Secteur prioritaire</u> | <u>Service</u> | <u>Points de repère pour les temps d'attente</u> |
|-----------------------------------|---|--|
| Cancer | <ul style="list-style-type: none"> • Radiothérapie curative | <ul style="list-style-type: none"> • Dans un délai de 4 semaines après que le patient est jugé apte à recevoir son traitement |
| Maladies cardiaques | <ul style="list-style-type: none"> • Pontage aortocoronarien | <ul style="list-style-type: none"> • Premier degré : en moins de 2 semaines • Deuxième degré : en moins de 6 semaines • Troisième degré : en moins de 26 semaines |
| Restauration de la vue | <ul style="list-style-type: none"> • Cataracte | <ul style="list-style-type: none"> • En moins de 16 semaines pour les patients présentant un risque élevé |
| Hanches et genoux | <ul style="list-style-type: none"> • Réparation des fractures de la hanche | <ul style="list-style-type: none"> • En moins de 48 heures |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Remplacement de la hanche | <ul style="list-style-type: none"> • En moins de 26 semaines |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Remplacement du genou | <ul style="list-style-type: none"> • En moins de 26 semaines |
| Services de diagnostic | <ul style="list-style-type: none"> • Mammographies | <ul style="list-style-type: none"> • Tous les 2 ans pour les femmes de 50 à 69 ans |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Dépistage du cancer du col utérin | <ul style="list-style-type: none"> • Tous les 3 ans pour les femmes âgées de 18 à 69 ans après deux tests ayant donné des résultats normaux |

1.3 Aperçu de la Phase II

Avec la déclaration des points de repère, la Phase II du projet a ensuite permis de mettre l'accent sur la promotion d'une stratégie encore plus élaborée destinée à transformer les systèmes de santé qui serait fondée sur les efforts déployés depuis la création des points de repère et qui chercherait à les maintenir. Ces travaux comprenaient d'autres consultations avec les provinces et les territoires de même que de nombreuses présentations et discussions. La deuxième ronde de réunions avec les sous-ministres provinciaux et territoriaux de la Santé comprenait des discussions plus précises portant sur les divers éléments de la transformation du système et d'autres fonctionnaires du système de santé provincial et territorial capables de fournir une expertise supplémentaire y prenaient souvent part.

On a embauché des consultants à contrat afin qu'ils entreprennent une recherche qualitative visant à déterminer le contenu du présent rapport dans les domaines de la gestion et de l'innovation, des rôles et des responsabilités des professionnels, de la capacité en cas de crise et de l'éducation du public.

En outre, trois ateliers sur invitation ont été tenus. Le premier, qui a eu lieu à Winnipeg le 9 décembre 2005, et le deuxième, à Toronto le 17 mars 2006, se sont avérés très utiles pour comprendre pleinement les enjeux complexes qui feraient l'objet d'une recherche sur l'établissement de points de repère et les changements dans le système, sujets traités au chapitre 2. Le troisième atelier, tenu à Winnipeg le 2 mars 2006, abordait les questions associées aux rôles et responsabilités des professionnels. Cette dernière discussion a servi à préparer le chapitre 5 du présent rapport.

1.4 Conclusion

Les consultations menées au Canada avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, de nombreux professionnels de la santé, des universitaires et des gestionnaires ont permis de compléter l'élaboration du présent rapport. Je crois que mes recommandations reflètent les points de vue diversifiés et quelques-unes des réflexions concrètes nécessaires au changement.

Les chapitres 2 à 8 offriront les détails de la réflexion sous-jacente aux recommandations énumérées dans le présent rapport. Il peut sembler y avoir un éventail de choix sans fin concernant les innovations et le changement. Toutefois, tandis qu'en fait les choix sont effectivement nombreux, ils ne s'avèrent pas entièrement facultatifs. À mon avis, les six stratégies présentées sont interdépendantes – elles vont de pair et visent à garantir que le changement amorcé se poursuivra, que les temps d'attente seront réduits et que les systèmes de santé du Canada auront un meilleur rendement et produiront de meilleurs résultats pour les patients.

Chapitre 2 : Points de repère, indicateurs et recherche continue

Des progrès ont déjà été réalisés pour améliorer l'accès aux soins de santé au Canada. Les premiers ministres et les ministres de la Santé se préoccupent de la perception du public en ce qui a trait aux soins de santé et à l'accès aux services, aussi bien sur le plan de la disponibilité de soins de qualité que des temps d'attente. Par conséquent, de véritables efforts ont été déployés pendant de nombreuses années pour renforcer les bases déjà solides en matière de services de soins de santé au Canada.

En vertu de la Constitution canadienne, les provinces sont responsables de la prestation directe des services de soins de santé. Les systèmes de prestation provinciaux se sont développés au fil du temps autour des tendances en matière de prestation de services médicaux nationaux et internationaux et en réponse aux besoins précises des populations provinciales. Les provinces peuvent fournir une gamme de services similaires, par le biais de groupes de professionnels, cependant l'organisation de services peut varier énormément.

Sur le front national, la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* (1957)⁷ a été « le plus important projet de loi depuis la guerre et exigerait une coopération fédérale-provinciale d'une envergure encore jamais vue » [traduction] permettant aux Canadiens d'accéder à des services hospitaliers uniformes. La *Loi sur l'assurance-maladie* a suivi en 1967. La *Loi canadienne sur la santé* (1984) a permis d'harmoniser les services encore davantage en interdisant la surfacturation et les frais d'utilisateurs associés aux soins hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires. Des critères ont été établis pour appuyer un système de santé fondé sur les principes d'universalité, d'accessibilité, de transférabilité, d'intégralité et de gestion publique. Les efforts visant à préserver le processus d'équité et de comparabilité se poursuivent à ce jour.

La question récente des points de repère et des indicateurs est le reflet de préoccupations au niveau des normes et de la comparabilité. Les provinces ont élaboré des systèmes de données pour répondre à leurs propres besoins. Le moment est venu de créer des systèmes avec des éléments de données communs afin de présenter aux Canadiens des rapports mieux définis et plus cohérents. Par exemple, l'utilisation d'indicateurs communs pour mesurer le progrès à l'égard des points de repère dans l'ensemble du pays contribuerait à cet objectif.

2.1 *Plan décennal pour consolider les soins de santé*

En septembre 2004, les premiers ministres se sont mis d'accord sur le *Plan décennal pour consolider les soins de santé*. Avec le Plan décennal, les provinces et les territoires s'engagent à réduire les temps d'attente dans des domaines prioritaires, tout en tenant compte des différents points de départ, priorités et stratégies des provinces et des territoires. Pour ce faire, les ministres de la Santé ont convenu d'établir des points de repère fondés sur des éléments probants à l'égard des temps d'attente médicalement acceptables, en commençant par les domaines suivants : le cancer, les maladies cardiaques, l'imagerie diagnostique, l'arthroplastie et la restauration de la vue. De plus, chaque province et chaque territoire établira, d'ici la fin de l'année 2007, des cibles pluriannuelles pour atteindre ces points de repère. Les provinces et les territoires s'étaient en outre engagés à établir des

⁷ Taylor, Malcolm. *Health Insurance and Canadian Public Policy: The Seven Decisions That Created The Canadian Health Insurance System and Their Outcomes*, 2^e éd., 1987.

indicateurs comparables de l'accès à des professionnels de la santé et à des services de diagnostic et de traitement.

2.2 Terminologie

Les scientifiques de la santé ne sont pas toujours d'accord sur la définition de termes, tels que les points de repère, les indicateurs et les objectifs en matière d'accès. Lorsque d'autres professionnels de la santé, comme des bureaucrates, des politiciens ou les médias, participent également au dialogue, il est encore plus difficile d'atteindre un consensus. L'absence de définitions claires et précises dans les débats, les discussions et les rapports des médias a été très évidente pour moi dès le début; cela rend la tâche encore plus difficile lorsqu'il est question d'améliorer les temps d'attente. Il faut favoriser auprès du grand public, des médias et des fournisseurs de soins de santé la compréhension d'une terminologie précise en ce qui a trait aux temps d'attente.

Qu'est-ce qu'un temps d'attente?

L'annonce fédérale, provinciale et territoriale sur les points de repère, le 12 décembre 2005, établissait la définition des temps d'attente comme suit :

Le temps d'attente est 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. Le médecin approprié est celui ayant l'autorité de déterminer la nature du service requis.⁸ [Traduction]

Qu'est-ce qu'un point de repère?

Les points de repère en matière de temps d'attente sont des objectifs fondés sur des données cliniques probantes qui expriment la période d'attente médicalement acceptable pour l'intervention ou le test de diagnostic approprié⁹. Un point de repère peut être déterminé lorsque les observations scientifiques démontrent qu'une période d'attente qui dépasse certaines limites entraîne des répercussions négatives sur le résultat d'une intervention. La nature du point de repère, en raison des observations scientifiques qui l'appuient, est telle qu'elle ne varie pas d'un système à l'autre.

Qu'est-ce qu'un indicateur?

Les indicateurs servent à mesurer la capacité d'un système à fonctionner par rapport à un point de repère. Des indicateurs comparables ont l'avantage supplémentaire de permettre d'effectuer des comparaisons entre les systèmes de santé, par exemple d'une province à l'autre. Les indicateurs se fondent sur des données recueillies de manière cohérente d'un site à l'autre.

⁸ Annonce FPT, le 12 décembre 2005

⁹ La définition utilisée pour les besoins de ce rapport est fondée sur la terminologie convenue par les provinces et les territoires et annoncée publiquement le 12 décembre 2005.

Qu'est-ce qu'un objectif en matière d'accès?

Les points de repère fondés sur des éléments probants s'appliquent à l'échelle nationale. En revanche, les objectifs peuvent être fixés par chaque province et chaque territoire en fonction de la capacité pratique de chaque administration à atteindre ses objectifs. Tel qu'il est convenu dans le Plan décennal, les objectifs sont des cibles de rendement provisoires fixées par chaque province et chaque territoire au cours d'une période donnée pour orienter leurs travaux vers la réalisation d'un point de repère. Un objectif est discrétionnaire et peut prendre la forme d'une cible de rendement.

2.3 Accès rapide grâce aux points de repère

Les mesures par rapport aux points de repère permettront aux Canadiens de constater la capacité de leur province ou territoire à fournir l'accès rapide à certains soins de santé. Pour que les points de repère soient efficaces, d'autres changements devront survenir au sein du système – changements auxquels les provinces travaillent déjà et qui sont les suivants :

- utilisation de la technologie pour recueillir des données sur les temps d'attente et mesurer le progrès;
- amélioration du mode de prestation des services afin de les rendre encore plus efficaces et davantage axés sur le patient;
- gestion de l'accès à l'aide de critères constants pour évaluer les besoins des patients et l'urgence des soins requis;
- précision concernant la façon dont les gestionnaires et les professionnels de la santé sont chargés d'améliorer l'accès aux soins;
- évaluation de l'accès aux services de santé et des résultats pour la santé des Canadiens pour aider à déterminer où doivent être dirigées les ressources en vue de maximiser l'efficacité;
- communication de renseignements clairs aux Canadiens pour qui les temps d'attente sont importants.

2.4 Utilisation des indicateurs

Les indicateurs sont nécessaires pour qu'on puisse mesurer le progrès par rapport aux points de repère à une date ultérieure. Les indicateurs comparables ont été utilisés pour rapporter annuellement aux Canadiens les renseignements sur les domaines clés établis par les premiers ministres avant même l'énoncé de points de repère en décembre 2005. Le Communiqué sur la santé pour la réunion des premiers ministres de septembre 2000 a permis d'orienter les ministres de la Santé en ce qui concerne l'élaboration d'un « cadre de responsabilisation complet en se servant d'indicateurs comparables mutuellement acceptés sur l'état de santé, les résultats en matière de santé et la qualité du service »¹⁰. En septembre 2003, quatorze administrations, y compris le gouvernement fédéral, ont publié des rapports destinés à leurs citoyens. En février 2003, l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé chargeait les ministres de la Santé d'établir des indicateurs supplémentaires pour compléter les travaux précédents sur la production de rapports sur les indicateurs comparables. Les rapports provinciaux ont été publiés en 2004.

¹⁰ Communiqué sur la santé pour la réunion des premiers ministres de septembre 2000

Les provinces et les territoires ont maintenant établi des indicateurs comparables pour les services de santé qui ont des points de repère communs, tels que les pontages aorto-coronariens, les traitements de radiothérapie pour le cancer et l'extraction de la cataracte afin de surveiller le rendement en matière d'amélioration de l'accès aux soins. L'utilisation de ces indicateurs permet à chaque province et territoire de produire des rapports sur l'accès à certains services de santé. Par exemple, chaque administration sera en mesure de reconnaître les temps d'attente pour l'arthroplastie de la hanche et du genou, et le grand public sera en mesure de comparer les résultats pour l'ensemble du Canada. Les indicateurs, approuvés par les provinces et les territoires afin de respecter les engagements pris dans le cadre de la RPM sur le Plan décennal pour consolider les soins de santé, ont été communiqués au sous-ministre de la Santé dans une lettre datée du 30 mars 2006.

2.5 Utilisation des objectifs en matière d'accès

Les objectifs en matière d'accès sont un autre moyen utilisé pour élaborer des normes de soins raisonnables. Les objectifs en matière d'accès peuvent être établis au niveau provincial et tenir compte de l'orientation de la politique ou du programme du gouvernement provincial. Les provinces et les territoires ont l'option de fixer des objectifs en matière d'accès qui auront un effet catalyseur sur le système afin d'améliorer les temps d'attente pour d'autres maladies si elles en ressentent le besoin. Des objectifs en matière d'accès pourraient être élaborés à la suite de l'obtention d'un consensus entre professionnels, si les éléments probants ne sont pas encore disponibles ou se révèlent insuffisants.

2.6 Recherche continue à l'appui de la réduction des temps d'attente

La détermination d'une première série de points de repère nous a permis de nous doter d'assises fondées sur des éléments probants pour mesurer le progrès en matière de réduction des temps d'attente dans l'avenir. J'ai la ferme conviction que, si nous prévoyons soutenir les travaux amorcés avec les points de repère, il sera nécessaire d'élaborer un processus pour la recherche continue et la prise de décision afin de garantir la transparence du processus auprès des prestataires de soins et du grand public.

À mon avis, la recherche sur les points de repère futurs devra tenir compte des questions liées aux coûts et à la pertinence. Il s'agit de nouvelles questions à l'égard de l'élaboration de points de repère et celles-ci justifient un minimum de discussion.

Le coût par cas est un concept important puisque, lors de l'amélioration d'une procédure, des mesures de la qualité ont été intégrées et des critères établis pour déterminer les délais et l'admissibilité, donc l'évaluation logique qui en découle est celle liée au coût par cas. Ce ne sont pas toutes les interventions ou les chirurgies qui peuvent être chiffrées de manière définitive. De nombreuses interventions sont complexes et peuvent être affectées différemment par le niveau d'acuité du patient ou par d'autres facteurs. Mais pour de nombreuses interventions courantes au sein de nos systèmes de santé, il est possible et souhaitable d'assurer que les coûts unitaires puissent être comparés d'un site à l'autre. Il s'agit d'une étape nécessaire dans le respect de nos obligations qui consistent à garantir l'utilisation judicieuse de nos ressources.

La pertinence s'applique également aux points de repère. Une intervention donnée ne profite pas à tous les patients de manière égale et pour certains, elle peut ne pas être profitable du tout. La

recherche liée aux points de repère peut nous dire non seulement si une intervention doit être repoussée, mais si elle est pertinente et, le cas échéant, à quel moment.

Les points de repère annoncés le 12 décembre 2005 ont été établis à la suite de recherches menées par des scientifiques, dont les propositions ont été examinées par des pairs. Les points de repère ont été annoncés dès que les sous-ministres de la Santé ont reçu l'avis des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)¹¹, qui ont recommandé aux ministres de la Santé d'accepter les points de repère fondés sur des éléments probants et de les utiliser pour établir des normes pour des temps d'attente appropriés en matière de soins.

Nous proposons que les IRSC élaborent un plan pour aborder la recherche liée à la mise en place de points de repère.

Ces recherches s'inscrivent dans deux volets, qui sont les suivants :

- des recherches visant à élaborer de nouvelles connaissances, qui nous permettront d'établir dans l'avenir de nouveaux points de repère fondés sur des éléments probants et de les diffuser;
- des recherches sur le système de santé (recherches opérationnelles), qui entraîneront des améliorations et des interventions aux processus du système, y compris l'évaluation de la première série de points de repère afin de vérifier leurs répercussions sur les résultats en matière de soins de santé.

Programme de recherche en matière de points de repère

Nous n'avons pas encore vérifié les effets des points de repère sur les résultats des soins et sur les systèmes de santé. Cette première étape est importante lorsqu'il s'agit de décider si des points de repère supplémentaires doivent être établis pour d'autres domaines cliniques. Lorsque le temps sera venu de définir des points de repère supplémentaires, deux questions clés devront être abordées. Elles sont les suivantes :

- un processus de détermination des maladies prioritaires pour l'établissement de points de repère;
- le pouvoir de recommander les points de repère et l'autorité chargée de déclarer l'adoption de points de repère nationaux.

L'établissement d'un processus de recherche continu destiné à soutenir les efforts déployés depuis l'annonce de la première série de points de repère est primordial. Notre première tentative pour produire des points de repère dans les cinq domaines définis par les premiers ministres a été jalonnée de nombreux obstacles. La recherche fondée sur l'évaluation par les pairs dans ces domaines était rare. Il n'était pas possible d'établir des points de repère dans chacun des cinq domaines en partie à cause du

¹¹ Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) sont l'organisme responsable de la recherche en santé, dont la mission est d'exceller, selon les normes internationales reconnues de l'excellence scientifique, dans la création de nouvelles connaissances et leur application en vue d'améliorer la santé de la population canadienne, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé au Canada (site des IRSC : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/22948.html>).

délai nécessaire pour élaborer une demande de propositions et pour recruter des chercheurs dûment qualifiés à partir de groupes d'experts plutôt restreints. La recherche n'a pu permettre d'élaborer des points de repère liés au cancer et à l'imagerie diagnostique (pour l'imagerie par résonance magnétique et les tomodensitogrammes).

Étant donné les ressources qui seront attirées ou requises par les soins liés à des points de repère, nous pouvons nous attendre à ce que de nombreux cliniciens et patients expriment leurs choix très tôt en ce qui a trait aux points de repère. Il est important de déterminer la manière dont la prochaine série de points de repère sera choisie. Pour ce faire, il est crucial de se doter d'un processus visant à établir qui décidera de la recherche à réaliser, l'ordre des priorités et sur quelles maladies, intervention ou catégorie portera la recherche pour une série potentielle de nouveaux points de repère. Ces efforts devront être le fruit d'une collaboration entre le milieu de la recherche et les gouvernements. Il est possible que les instituts de recherche des IRSC, mis en place pour combler les besoins en recherche dans des disciplines médicales majeures, puissent également jouer un rôle à cet égard.

Il est également important de décider qui sera chargé de diffuser les points de repère une fois la recherche accomplie et les preuves disponibles. À mon avis, un « groupe catalyseur » formé de chercheurs, de cliniciens et de hauts fonctionnaires des gouvernements devrait être chargé de recommander aux représentants élus la déclaration de futurs points de repère. Je crois qu'il est nécessaire que les participants partagent la responsabilité liée aux recommandations et la prise en considération de points de vue autres que ceux liés à la recherche pure. Par conséquent, les ministres de la Santé pourront être assurés qu'une vaste gamme de répercussions a été prise en considération.

Programme de recherche sur le système de santé (opérationnelle)

Un travail considérable est réalisé dans l'ensemble du Canada sur des questions liées à l'amélioration du système. Ce type de recherche dépend de l'analyse par arbre des causes qui examine les rôles et les interventions afférentes aux soins pour déterminer où se situent les manques d'efficacité et les problèmes d'engorgement. La recherche opérationnelle peut documenter le flux de patients et chronométrer les interventions, proposer des changements et évaluer son taux de réussite quant à l'atteinte de nouveaux buts. Elle peut examiner le rôle joué par la technologie à l'égard de l'efficacité de la prestation de soins ainsi que celle des prestataires, du grand public et des médias lorsqu'il est question d'adopter ou de refuser les changements. C'est dans ce domaine de recherche que les pratiques commerciales et industrielles qui portent fruits dans d'autres secteurs peuvent être évaluées en ce qui a trait à leur application dans les salles d'opération, les salles communes et les cliniques de diagnostic. Les mécanismes de nos systèmes de santé – processus et flux, conception organisationnelle et incitatifs – peuvent être vérifiés pour déterminer s'ils soutiennent ou entravent les efforts déployés pour réduire les temps d'attente.

Réseau des Centres d'innovation en santé

Malgré le fait que de nombreuses industries et entreprises utilisent couramment la théorie des files d'attente et l'expérience industrielle pour simplifier leurs processus, l'application de cette philosophie aux systèmes de santé est plutôt rare. Nous n'avons pas suffisamment exploité les ressources académiques mises à notre disposition par les écoles de gestion des affaires ou d'ingénierie industrielle. Les IRSC ont proposé la création d'un réseau de partenariats entre les centres de recherche sur les soins de santé pour renforcer la capacité en pratiques de gestion. Ce réseau est conçu

comme un partenariat entre le gouvernement fédéral (représenté par les IRSC) et les provinces/territoires pour renforcer l'expertise actuelle et la collégialité au sein des systèmes de santé. Les chercheurs, les professionnels de la santé, les gestionnaires du système de santé et les décideurs pourraient collaborer dans le cadre d'activités ayant les objectifs suivants :

- cerner les questions prioritaires et planifier les études de recherche sur des sujets dans ces domaines;
- planifier les activités d'application des connaissances;
- évaluer les répercussions des activités sur le rendement des systèmes de santé;
- communiquer les conclusions; et
- examiner les travaux d'autres centres et les appliquer comme il convient.

2.7 Conclusion

L'établissement de points de repère pour les soins médicaux est un phénomène nouveau au sein du système de santé du Canada. Il est trop tôt pour connaître toutes les répercussions de l'utilisation de ces points de repère.

La recherche décrite ici est proposée afin de nous aider à découvrir les effets, mettre au point ou approuver nos méthodes et, s'il le faut, passer à de nouvelles solutions. Les IRSC ont en place des systèmes pour gérer ces processus de recherche et le mandat d'assurer que les nouvelles connaissances sont transférées aux décideurs et aux prestataires de soins.

Chapitre 2 : Points de repère, indicateurs et recherche continue Recommandations

1. Que les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) entreprennent des activités de recherche pour :
 - évaluer l'effet des points de repère fixés au moyen d'un processus FPT;
 - élargir la portée de la recherche sur les points de repère de manière à inclure le coût et les critères d'applicabilité;
 - cerner les domaines pour lesquels d'autres points de repère sont requis ou souhaitables afin d'améliorer le service aux patients;
2. Qu'on crée des comités multidisciplinaires travaillant en collaboration (composés de chercheurs, de cliniciens et de représentants des gouvernements) chargés d'examiner les éléments probants et de recommander des points de repère supplémentaires aux gouvernements FPT; et
3. Que les IRSC créent des ressources supplémentaires par l'entremise des institutions œuvrant en politique de la santé partout au Canada, afin de pouvoir étudier les pratiques commerciales et industrielles exemplaires destinées à appuyer la réduction des temps d'attente.

Chapitre 3 : Gestion et innovation dans les systèmes de santé

L'élaboration de points de repère et de cibles à leur sujet constituait un objectif nécessaire à court terme en vue de respecter les engagements pris par les premiers ministres en septembre 2004. Toutefois, les efforts concertés déployés au cours des dernières années afin de réduire les temps d'attente ne seront pas maintenus, à moins d'une transformation dans les mécanismes des systèmes de santé. Sans ces changements, il est peu probable que le système puisse maintenir ces réductions des temps d'attente sans bénéficier d'importantes injections de fonds. L'objectif est de veiller à ce que le récipiendaire de soins, *le patient*, ainsi que le processus et la qualité des soins demeurent la priorité des soignants et des systèmes de santé.

Des améliorations qui auront des effets à long terme peuvent être apportées dès maintenant au sein des systèmes de santé actuels. En voici quelques-unes :

- adoption de nouvelles *pratiques commerciales, industrielles et de gestion*¹² par les provinces et les territoires, les régies régionales de santé et les établissements de santé;
- élaboration d'une expertise en matière de coordination des temps d'attente dans les systèmes de santé provinciaux et territoriaux, y compris des champions et des coordonnateurs en matière de temps d'attente qui aident les patients et leur famille à naviguer dans les systèmes complexes de santé; et
- élaboration d'un programme de formation sur les méthodes de gestion des listes d'attente destiné aux chefs de file cliniques, aux infirmières gestionnaires et aux autres professionnels de la santé actuels.

Par expérience, nous savons déjà que le maintien de listes d'attente par des spécialistes contribue à de longs temps d'attente pour certains patients. De cette façon, ils ratent souvent la possibilité de recevoir des soins plus rapidement, peut-être avec un autre spécialiste. Notre système tirera donc profit des éléments suivants :

- le recours à une seule liste d'attente commune;
- une méthode permettant d'aiguiller les patients vers un service spécialisé qui accorde la priorité aux patients, selon le degré d'acuité et offre le premier créneau disponible pour une intervention;
- l'application des théories des files d'attente pour modifier les processus actuels;
- la gestion de cas novatrice;

¹² Vous remarquerez que le présent rapport fait référence aux pratiques ou innovations industrielles, commerciales et de gestion. Aux fins de ces discussions, retenez que les pratiques de gestion réfèrent aux questions de gouvernance, de supervision, de planification, de responsabilisation, de la fonction de contrôleur – soit toutes les fonctions normalement associées à la responsabilité de gestion; les pratiques industrielles concernent l'atteinte de l'efficacité par des techniques et des mécanismes qui s'ajoutent au travail humain collectif et assurent la meilleure utilisation du temps, du capital et des ressources humaines; les pratiques commerciales dans le contexte des soins de santé font référence aux processus administratifs, notamment les communications, la collecte et le partage de données, la circulation de documents et la tenue des dossiers.

- les soins axés sur le travail d'équipe;
- la pertinence; et
- les programmes de préadaptation servant à garantir l'aptitude du patient à subir une intervention chirurgicale.

La préadaptation peut améliorer la condition physique avant de subir une chirurgie et diminuer le nombre d'annulations. La perte de poids, le contrôle de la pression artérielle et celui de la glycémie peuvent tous connaître des améliorations dans ces processus. Un patient serait inscrit sur une liste d'attente seulement lorsqu'il en serait jugé apte et lorsque l'avantage est moindre.

L'attention accordée au cours de ces dernières années aux périodes d'attente inacceptables nous a donné un aperçu concernant la façon de réduire ou même d'éliminer les temps d'attente. Le présent chapitre explique l'existence de ces attentes et offre un inventaire des innovations nécessaires au système. Tous les décideurs et les chefs de file en matière de soins de santé doivent être au courant de cet ensemble de connaissances. Ces innovations sont actuellement mises en œuvre dans de nombreux endroits au Canada et elles s'avèrent fort prometteuses. Enfin, on remarque un intérêt croissant à l'égard des questions relatives à la pertinence. La première a trait au choix des soins que recevra le patient; la deuxième porte sur une utilisation appropriée et efficace des ressources.

3.1 Pourquoi faut-il attendre pour obtenir des services?

Divers facteurs ont une incidence sur les temps d'attente, notamment les suivants :

- le type de soins dont le patient a besoin;
- le médecin dont la liste contient le nom du patient;
- l'urgence du patient d'obtenir des soins; et
- d'autres facteurs liés aux besoins et à l'état du patient.

On ne mesure habituellement pas la capacité¹³

Généralement, les prestataires des services de soins de santé connaissent leur degré d'activité ou d'utilisation, mais ne sont pas nécessairement au courant de leur capacité ou de la demande. Par exemple, des patients appellent dans les établissements de soins de santé primaire pour obtenir un rendez-vous, sans succès. Ces personnes peuvent alors se diriger ailleurs pour obtenir des soins ou encore abandonner leur recherche. Ce qui signifie que les carnets de rendez-vous ne sont le reflet que des particuliers ayant réussi à en avoir un. Afin de pouvoir mesurer la demande de façon précise, il faut donc noter les appels où un rendez-vous a été demandé et refusé.

De plus, on ignore habituellement la capacité actuelle. Parmi les exemples se trouve la pratique qui consiste à fixer automatiquement les rendez-vous pour des examens toutes les 30 minutes alors qu'en moyenne, l'intervention ne dure que 17 minutes¹⁴. Une étude a montré que les réservations se faisaient dans ces conditions « parce que certaines interventions prenaient 30 minutes. » Dans ce cas, près de 50 % de la capacité n'était pas utilisée.

¹³ Voir également le chapitre 6 : Questions supplémentaires : 6.2 Capacité en cas de crise, p. 62

¹⁴ Carter, M. *Evidence for Improvement vs. Evidence for Judgment: Choosing the Appropriate Tools for the Task*. Sixième Conférence internationale sur le fondement scientifique des services de santé. Montréal. 20 septembre 2005.

Pertinence des soins

On parle de soins de santé appropriés lorsque l'avantage pour la santé l'emporte sur les conséquences négatives de ne pas être traité dans une proportion suffisante pour justifier le traitement.

L'Université de la Colombie-Britannique a évalué les indications et les résultats liés à six interventions chirurgicales non urgentes et a rapporté ses conclusions en 2002 dans le Journal de l'Association médicale canadienne. Cette étude a montré que l'état de 94 % des patients ayant subi un remplacement non urgent de la hanche s'était amélioré après la chirurgie, que 4 % présentaient toujours les mêmes symptômes et que la situation de 2 % d'entre eux s'était détériorée¹⁵. D'autre part, seulement 70 % des patients ayant subi une chirurgie de la cataracte ont connu une amélioration de leur état, tandis que 26 % voyaient encore moins bien après l'intervention. Il semble que la plupart des personnes ayant subi le remplacement d'une articulation ont reçu des soins appropriés contrairement à bien des patients opérés de la cataracte. Si un quart des Canadiens ayant besoin d'une chirurgie pour un problème de cataracte ne devaient pas être opérés, les listes d'attente pour ce genre d'intervention pourraient disparaître ou, à tout le moins, être considérablement réduites.

L'emploi de la règle d'Ottawa concernant le traitement des blessures à la cheville représente un autre exemple d'une utilisation convenable des services de soins de santé¹⁶. Nous savons que cette règle permet de réduire jusqu'à 40 % le besoin de radiographie, sans pour autant manquer un cas de fracture¹⁷. Cependant, une étude effectuée par des urgentologues canadiens a montré que moins d'un tiers d'entre eux se servaient correctement de cette règle¹⁸. La mise en œuvre de la règle canadienne sur la tomodensitométrie (TDM) pour les patients souffrant de traumatismes crâniens¹⁹ offre le même potentiel de réduction du besoin d'un tomodensitogramme dans de tels cas, soit 40 % ou plus²⁰.

3.2 Perspective concernant les attentes et les délais pour des soins de santé

Les Canadiens doivent savoir que le fait d'attendre pour obtenir des soins de santé ne signifie pas que cette attente est inacceptable sur le plan médical. Toutefois, aucun patient souffrant de douleurs ou d'une invalidité ne veut, ni ne doit attendre pour une articulation artificielle. Il existe sans doute d'autres circonstances où il convient, pour un patient, de retarder d'une semaine ou deux une opération importante afin de régler les derniers détails ou de prendre des dispositions avec la famille ou les amis pour qu'ils puissent l'aider à son rétablissement imminent. De plus, à la suite d'une

¹⁵ C.J. Wright, G. Wright, K. Chambers, et al., Evaluation of indications for and outcomes of elective surgery, Journal de l'Association médicale canadienne, 2002;167:461-466.

¹⁶ Stiell IG, Greenberg GH, McKnight RD et al. *Decision rules for the use of radiography in acute ankle injuries: refinement and prospective evaluation*. Journal of the American Medical Association. 1993; 269:1127-1132.

¹⁷ J. Heyworth. Ottawa ankle rules for the injured ankle. 2003;326:405-406.

¹⁸ J. C. Brehaut, I.G. Stiell, L. Visentin, et al. Clinical decision rules in the "real world": how a widely disseminated rule is used in everyday practice. Academic Emergency Medicine. 2005;12:948-957.

¹⁹ I.G. Stiell, G.A. Wells, K.L. Vandemheen, et al. The Canadian CT head rule for radiography in alert and stable trauma patients. Journal of the American Medical Association. 2001;286:1841-1848.

²⁰ I.G. Stiell, C.M. Clement, B.H. Rowe, et al. Comparison of the Canadian CT head rule and the New Orleans criteria in patients with minor head injury. Journal of the American Medical Association. 2005;294:1511-1518.

consultation avec leur médecin, certains patients peuvent choisir de retarder la chirurgie en vue d'une « préadaptation »²¹.

Parfois, le problème découle du caractère imprévisible d'un délai plutôt que de sa durée. Par exemple, les gens doivent souvent prendre des dispositions particulières pour que quelqu'un s'occupe de leur maison ou des personnes à leur charge lorsqu'ils subissent une opération. Le fait de connaître la date précise de la chirurgie leur donne le temps de mobiliser parents et amis alors que de tels arrangements peuvent être difficiles, voire impossibles à prendre sans une date précise ou à la suite d'une annulation.

3.3 Pratiques exemplaires et efficience

On compare parfois les soins de santé à une « industrie artisanale ». Au fil des ans, chaque province et territoire, région, établissement et cabinet de médecin a élaboré ses propres pratiques exemplaires destinées à répondre à ses besoins ou à ceux des patients. Il s'avère donc tout naturel qu'ils éprouvent un certain sentiment de propriété pour avoir mis sur pied des systèmes ou des processus qui ont connu du succès. Des difficultés proviennent du fait que, malgré l'application de nombreuses idées novatrices au Canada, elles ne sont pas mises en commun entre les administrations. Ce qui signifie que notre système de santé constitue en fait un ensemble de mesures disparates souvent inefficaces et difficiles à changer à la suite de l'établissement de nouvelles pratiques exemplaires.

Pourtant, il existe un grand nombre de pratiques exemplaires qui pourraient être adoptées. Le système de réservation en chirurgie de Kingston, dont la mise au point a nécessité huit ans, représente actuellement un exemple probant. En plus d'offrir un aperçu général de la liste d'attente en chirurgie pour la ville, ce système fait le suivi du temps réel que chaque chirurgien consacre à diverses interventions afin d'assurer des prises de rendez-vous les plus efficaces possible pour des interventions. Il fournit aussi des alertes pour des soins pré ou postopératoires et peut avertir les cliniciens du besoin d'un examen fonctionnel respiratoire avant une chirurgie et de celui d'un lit de réadaptation après cette dernière. Le chapitre 4 porte sur l'importance de la technologie de l'information, puisqu'elle se rapporte à la transformation du système et à la réduction ou à l'élimination des temps d'attente.

Le projet pilote de l'Alberta pour les remplacements articulaires représente l'une des plus récentes applications des meilleures pratiques exemplaires²². Au départ, ce projet visait à faire remplir, par les médecins traitants, un modèle d'aiguillage pour s'assurer que les examens appropriés avaient été réalisés. Toutefois, au cours de l'évolution du projet, on a découvert qu'il était plus facile d'avoir des médecins de famille dans les cliniques pour aider au traitement initial des patients. Ainsi, ces derniers sont assignés à des gestionnaires de cas qui les suivent tout au long de leurs soins.

²¹ La préadaptation consiste en une réadaptation préalable à l'intervention afin de hâter le rétablissement des patients.

²² Alberta hip and knee replacement project: Interim results. Alberta Bone and Joint Institute. Décembre 2005. Trouvé à l'adresse : http://www.albertaboneandjoint.com/PDFs/Int_Rep_Dec_19_05.pdf.

Spécialisation

La spécialisation représente un autre moyen d'atteindre une certaine efficacité au sein des systèmes de santé. On trouve beaucoup d'exemples de centres spécialisés. Le Queensway Surgicentre de Toronto, une division du Trillium Health Centre (hôpital public), est le plus grand centre de chirurgie d'un jour en Amérique du Nord. Un autre exemple au Manitoba est que le gouvernement provincial a acheté la Pan Am Clinic auprès de ses propriétaires du secteur privé, qui est désormais exploitée en tant qu'unité de la Winnipeg Regional Health Authority.

Leadership

On trouve de nombreux exemples de leadership qui ont mené à des idées novatrices. Il sera utile aux systèmes de compter sur les personnes qui sont formées, qui ont des capacités en leadership et qui poursuivent des objectifs clairs et mesurables pour apporter un changement. Trop souvent, les organisations de santé ne disposent pas de capacités suffisantes leur permettant d'entreprendre des projets d'amélioration de la qualité. Ce qui peut devenir un obstacle important à l'innovation. Dans bien des cas, le fait que les organismes de soins de santé aient eu, jusqu'à tout récemment, peu de capacités pour mettre de l'avant des projets sur l'amélioration de la qualité constitue un des obstacles qui empêche d'effectuer une amélioration novatrice.

Pour s'engager efficacement dans l'amélioration de la qualité, un organisme doit :

- intégrer l'amélioration de la qualité dans son plan stratégique;
- agir en tant que chef de file;
- veiller à ce que les ressources soient disponibles pour appuyer les activités visant l'amélioration de la qualité;
- élaborer des mesures en vue d'évaluer la qualité et de procéder régulièrement à la surveillance de celle-ci; et
- s'assurer qu'une rétroaction parvienne avec les rapports aux unités appropriées et à l'organisme.

Définition du rôle

Les discussions sur les ressources humaines en santé ont, pendant bien des années, porté principalement sur les questions de capacité, sur le nombre de places de formation disponibles dans les écoles de médecine, les universités et les collèges, de même que sur les initiatives de recrutement, de maintien en poste et de rapatriement du personnel. L'approvisionnement constitue un enjeu important en matière de ressources humaines en santé, mais la définition du rôle l'est également. La définition du rôle en ce qui concerne la main-d'œuvre actuelle est pertinente pour la gestion des temps d'attente. Par exemple, les infirmières anesthésistes ont la possibilité d'éliminer les arriérés de chirurgie découlant d'une pénurie d'anesthésistes et les infirmières praticiennes, qui exercent leurs tâches à l'intérieur de leur pratique, peuvent assumer un plus large éventail de fonctions cliniques dans les établissements de soins primaires. Renforcer le rôle des divers travailleurs en soins de santé accroît la capacité et permet une utilisation plus appropriée du temps dont disposent les médecins. Le chapitre 5 porte également sur cette question.

3.4 Des modèles pour l'amélioration de la qualité

Certains modèles pour l'amélioration de la qualité ont été des réussites et sont utilisés aux échelons international et national. Parmi ceux-ci se trouve l'Institute for Innovation and Improvement du service national de santé du Royaume-Uni (UK National Health Service – NHS)²³. Cet institut a été créé dans le but de diriger une activité relative à l'amélioration de la qualité qui applique les données probantes à la pratique, en encourageant les équipes cliniques au sein des organisations à faire l'essai de changements. L'Institute a également employé un modèle de collaboration dans lequel des équipes provenant de diverses organisations se penchent sur le même enjeu pendant une période d'environ six à douze mois et comparent les résultats auxquels elles sont parvenues. Cette initiative a permis de diminuer considérablement les temps d'attente au Royaume-Uni au cours des six dernières années²⁴.

Le Saskatchewan Health Quality Council a mis au point son propre processus visant à améliorer la question de l'accès. Il s'est inspiré de l'expérience de différentes organisations ayant connu du succès dans le cadre d'une initiative en particulier²⁵. Par exemple, la Saskatoon Community Clinic a mis en œuvre un système d'«accès amélioré» il y a de cela quelques années. Son personnel aide actuellement le Council à mettre en place dans toute la province un accès le même jour aux soins de santé primaires d'ici 2010.

Bien que le modèle de collaboration pour l'amélioration de la qualité ait remporté un certain succès, il peut s'avérer coûteux à mettre en opération. Un examen effectué récemment a permis de constater que les organisations avaient besoin de s'engager dans l'amélioration de la qualité afin de s'assurer qu'un modèle de collaboration aura une incidence sur elles²⁶. Celles qui ont réussi à établir des collaborations ont également tenté de créer une culture de la qualité et ont axé leur attention sur des mesures de processus et de résultats afin d'apporter des changements.

3.5 Méthodes modernes de gestion des files d'attente

Théorie des files d'attente

La théorie des files d'attente est le secteur des mathématiques qui traite des temps d'attente et des retards. Elle contribue à la pratique de l'accès à l'avance (aussi appelé libre accès)²⁷. La théorie des files d'attente peut s'appliquer en vue d'améliorer le roulement lorsque quelque chose ou quelqu'un arrive d'ailleurs, reçoit des services et s'en va. On s'en sert régulièrement pour le contrôle de la circulation aérienne, les processus de fabrication, les parcs d'attraction et dans de nombreux autres aspects de la vie au quotidien, notamment le contrôle des stocks des hôpitaux. Malgré tout, dans un

²³ Pour obtenir de plus amples détails, voir le site : <http://www.institute.nhs.uk/nhsinstitute>.

²⁴ G. Bevan, C. Hood. Have targets improved performance in the English NHS? *British Medical Journal*. 2006;332:419-422.

²⁵ Pour obtenir de plus amples détails, voir le site :

<http://www.hqc.sk.ca/portal.jsp?mpqBiB5PkT0FgPM/yFSHnTBIZBf0OfLOkUwK4QBZaJtdpgKPgr7c14zOVcA+lmY4>.

²⁶ L.R. Ayers, S.C. Beyea, M.M. Godfrey, et al. Quality improvement learning collaboratives. *Quality Management in Health Care*. 2005;14:234-247.

²⁷ Pour obtenir plus d'information au sujet de la théorie des files d'attente, consulter la théorie des files d'attente de M. Myron Hlynka, Ph.D, Université de Windsor, à l'adresse suivante : <http://www2.uwindsor.ca/~hlynka/queue.html>.

domaine aussi important que celui des soins actifs, on a peu recours à cette théorie afin de réduire les temps d'attente des patients au sein du système de santé.

La théorie des files d'attente se sert de divers outils et techniques. Les points suivants constituent des exemples d'outils en matière de file d'attente qui peuvent rendre le service plus attentif à l'attente des patients.

Accès à l'avance

L'« accès à l'avance » est un exemple de gestion des temps d'attente et des retards. Bon nombre de médecins de famille détiennent des listes d'attente de quatre semaines ou plus pour des visites ordinaires. La méthode de l'accès préalable permet d'organiser, de prévoir et de planifier le roulement des patients dans les bureaux de médecins en vue de fixer des rendez-vous au jour souhaité, y compris la journée même.

L'accès à l'avance se fonde généralement sur l'analyse suivante :

- déterminer si la capacité suffit pour répondre à la demande;
- si la capacité suffit pour répondre à la demande, augmenter temporairement le nombre de ressources pour rattraper le travail en retard; et
- si la capacité semble insuffisante par rapport à la demande, tenter d'égaliser la capacité et de réduire la demande.

Dans le cas où ces tentatives s'avèrent infructueuses, il y a alors un engorgement qui doit être ciblé et corrigé.

Solutions à l'engorgement

Dans les cas d'un engorgement, une analyse par arbre des causes peut s'avérer nécessaire afin d'établir s'il découle d'une pénurie de capital, de ressources humaines ou d'autres ressources de fonctionnement. Certaines situations exigeront peut-être la mise en place de ressources nouvelles ou supplémentaires afin de mettre fin à l'engorgement. L'analyse devra être répétée régulièrement puisque, avec le temps, les engorgements risquent de se déplacer au sein du processus. L'objectif consiste à régulariser le roulement en diminuant autant que possible la variation. Ces solutions ne sont envisageables que lorsque l'ensemble du cheminement clinique peut être supervisé et géré.

Égaliser la capacité

« Égaliser la capacité » signifie éliminer les hauts et les bas de la capacité qui représentent la plaie des systèmes de santé. Par exemple, un plus grand nombre de congés d'hôpital sont octroyés les vendredis en comparaison avec les autres journées, particulièrement les dimanches, ce qui veut dire en général, que le personnel des hôpitaux se presse de donner aux patients leur congé le vendredi, et ceux-ci se font souvent compétition pour obtenir les services d'un préposé aux soins, une ordonnance de la pharmacie ou d'autres services. Il se peut que les patients qui se posent des questions une fois arrivés à la maison ne puissent joindre leur médecin de famille ou le personnel qui a pris soin d'eux à l'hôpital.

Les systèmes de santé ont également tendance à augmenter la variation en créant de nombreuses listes d'attente pour les services, selon différentes cotes de priorités ou différents docteurs, comme une file d'attente dans une banque. Comme nous le savons, un plus grand nombre de cas peuvent être traités si une seule file alimente tous les caissiers. Si les files sont distinctes, certaines avancent plus rapidement que d'autres. Une ligne peut parfois être libre tandis que d'autres ont des files d'attente. Si nous prenons l'exemple de la file d'attente dans une banque, une minute ou plus sera nécessaire pour cibler la longue file et diriger les gens ailleurs. Le plus souvent, la personne située à la fin de la file la plus longue, plutôt qu'une autre située à l'avant ou au milieu d'une autre file, est déplacée ou se déplace vers la caisse libre. Ce geste porte atteinte à l'équité.

Lorsque les délais avant d'obtenir des services s'allongent, le nombre de patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous augmente. En effet, ils ont pu avoir obtenu les soins ailleurs ou tout simplement oublié leur rendez-vous à cause de la longue période d'attente. De plus, l'état de certains d'entre eux se détériore et ils risquent de ne plus être des candidats appropriés pour les soins prévus. Il se peut que le personnel appelle les patients qui vivent à proximité et peuvent se déplacer et négligent ceux dont les besoins sont plus urgents. Si le créneau disponible n'est pas rempli, la capacité se perd et ne peut être rattrapée.

L'établissement de priorités peut allonger les délais. Ce qui est facile à comprendre lorsque la capacité s'avère insuffisante, le personnel doit classer les patients par ordre de priorité, créer différentes catégories qui entraînent de nombreuses files et un plus grand nombre de discordances entre la capacité et la demande. Dans la plupart des cas, la capacité est assez grande, mais n'est pas utilisée de manière efficace. Les médecins gèrent habituellement leurs propres listes d'attente, faisant en sorte que certains médecins ou hôpitaux soient aux prises avec de plus longues listes que d'autres.

Il est vrai également qu'une meilleure analyse dès le début de la prestation de soins peut réduire la demande. Bon nombre de Canadiens font face à de longues périodes d'attente avant de pouvoir consulter un spécialiste. Au Canada, beaucoup de spécialistes prévoient automatiquement des rendez-vous d'une heure pour les aiguillages. Il serait possible, dans certains cas, de prévoir des rendez-vous moins longs ou d'éviter que le patient n'ait à rencontrer le spécialiste si le problème n'est pas complexe et peut être résolu par un simple appel téléphonique de cinq minutes entre le médecin de famille et le spécialiste. Dans d'autres cas, le patient (et sa famille) peut avoir besoin d'être examiné pendant une demie journée par une équipe de spécialistes multidisciplinaire à cause de la complexité de sa situation. La détermination du besoin à l'avance pourrait faire gagner du temps qu'il serait possible d'employer là où il serait le plus utile.

Mauvaise utilisation des ressources

Une mauvaise utilisation des ressources disponibles contribue également aux longues périodes d'attentes pour les services. Le domaine de l'imagerie diagnostique en fournit un bon exemple. En effet, il arrive que des examens doivent parfois être repris parce qu'on a perdu le film par inadvertance ou qu'on ne peut y avoir accès. Le mauvais examen peut également être prescrit, un examen peut ne pas être nécessaire ou un examen radiologique peut être prescrit dans le cadre d'un processus d'élimination. L'utilisation inappropriée des ressources contribue principalement aux longs temps d'attente et augmente les coûts de façon non nécessaire.

Une étude pilote menée par l'Association canadienne des radiologistes a démontré que seulement 86 % des demandes pour des tests diagnostics étaient justifiées. Dans 9% des cas, on aurait dû prescrire une forme de test plus appropriée, ce qui entraîne la multiplication des études. Dans 4 % des cas, l'imagerie était complètement inutile. Cela signifie donc que 10 % des aiguillages, ou près de quatre millions d'examens par année, auraient pu être éliminés. Cela représente la charge de travail de 200 radiologistes²⁸.

Soins de santé en plusieurs étapes

La plupart des rencontres médicales se font en plusieurs étapes. Par exemple, en règle générale, les personnes souffrant d'arthrite sont d'abord traitées par leur médecin de famille, lequel les réfèrera éventuellement à un rhumatologue ou à un chirurgien orthopédiste si leurs douleurs articulaires ou leur handicap s'aggravent. Après la première consultation avec le spécialiste, on aiguillera habituellement le patients vers un radiologiste (pour des rayons X ou une IRM par exemple) puis souvent vers un physiothérapeute. À une certaine étape du suivi, si l'état du patient se détériore toujours, le chirurgien orthopédiste ajoutera ce dernier à sa liste d'attente pour les interventions chirurgicales. Pour chaque étape du processus, le patient peut avoir à faire face à des mois d'attente. Les services offerts en plusieurs étapes comme celui-ci peuvent faire l'objet de délais répétitifs.

Lorsque nous sommes confrontés à de longues périodes d'attente pour plusieurs services ayant un lien entre eux, la première étape consiste à dresser un plan de l'ensemble des soins et à évaluer les résultats. Ce processus présente parfois immédiatement des possibilités de restructuration, comme l'élimination des étapes inutiles, la rationalisation du nombre d'étapes ou l'association de plusieurs d'entre elles.

Utilisation de registres

Plus tôt dans ce chapitre, dans l'exposé sur les pratiques exemplaires et l'efficacité, j'ai souligné l'importance de la technologie de l'information dans la réduction des temps d'attente. La technologie joue également un rôle primordial dans bon nombre des techniques de gestion des files d'attente. Les registres, en tant qu'élément des systèmes d'information électroniques, sont nécessaires à une meilleure gestion des files d'attente et ont l'avantage de fournir des données précieuses dont on peut se servir afin d'évaluer les résultats. On trouve actuellement peu de données au sujet des patients avant ou après qu'ils aient eu recours à des traitements médicaux. Les données recueillies par les registres peuvent représenter un outil d'analyse pratique. On a proposé que les données suivantes soient incorporées aux registres des listes d'attente :

- l'échéancier, comprenant, sans s'y limiter, la date de la première demande de consultation avec le médecin de famille, celle du premier rendez-vous avec le spécialiste, le moment où la décision au sujet du traitement a été prise, les sorties des files d'attente sans obtention de service, le moment où a eu lieu la prestation des services, le rendez-vous pour fins de suivi;
- les signes cliniques;
- les changements des symptômes au fil du temps;
- les comorbidités;

²⁸ Ben Chan, *Appropriateness of Care: The Story of Diagnostic Imaging*, 31 mars 2006.

- les motifs des retards dans les soins;
- les motifs pour quitter une file d'attente; et
- les résultats, notamment la mortalité, la morbidité et la qualité de vie.

3.6 Champions provinciaux des temps d'attente

Nous nous devons d'appuyer les chefs de file cliniques puisque ce sont eux qui inspirent le changement au sein de nos systèmes de santé. Dans les provinces où les gouvernements et les ministères de la Santé ont placé le leadership et la responsabilité entre les mains de chefs de file cliniques respectés, le progrès s'est fait important et palpable.

J'ai décrit, tout au long de ce chapitre, bon nombre d'éléments de l'administration des soins qui nécessitent un changement, chacun contribuant à la transformation d'un domaine ou d'un autre. La responsabilité de la planification et de la gestion de ces changements doit être accordée à un chef de file faisant preuve d'intérêt et d'expertise dans le domaine, qui possède des aptitudes en gestion et des connaissances cliniques, et qui bénéficie de la confiance de ses confrères. Il ne s'agit pas d'une mince affaire. Il m'apparaît évident que ces personnes sont présentes au sein des administrations provinciales et qu'elles peuvent être recrutées en vue d'assurer le leadership dont ce processus de changement a besoin.

Ces chefs de file joueront non seulement un rôle au sein de leur propre administration, mais aussi à l'échelon national. Dans tous ces domaines d'innovation et d'amélioration des processus, les chefs de file se fient les uns aux autres et partagent les pratiques exemplaires, les expériences et les idées. Nous savons déjà que les provinces mettent en œuvre leurs propres processus de changement et que, de ces efforts, sont nées bon nombre d'innovations exceptionnelles. Dans le but d'assurer que ce processus de changement soit maintenu et que toutes les provinces puissent partager leurs pratiques exemplaires et apprendre de celles des autres, j'appuie la création d'un réseau de chefs de file provinciaux en matière de temps d'attente. Les gouvernements doivent déterminer les ressources nécessaires à la constitution de ce réseau et le soutenir grâce à un nombre suffisant de ressources pour faire face aux besoins des provinces et permettre la collaboration interprovinciale. La mise sur pied de ce réseau augmentera les chances que le travail soit entrepris avec vigueur et expérience et que les connaissances acquises par une administration puissent servir à une autre.

3.7 Expérience du système de santé

Les difficultés auxquelles doivent faire face les patients et leur famille au cours de leur expérience au cœur de la complexité des systèmes de santé sont bien documentées par les médias et par divers analystes des soins de santé. On ne compte plus le nombre d'histoires de patients qu'on a perdus « dans un trou noir » alors qu'ils étaient en attente d'un traitement ou qui ont vécu une expérience difficile à cause des inefficacités du système. Ces problèmes varient et passent de petits pépins, pouvant facilement se résoudre par un simple coup de fil à d'importantes inefficacités qui doivent être cernées et corrigées par une analyse par arbre des causes. De nouvelles fonctions des membres du personnel sont un coordonnateur des temps d'attente, un intervenant-pivot ou de défenseur des droits

des patients, lesquels sont nécessaires pour aider les patients à progresser dans le processus de traitement.

Mis à part les bienfaits qu'ils apportent aux patients et à leur famille, les intervenants-pivots peuvent également aider les fournisseurs de soins de santé. Ainsi, en Nouvelle-Écosse, les oncologues comptent sur eux pour coordonner les soins. Les médecins de famille et les centres de santé en sont venus à relever de leurs connaissances cliniques de la structure et du fonctionnement du système de traitement du cancer. L'intervenant-pivot demeure en contact avec le bureau du médecin de famille tout au long des examens diagnostiques afin d'assurer que l'aiguillage approprié est fait pour de nouveaux tests de diagnostic et des consultations auprès de spécialistes. De plus, les intervenants-pivots assurent la coordination avec les bureaux de chirurgiens et veillent à ce que les renvois soient effectués, au besoin, vers la radiothérapie et la chimiothérapie.

Les intervenants-pivots ou les gestionnaires de cas²⁹ ont le pouvoir de remettre le système en question. Les intervenants-pivots ne font pas que porter assistance aux patients pour résoudre des problèmes isolés; ils peuvent être liés à un processus d'amélioration de la qualité, ce qui assurerait que leurs connaissances au sujet des inefficacités du système soient transmises à d'autres.

Clarification des rôles

Il existe différentes façons de concevoir les rôles d'intervenant-pivot, de défenseur ou de coordonnateur des temps d'attente, mais leur facteur commun demeure les soins axés sur le patient. Les tâches peuvent être semblables, mais les activités peuvent débuter ou se terminer à différentes étapes des soins aux patients. Il est possible que quelqu'un soit à la fois coordonnateur des temps d'attente et intervenant-pivot ou défenseur.

Le *coordonnateur des temps d'attente* est généralement assigné à un patient au moment de la prise de rendez-vous pour un traitement et communique avec ce patient jusqu'au début de la prestation du service³⁰. Ce poste est désigné au sein d'une organisation ou d'un réseau de soins, et ses fonctions comprendraient la gestion des cas d'un groupe de personnes en particulier au cours de la période d'attente de soins (qu'ils soient chirurgicaux ou de diagnostic, comme l'IRM ou le tomodensitogramme).

L'*intervenant-pivot* ou le *défenseur des droits des patients (explorateur du système)* suppose la prestation d'une assistance aux patients une fois qu'ils sont entrés dans le système (c.-à-d. au cours de leur séjour à l'hôpital). D'ordinaire, l'intervenant-pivot guide le patient dans le système ou agit à titre de défenseur et parle en son nom lorsqu'il ne peut le faire lui-même. Les explorateurs du système tendent à être intégrés à d'autres types de modèles de gestion des cas ou de coordination³¹.

Le rôle joué par les coordonnateurs des temps d'attente, les intervenants-pivots ou les défenseurs peut non seulement consister à fournir de l'assistance au patient (et à sa famille), mais également à avoir la

²⁹ Ces termes, de même que d'autres tels coordonnateur de cas, infirmière de soutien en cancérologie, infirmière de suivi et coordonnateur du cancer sont souvent utilisés de manière interchangeable.

³⁰ Pour les fins visées par le présent document, l'expression « période d'attente » se fonde sur la définition approuvée par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé et présentée à la population le 12 décembre 2005 lors de l'annonce sur les points de repère.

³¹ Jamieson, Wanda. *Patient Navigation within the Health Care Sector*. JHG Consulting. 2006; 25

responsabilité de l'amélioration du roulement des patients en ciblant et en signalant les engorgements ou les inefficacités.

3.8 Formation des professionnels de la santé

Une culture de changement est nécessaire à la transformation réussie des systèmes de santé. Il est essentiel d'enseigner aux professionnels qui travaillent actuellement au sein de nos systèmes de santé les techniques qui permettront d'améliorer le roulement et de diminuer les temps d'attente. L'amélioration des processus est toujours en cours dans nos systèmes. Il nous faut investir dans la formation afin de bâtir une collectivité de soutien et d'expertise sur les plans individuel et organisationnel. La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) a mis sur pied un tel programme d'éducation, intitulé «Réduction de l'attente par des processus intégrés de services» (RAPIDS)³². Le programme donne une formation par la combinaison de formation sur place et de manière isolée, d'apprentissage sur le Web, d'intervention en établissement et d'une rencontre en personne des membres et des diplômés, ainsi que la création d'un réseau visant à maintenir le soutien. Le programme est destiné aux chefs de file cliniques, aux gestionnaires, aux dirigeantes infirmières, aux administrateurs et à tous ceux qui jouent un rôle important dans les soins cliniques exigeant un service rapide et peut être offert dans les deux langues officielles.

3.9 Conclusion

De nombreux défis doivent être relevés afin de réduire les temps d'attente et d'améliorer l'accès aux soins de santé au Canada. Des exemples provenant de partout au pays et dans le monde montrent qu'il est possible de diminuer de façon considérable les temps d'attente. Les Canadiens pourraient avoir accès la journée même aux soins de santé primaires, accès à des consultations avec des médecins spécialistes en une ou deux semaines et n'auraient presque pas à attendre pour subir des tests ou des interventions chirurgicales.

³² Rapport 1 : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), *Réduction de l'attente par des processus intégrés de services (RAPIDS)*

Chapitre 3 : Gestion et innovation dans les systèmes de santé

Recommandations

4. Qu'un réseau national de champions des temps d'attente (un pour chaque province) soit créé, lequel serait chargé de mener l'élaboration et la promulgation de pratiques exemplaires au sein des systèmes de santé provinciaux.
5. Dans la foulée de la recommandation précédente, qu'on établisse la capacité provinciale de coordonner les temps d'attente, dans les régions sanitaires et les grandes institutions.
6. Que la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé mette en place un programme d'éducation continu et multidisciplinaire à l'intention des professionnels de la santé, pour que ces derniers acquièrent des compétences dans la gestion des listes d'attente et du leadership, et qu'elle le dispense suffisamment longtemps pour que les professionnels de la santé puissent adopter des pratiques exemplaires commerciales et industrielles; et
7. Que les provinces et les territoires adoptent des pratiques exemplaires relatives aux temps d'attente, notamment les suivantes :
 - le recours à une seule liste d'attente commune;
 - une méthode permettant d'aiguiller les patients vers un service spécialisé qui accorde la priorité aux patients selon le degré d'acuité et offre le premier créneau disponible pour une intervention;
 - l'application des théories des files d'attente pour modifier les processus actuels;
 - la gestion des cas novatrice;
 - les soins axés sur le travail d'équipe;
 - la pertinence;
 - les programmes de préadaptation servant à garantir l'aptitude du patient à subir une intervention chirurgicale.

Chapitre 4 : Technologie de l'information (TI)

La mise au point et la mise en application des technologies de l'information et des communications sont la pierre angulaire qui garantit la qualité des soins de santé. Dans les systèmes de santé, l'importance de la technologie est attribuable au fait qu'elle permet aux fournisseurs de soins de santé de communiquer facilement et avec précision des renseignements cruciaux sur les patients. « Des renseignements précis doivent être disponibles pour que les patients aient des choix et reçoivent des soins de santé qui leur conviennent au moment opportun [...] pour que les professionnels de la santé aient facilement accès, de manière sûre, aux renseignements concernant les patients, partout et chaque fois que cela est nécessaire. »³³ Pour que les patients et les professionnels puissent prendre connaissance des renseignements pertinents au moment opportun, les administrations fédérale, provinciales et territoriales, par l'entremise d'Inforoute Santé du Canada Inc., travaillent de concert à la mise en place d'une infostructure pancanadienne de santé qui permettra à toutes les personnes qui en ont besoin d'avoir facilement accès à ces renseignements.

Comme nous l'avons indiqué au chapitre 3, les nouvelles pratiques commerciales et les mesures novatrices peuvent avoir une incidence importante lorsqu'elles sont appliquées aux systèmes de santé. « Le système de santé canadien a souvent traîné derrière d'autres pays le temps venu d'adopter une nouvelle technologie de l'information et des initiatives de gestion de l'information. »³⁴ Le recours accru à la technologie peut contribuer à l'amélioration des services dans les hôpitaux, les cliniques et à domicile, grâce à l'utilisation d'outils comme : les registres informatisés des patients, les bases de données interconnectées des médicaments, les résultats des tests de diagnostic et les dossiers de santé électroniques, qui permettent tous aux patients et aux fournisseurs de soins dans le secteur de la santé d'avoir accès aux renseignements nécessaires.

Le présent chapitre vise à aborder les solutions en matière de TI et à formuler des recommandations à cet égard afin d'accélérer l'accès aux soins de santé. Il renferme également une description de certains outils de TI et des prochaines étapes en voie d'être élaborées avec l'aide d'Inforoute Santé du Canada Inc. À mon avis, il s'agit d'investissements nécessaires aux fins de la transformation des systèmes de santé au Canada.

4.1 État actuel de l'infostructure canadienne de santé

En septembre 2000, les premiers ministres ont convenu «de travailler de concert au renforcement de l'infostructure de santé d'un bout à l'autre du pays afin d'améliorer la qualité, l'accès et le caractère opportun des soins de santé pour les Canadiens »³⁵. En conséquence, Inforoute Santé du Canada Inc. (Inforoute) a été mise en place en 2001 pour que « la technologie de l'information atteigne à l'avenir l'état souhaité en ce qui concerne le système de santé canadien »³⁶. Depuis 2004-2005, et depuis la

³³ Ministère de la santé, *Putting People at the Heart of Public Services: The NHS Improvement Plan*, (gouvernement de l'Angleterre : Londres, 2004), p.68

³⁴ Groupe de travail Deux, *Une stratégie en matière d'effectifs médicaux pour le Canada*, p. 1.

³⁵ Med-Emerg Inc., *Discussion Paper on Infrastructure and Technology* pour « Une stratégie en matière d'effectifs médicaux pour le Canada : Groupe de travail Deux », 21 septembre 2005.

³⁶ Idem.

mise en œuvre d'Inforoute en 2001, 105 projets ont été lancés dans tous les secteurs d'investissement (infostructure, registres, imagerie diagnostique, systèmes de renseignements sur les médicaments, systèmes de renseignements sur les laboratoires, télémédecine, surveillance médicale, dossiers de santé électroniques interoperables, innovation et adoption)³⁷.

Par « infostructure de santé », on entend :

[...] l'élaboration et l'adoption de systèmes modernes de technologies de l'information et des communications (TIC) dans le système de santé du Canada. Ces systèmes permettraient aux Canadiennes et aux Canadiens (la population en général, les patients et les soignants, les fournisseurs de soins de santé ainsi que les gestionnaires, les responsables des politiques et les chercheurs du secteur de la santé) de prendre des décisions éclairées à l'égard de leur propre santé, de la santé des autres et du système de santé au Canada³⁸.

Une infostructure résulte de la combinaison d'outils technologiques et de renseignements fournis par les patients et les praticiens qui forment une base de connaissances éclairant les décisions prises par tous les intervenants du système de santé. L'élaboration et l'utilisation soutenues de cette structure d'information auront un effet bénéfique pour le système de santé en général et permettront l'accès à une vaste gamme d'outils aux fins de la résolution des problèmes liés aux temps d'attente.

Chaque province en soit est à une étape différente de la mise en œuvre de son programme de technologie de l'information, mais il y a des caractéristiques communes qui sont les suivantes :

- régionalisation;
- création de dossiers de santé électroniques;
- numérisation du processus de collecte des données relatives aux patients, tant en milieu hospitalier que dans une institution extra-hospitalière;
- automation des cabinets des médecins et place centrale du patient dans le système de santé;
- dans certains secteurs, s'assurer que tous les médecins ont des systèmes informatiques compatibles avec les dossiers de santé électroniques provinciaux; et
- d'autres personnes se concentrent sur l'établissement de registres et autres systèmes déterminants.

4.2 Scénario des professionnels de la santé

Pour illustrer l'importance de la technologie de l'information et le rôle qu'elle peut jouer pour réduire les temps d'attente, Inforoute a décrit le scénario de Betty Smith³⁹, s'étendant sur une période de treize mois, depuis son premier rendez-vous avec son médecin de famille jusqu'à son opération visant à la soulager d'une douleur à la hanche. Le scénario montre qu'à chacune des étapes des soins

³⁷ Inforoute Santé du Canada Inc.

³⁸ Santé Canada, « Système de soins de santé : Infostructure canadienne de la santé » : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/ehealth-esante/infostructure/index_f.html, 27 mars 2006.

³⁹ Inforoute Santé du Canada Inc., *Réduire les temps d'attente par la technologie de l'information*, p. 14-15.

prodigués à Betty, la gestion et la technologie de l'information sont des éléments cruciaux de la présentation de données précises et courantes sur son état. Il n'est pas difficile d'imaginer comment Betty vit cette expérience ou de comprendre ses doutes concernant la communication, dans les délais les plus brefs, de la bonne information dans les mains de la bonne personne ou au bon endroit.

Les professionnels de la santé qui prodiguent des soins aux patients ont les mêmes préoccupations. Un médecin de famille peut voir un patient, peut-être à maintes reprises, ajoutant à chaque consultation des notes manuscrites au dossier de ce dernier classé à la main dans le bureau local. Des tests de diagnostic sont demandés et une réceptionniste fixe les rendez-vous. L'envoi des résultats des examens par la poste ou par courriel au cabinet du médecin constitue peut-être la seule indication que le patient a bel et bien subi des examens. Les résultats des tests sont manuellement consignés sur la demande d'examen et transmis par la poste, par messenger, et quelquefois par télécopieur, au cabinet du médecin, où ils seront peut-être déposés dans des corbeilles d'arrivée ou versées dans des chemises en attendant que le médecin ait la possibilité de les examiner et de prendre d'autres mesures.

Dans le même ordre d'idées, l'aiguillage d'un patient vers un spécialiste se fera par téléphone et sera confié aux réceptionnistes. Le médecin de famille peut dicter ou rédiger un brouillon de lettre, qui sera dactylographiée ou envoyée par la poste ou par télécopieur. La grande majorité des médecins ne communiquent pas par courriel dans leur pratique. Des retards peuvent survenir et se produisent bel et bien; il se peut que des appels ne soient faits que le lendemain matin ou ne soient retournés qu'un jour ou deux plus tard. Les résultats des tests de diagnostic ou des consultations peuvent être renvoyés lentement au cabinet du médecin ou peuvent être perdus ou retardés. Étant donné que le patient consulte un ou plusieurs spécialistes, il se peut que le médecin de famille soit complètement dissocié des soins qui lui sont prodigués et qu'il reçoive beaucoup plus tard le compte rendu du spécialiste. Pendant ce temps, le médecin de famille s'occupe d'autres personnes dont les besoins et les circonstances sont uniques. Le soin de transmettre les renseignements d'une personne ou d'un endroit à l'autre peut être confié à bon nombre de personnes qui utilisent à cette fin diverses méthodes de communication sur papier, ce qui peut donner lieu à des erreurs ou s'avérer inefficace.

4.3 Questions actuelles dans le domaine de la technologie de l'information

Soins prodigués dans les hôpitaux et dans les cabinets des médecins

Un peu partout au Canada, les provinces concluent des ententes et prennent des initiatives en vue de la mise en application de solutions technologiques dans le système de santé. Ces efforts ont permis de répondre aux besoins, à la fois en ce qui a trait aux soins actifs et aux soins communautaires. À l'heure actuelle, des registres et des bases de données contenant des renseignements sur l'imagerie diagnostique, les produits pharmaceutiques et les temps d'attente sont surtout disponibles dans le contexte des soins actifs. Toutefois, dans leur cabinet, les médecins de famille ou généralistes doivent également être branchés à ce système afin de se tenir au courant des soins donnés par le spécialiste.

Connectivité

Les professionnels qui prodiguent des soins actifs (d'ordinaire dans les hôpitaux secondaires et tertiaires) et ceux qui dispensent des soins primaires doivent être en mesure d'avoir accès aux renseignements concernant l'état de santé des patients. En collaboration avec Inforoute, les provinces et les territoires tentent de répondre à ce besoin en élaborant et en mettant en place des dossiers

médicaux électroniques (DME). Signalons que le dossier médical électronique est celui qui est conservé dans le cabinet du médecin et dans lequel sont dûment consignés tous les examens demandés, les résultats reçus, les médicaments prescrits, les consultations au cabinet et d'autres renseignements individuels propres au médecin. La mise au point simultanée de cette capacité garantira qu'il n'y aura aucune lacune statistique et que les fournisseurs faisant partie du système de santé utiliseront les renseignements se rapportant aux patients afin d'accroître l'efficacité des continuums de soins.

Selon le rapport sur les effectifs médicaux du Groupe de travail Deux, les médecins qui traitent un patient ont tendance à utiliser la technologie avant tout aux fins d'exécution de fonctions administratives plutôt que cliniques⁴⁰. L'Association médicale canadienne (AMC) a laissé entendre que, même si les médecins ont plus souvent recours à la technologie que bon nombre de personnes le prévoyaient, les DME ne sont pas utilisés au maximum au Canada⁴¹. Seulement 14 % des médecins canadiens se servent à l'heure actuelle des DME, et seulement 3% de ces utilisateurs s'en servent uniquement pour avoir accès aux renseignements concernant les patients. Les dossiers des patients se trouvent encore plus souvent sur papier et on suppose que ce sera ainsi jusqu'à ce que «tous les fournisseurs adoptent des systèmes de données interopérables permettant d'avoir accès à un DSE et de l'étoffer»⁴². Le dossier de santé électronique (DSE) est le dossier à l'échelle du système faisant état des interventions dont une personne a fait l'objet, des consultations de médecin, des soins médicaux découlant des consultations, des séjours à l'hôpital et d'autres activités se rapportant au système de santé provincial.

Consentement éclairé

On doit tenir compte à l'étape de l'élaboration du DSE du problème du consentement éclairé pour ce qui est de la collecte et du stockage des renseignements concernant les patients. Grâce aux progrès de la gestion et de la technologie de l'information, les médecins peuvent être mieux renseignés sur les antécédents en matière de santé des patients, leurs traitements courants et la progression des maladies ou de leur état. Cela garantit également que les patients sont en mesure d'obtenir l'information nécessaire pour faire des choix éclairés au sujet des soins de santé qui leur sont prodigués et des soins auto-administrés.

Veiller à ce que les patients et les médecins aient un accès complet à l'ensemble de données leur permet de prendre des décisions et de faire des choix éclairés en ce qui concerne le traitement de la maladie du patient. Cette connaissance et cette compréhension accrues permettront au patient de consentir de façon éclairée aux décisions en matière de traitement ou aux mesures de prévention suggérées par son médecin, qui à son tour aura une influence directe sur les résultats de santé.

⁴⁰ Le Groupe de travail Deux (formé en 2003) est une initiative conjointe des gouvernements et des organismes professionnels visant l'élaboration d'une stratégie pancanadienne en matière d'effectifs médicaux. Il assure le suivi du Groupe de travail Un (formé en 1998 par le Forum médical canadien), qui s'est penché sur la question de la pénurie de médecins au Canada.

⁴¹ Rapport de l'AMC

⁴² Groupe de travail Deux, p. 11.

Confidentialité

La confidentialité de l'information sur la santé est une question importante dans la gestion des temps d'attente – une question qui touche des renseignements en matière de santé qui sont identifiables. Une infrastructure de santé électronique qui est conforme à la législation relative à la protection de la vie privée adoptée dans l'ensemble du pays (p. ex. règlements différents en vue de la gestion du consentement). La solution au problème des temps d'attente vise à établir le fondement de cette infrastructure, et non à réinventer la roue.

4.4 Outils technologiques

L'adoption de systèmes de santé électroniques est une priorité absolue dans tous les secteurs de compétence en matière de santé. Pour chaque secteur de compétence, la principale question devant être résolue est la suivante : comment pouvons-nous accélérer la mise en place, à l'échelle provinciale, d'un système de santé électronique? La TI offre des solutions qui étayent les infrastructures des systèmes fondés sur des outils de TI. Voici un inventaire de certains de ces outils essentiels :

Télésanté

Les initiatives de télésanté sont un élément du cadre de santé électronique⁴³ actuellement mis en œuvre un peu partout au Canada. La télésanté⁴⁴ est définie comme la prestation de services et de renseignements en matière de santé par l'entremise des technologies de télécommunications. Par « utilisation clinique des technologies de la télésanté », on entend :

- la transmission d'images médicales à des fins de diagnostic;
- des groupes ou des personnes mettant en commun des services de santé ou de la formation par vidéoconférence;
- la transmission de données médicales à des fins de diagnostic ou de gestion des maladies; et
- la prestation de conseils téléphoniques sur la santé.

Au nombre des utilisations non cliniques des technologies de la télésanté, mentionnons :

- la formation à distance, notamment l'enseignement médical continu, les séances scientifiques et l'enseignement aux patients;
- les utilisations administratives, notamment les réunions des participants aux réseaux de télésanté, la supervision et les présentations; et
- la recherche.

⁴³ Dans le *Journal of Medical Internet Research*, la télésanté est définie comme suit : « nouveau domaine où se recoupent l'informatique médicale, la santé publique et les affaires d'intérêt public, se rapportant aux services et aux renseignements en matière de santé fournis ou améliorés grâce à l'Internet et aux technologies connexes. Au sens plus large, ce terme s'applique non seulement à un développement technique mais également à un état d'esprit, un mode de pensée, une attitude et un engagement envers une pensée globale, réseautée, en vue de l'amélioration des soins de santé à l'échelon local, régional et planétaire grâce à l'utilisation de la technologie de l'information et des communications. »

⁴⁴ Définition de la télésanté fournie par Wikipedia : <http://en.wikipedia.org/wiki/Telehealth>

Dossier médical électronique (DME)

Comme il est mentionné précédemment, on trouve à l'heure actuelle des DME dans certaines cliniques et cabinets de médecins qui sont informatisés. Ces dossiers sont semblables aux DSE mais ils ont une moins grande portée définie en fonction de la contribution du médecin aux soins dispensés au patient. Le DME peut documenter le DSE et être lié au DSE afin de fournir des renseignements plus exhaustifs concernant le fournisseur ou le patient.

Dossier de santé électronique (DSE)

L'un des principaux outils de la mise en œuvre de la télésanté est le dossier de santé électronique (DES), qui est conçu pour faciliter la diffusion des données dans l'ensemble du continuum de soins, des organismes de prestation des soins de santé et des secteurs géographiques. Ce dossier électronique est un dossier privé et sécuritaire faisant état de tous les soins, épisodiques et chronologiques, reçus dans le système. Les fournisseurs de soins de santé et les patients ont accès à ce dossier n'importe où, n'importe quand, au besoin. Un DSE est également un outil important pour réduire les erreurs médicales évitables en garantissant que le praticien a toute l'information disponible au moment de la prise de décision et en augmentant la sécurité du patient du fait de l'accès rapide à ces renseignements.

En général et en résumé, les avantages du DSE dans le cadre du système de santé sont les suivants :

- faciliter l'accès aux renseignements intégrés concernant les patients;
- réduire les examens et les prescriptions en double;
- réduire le nombre d'appels des pharmaciens aux médecins concernant les prescriptions;
- réduire les coûts des déplacements des patients et des fournisseurs;
- améliorer la gestion des vaccins; et
- améliorer la gestion de l'information, entraînant une réduction des coûts.

Les dossiers de santé électroniques peuvent jouer un rôle significatif dans la réduction des temps d'attente. « Essentiellement, le DSE augmentera la productivité grâce aux économies réalisées et à la coordination des soins à un niveau qu'il serait difficile, sinon impossible, d'atteindre s'il n'y avait pas la technologie. »⁴⁵

Les dossiers de santé électroniques ne sont pas seulement utilisés dans le cabinet du médecin. Les hôpitaux peuvent enrichir et utiliser l'information versée aux DSE. Toutefois, comme l'AMC l'a souligné : « seulement 25 % des hôpitaux canadiens sont en mesure de saisir électroniquement les ordonnances de médicaments, seulement 15 % ont des systèmes électroniques de gestion des images servant à des diagnostics et seulement 36 % utilisent des dossiers électroniques à l'heure actuelle⁴⁶. »

⁴⁵ D^r Mark Dermer, D^r Bob Burns et Catarina Versavel, *End User Acceptance Strategy*. Présentation donnée le 1^{er} février 2006 à l'Association médicale canadienne, Ottawa (Ontario).

⁴⁶ TkMC, 2005

Registres

De plus en plus de fournisseurs de soins de santé délaissent les systèmes fondés sur du papier pour se tourner vers des systèmes électroniques afin de stocker des renseignements pertinents sur les patients dans des bases de données construites en vue d'analyses approfondies de l'information qu'elles renferment. Ces bases de données sont connues sous le nom de registres des listes d'attente⁴⁷ et fournissent de précieux renseignements, tant aux patients qu'aux fournisseurs. Ces données sur le patient permettront de déterminer l'urgence et d'autres détails pertinents et ayant un rapport avec les soins donnés au patient. Essentiellement, le registre des listes d'attente est la liste des patients qui sont en attente d'une intervention ou d'un acte médical en particulier. Les listes de ce genre sont d'ordinaire sur papier mais ce support offre aux fournisseurs de soins une capacité limitée d'analyser ou de comparer l'information recueillie.

« Les systèmes traditionnels de collecte et de stockage des données sur papier ne soutiennent plus de façon efficace et efficiente depuis longtemps les services de santé. Par conséquent, bon nombre d'omnipraticiens et d'hôpitaux tiennent désormais une sorte de dossier personnel pouvant être diffusé à l'interne. »⁴⁸ Cette capacité de diffuser l'information, à la fois à l'interne *et* à l'externe, est une avancée significative de la technologie.

Sites Web sur les temps d'attente⁴⁹

Afin de fournir plus de renseignements aux patients et aux fournisseurs, bon nombre de provinces, ont mis en place des sites Web sur les temps d'attente⁵⁰. Ces sites Web contiennent divers niveaux de détail sur la longueur des listes d'attente pour diverses chirurgies et interventions médicale, depuis la chirurgie cardiaque jusqu'à la radiothérapie contre le cancer.

Certains sites Web sur les temps d'attente offrent une vaste gamme de renseignements, notamment le temps d'attente moyen pour certaines chirurgies ou interventions particulières et ce, à l'échelon de la province. Certains sites renferment des données sur les résultats pour ce qui est des chirurgiens qui autorisent leurs patients à établir des comparaisons entre leur médecin et les praticiens des provinces. En ayant accès à ces renseignements, un patient peut demander à être traité à un autre endroit ou à consulter un autre médecin afin de réduire son temps d'attente.

4.5 Inforoute Santé du Canada Inc.

Inforoute Santé du Canada Inc. est un organisme indépendant, sans but lucratif, qui travaille en partenariat avec le secteur public. Son rôle consiste à investir dans des systèmes d'information sur la

⁴⁷ Global Tiger Systems Solutions Inc., *Surgical Waiting List Registries and Waiting List Initiatives in Canada*. Préparé pour l'Unité des soins actifs et de la technologie, Division de la qualité des soins, de la technologie et des produits pharmaceutiques, Direction générale de la politique de la santé et des communications, Santé Canada, 18 novembre 2005, p. 3.

⁴⁸ Ministère de la santé, *Putting People at the Heart of Public Services: The NHS Improvement Plan*, (Gouvernement de l'Angleterre : Londres, 2004), p. 68.

⁴⁹ Conseil canadien de la santé. *Note d'information : points de repère pour les temps d'attente* (2005) – Annexe D : Sites Web provinciaux sur les temps d'attente

⁵⁰ Fait référence à l'annexe D : Sites Web provinciaux sur les temps d'attentes

santé compatibles qui rendent plus sécuritaires et plus efficaces les soins de santé, à les mettre en place et à les réutiliser. Parmi les membres, mentionnons 14 représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, et le conseil est composé de tous les ministres de la Santé. Jusqu'à présent, Inforoute a financé plus d'une centaine de projets, qui ont été soit menés à terme, soit en voie d'exécution, dans tous les secteurs de compétence. Ces activités assurent la « prestation aux Canadiens de solutions de santé électroniques – de solutions qui ont une valeur tangible du point de vue des patients, des fournisseurs et du système de santé »⁵¹.

À ce jour, Inforoute a touché 1,2 milliard de dollars au titre de la mise au point de systèmes d'information en matière de santé, entre autres les DSE, la télésanté et les systèmes de surveillance électronique de la santé. En date du 31 mars 2005, Inforoute a approuvé l'octroi de 321 millions de dollars pour des projets d'investissement. Il prévoit autoriser l'octroi de la somme additionnelle de 325 millions de dollars en 2005-2006, ce qui permettrait d'atteindre le total cumulatif estimé de 646 millions de dollars au chapitre des projets approuvés.

La mission permanente d'Inforoute est d'élaborer une infrastructure de santé électronique d'un bout à l'autre du pays afin de permettre aux fournisseurs pertinents d'accéder plus facilement aux renseignements concernant les patients, au bon endroit et au bon moment, et son exécution nécessitera des investissements à la fois par les administrations fédérale et provinciales.

Analyse des solutions aux temps d'attentes d'Inforoute Santé du Canada Inc.

Pour comprendre parfaitement les répercussions de la mise en place d'un système de gestion efficace des temps d'attente au Canada, j'ai demandé aux responsables d'Inforoute Santé du Canada de mener une analyse de l'état actuel de la technologie dans le système de santé canadien. Leur analyse est jointe au présent rapport (rapport 2 : Inforoute Santé du Canada : *Addressing Wait Times with Information Technology*).

Au Canada, diverses initiatives ont été adoptées afin de réduire les temps d'attente, depuis la diffusion sur Internet des temps d'attente pour certaines interventions chirurgicales ou diagnostiques jusqu'aux investissements plus ciblés qui accroîtront la capacité et remanieront les processus du système de santé. Les technologies de l'information et des communications ont prouvé leur valeur dans le cadre d'un bon nombre d'efforts déployés par Inforoute Santé du Canada Inc. jusqu'à présent et deviendront de plus en plus essentielles pour soutenir les cliniciens qui offrent aux Canadiens un accès opportun et équitable à des soins de santé de qualité.

L'utilisation des technologies de l'information et des communications procurera les avantages qui suivent du point de vue de l'accès, de la qualité et de la productivité.

Accès

- **Appuyer la prestation de soins en temps opportun** – des solutions visant à améliorer les processus d'aiguillage et de planification de même que la gestion générale des cas aideront les intervenants à réduire la période globale qui sépare la détermination des besoins et le traitement; et

⁵¹ Inforoute Santé du Canada Inc., plan d'affaires 2005-2006, *Tirer parti de nos réussites*. Toronto : Inforoute Santé du Canada Inc., 2005.

- **Appuyer la répartition équitable des soins** – des solutions en vue de prioriser l'utilisation des ressources aideront à assurer que les soins sont prodigués de façon appropriée en fonction des besoins.

Qualité

- **Améliorer la pertinence des soins** – l'évaluation normalisée et la priorisation des temps d'attente aideront les intervenants à s'assurer que la période d'attente est acceptable pour le patient; et
- **Améliorer l'efficacité des soins** – l'accès plus rapide aux médecins, aux spécialistes, aux tests de diagnostic, aux interventions chirurgicales, de même qu'aux services postérieurs aux soins permettront d'améliorer les résultats en matière de santé et d'atténuer la pression exercée sur le système.

Productivité

- **Améliorer la productivité du fournisseur** – la technologie de l'information exercera une incidence sur la productivité des intervenants de diverses manières, allant de la facilitation de l'accès aux renseignements à la réalisation d'économies (p. ex. réduction des appels, des examens en double);
- **Utiliser plus efficacement les ressources** – des solutions aux problèmes de planification aideront les gestionnaires à optimiser l'utilisation des rares ressources humaines et matérielles; et
- **Améliorer la coordination des soins** – la gestion des cas permettra à une équipe virtuelle d'intervenants de coordonner plus facilement la réalisation fructueuse du programme de traitement d'un patient.

Pour mieux gérer les temps d'attente, nous devons investir dans les systèmes de gestion de l'aiguillage, de planification, de gestion des cas, de surveillance des temps d'attente et de déclaration, le registre des établissements, les dossiers médicaux électroniques des médecins et les technologies qui permettraient aux patients d'avoir accès à un portail Web.

Les coûts des technologies continueront de croître au fil des ans. Nous devons éviter de prendre du retard dans la mise en application des solutions mettant en cause de la TI dans le domaine des soins de santé. Les systèmes de TI futurs miseront sur le travail déjà effectué dans le cadre de projets financés par Inforoute Santé du Canada Inc. ou le gouvernement qui ont déjà été mis en œuvre un peu partout au Canada. La période de temps prévue pour la mise en application des systèmes proposés associés à la gestion des temps d'attente varie entre trois et six ans. Je suggère que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux continuent à collaborer à des initiatives provinciales et pancanadiennes de technologie et de gestion de l'information pour tirer pleinement parti des avantages découlant de cette technologie. S'ils ne le font pas, ils mettront en danger les soins aux patients de même que nos systèmes de santé.

4.6 Conclusion

La mise en place d'une infrastructure électronique des dossiers de santé est un outil essentiel pour l'élaboration future des outils de gestion des temps d'attente. Les systèmes de gestion des temps d'attente en voie d'être mis au point dans les provinces et les territoires constituent un premier pas et tireraient profit de la fonctionnalité qu'offre Inforoute. L'analyse menée par les responsables

d'Inforoute indique comment nous devons nous y prendre pour mettre en place, dans l'ensemble du pays, un système de dossiers de santé électroniques interopérables d'ici 2009. Qui plus est, la technologie recommandée aux fins de gestion des temps d'attente peut être mise en application en même temps que les DSE, ce qui signifie que lorsque les systèmes de gestion des temps d'attente pourront être exploités en direct, des données seront disponibles pour les appuyer. Même si l'adoption de solutions technologiques se fait lentement, à la fois du point de vue des systèmes et du point de vue des utilisateurs finaux, tous les secteurs de compétence doivent faire des efforts pour réduire au minimum les retards. Plus vite cette technologie sera utilisée, plus vite la gestion des listes d'attente et des soins des patients en général s'en trouvera améliorée.

Chapitre 4 : Technologie de l'information (TI) Recommandations

8. Que le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux accélèrent le rythme de mise en œuvre de la technologie pancanadienne de l'information en santé au moyen d'Inforoute Santé du Canada Inc. (Inforoute).
9. Qu'Inforoute :
 - crée les outils proposés pour réduire les temps d'attente;
 - continue l'élaboration du dossier de santé électronique en suivant un plan et un échéancier approuvés par les gouvernements FPT; et
10. Que l'élaboration des systèmes d'information de santé de TI au Canada s'accompagne d'un programme d'éducation du public pour garantir aux Canadiens la confidentialité de l'information.

Chapitre 5 : Rôles et responsabilités des professionnels

Dans les chapitres précédents, j'ai fait un certain nombre de recommandations sur la façon de s'y prendre pour réduire considérablement les temps d'attente dans les systèmes de santé. Jusqu'à présent, ces recommandations appartiennent à l'une ou l'autre des deux principales catégories qui suivent. Vient en premier lieu la recherche qui nous aidera à comprendre l'effet des points repères et leur utilité dans les systèmes de santé. La recherche qui porte sur les systèmes de santé nous permettra d'améliorer de façon constante notre capacité d'aider les patients à franchir avec aisance les diverses étapes du système de santé. En second lieu, nous trouvons les techniques de gestion et les innovations, dont la technologie de l'information, pouvant régler les problèmes persistants des systèmes que nous ont légués des générations de praticiens et de gestionnaires.

Je suis d'avis que le problème des temps d'attente ne se résume pas seulement au fait « qu'on nous force à attendre » ou « qu'on fasse attendre les autres ». Il s'agit d'un problème d'orientation du système de même que des processus et de la machinerie à l'appui de ce dernier. Depuis de nombreuses années, nos systèmes de santé ont subi des pressions en vue de s'adapter aux nombreux objectifs, intérêts et besoins divergents des professionnels et des administrateurs. Les problèmes liés aux temps d'attente pourraient être réglés si nous étions en mesure de réorienter le système de sorte que notre attention et la résolution des problèmes soient centrées sur le patient.

Le problème des temps d'attente est un problème systémique nécessitant une solution systémique. Qui plus est, les mesures particulières s'inscrivant dans le cadre de cette solution doivent être appuyées par un changement général de culture au sein du système de santé et parmi les professionnels de ce secteur. En l'absence d'un mouvement de transformation des attitudes, des hypothèses et des modèles de comportement des leaders, des gestionnaires et des fournisseurs de soins, les mesures concrètes ont peu de chances d'être fructueuses.

Dans le présent chapitre, la discussion porte essentiellement sur les rôles et responsabilités des professionnels de la santé, illustrés en majeure partie dans l'analyse des tâches des médecins dans nos systèmes de santé actuels. La plupart de mes propos témoignent de ma propre expérience dans le domaine de la médecine, de celle que j'ai acquise en travaillant dans des établissements de santé de diverses tailles et, plus tard, en qualité de directeur de ceux-ci, et des discussions que j'ai eues récemment avec d'autres administrateurs, des médecins et des collègues provinciaux.

En ce qui a trait aux temps d'attente, il est important de signaler que les médecins, quel que soit le domaine dans lequel ils exercent leur profession, ne représentent qu'un seul groupe parmi de nombreux professionnels de la santé différents qui interviennent dans l'univers des soins de santé. D'autres groupes, y compris, mais non exclusivement, celui des infirmières, des aides-soignants, des techniciens de bon nombre de disciplines, des administrateurs et des gestionnaires, et un nombre de plus en plus grand de travailleurs sociaux et de thérapeutes, jouent des rôles importants dans le continuum des soins de santé modernes. Ces professionnels structurent et fournissent des soins dans l'ensemble des établissements, dans les secteurs des soins actifs et à l'extérieur de ceux-ci, à domicile, dans les cabinets et dans les collectivités. Nous aurions tous de la difficulté à désigner quel membre de l'équipe des soins de santé pourrait être mis de côté sans que l'équipe ou le patient n'en souffre.

5.1 Rôle unique des médecins dans les systèmes de santé

La plupart des Canadiens estiment qu'en qualité de patients, ou de membres de la famille ou d'amis de patients, ils ont de justes raisons de témoigner de la reconnaissance aux médecins, aux chirurgiens, aux médecins de famille, aux spécialistes et aux chercheurs médicaux, pour le dévouement et la compassion dont ces professionnels font preuve envers les personnes qu'ils soignent. Bon nombre de Canadiens pourraient vraisemblablement raconter une anecdote faisant valoir qu'eux-mêmes, un enfant ou un membre de la famille, ont fait l'objet d'un examen consciencieux de la part d'un médecin ou ont reçu les conseils de ce dernier pour faire face à un problème médical ou s'orienter dans le dédale de l'infrastructure médicale, ou ont profité d'une intervention ou du soutien accordé aux Canadiens par notre système de santé. Je crois que la plupart des Canadiens sont du même avis, tout comme moi. J'ai eu l'occasion d'être témoin de ce sentiment de reconnaissance souvent exprimé et moi-même et mes collègues sommes fiers de l'estime dont jouissent les médecins au Canada.

Tous les professionnels de la santé ont des rôles et des responsabilités propres à leur profession. Ce qui est unique dans le cas des médecins et des chirurgiens et, par conséquent, ce qu'il importe d'aborder directement, c'est le degré d'influence qu'ils sont en mesure d'exercer sur les systèmes de santé. Cela s'explique soit par leur capacité de contrôler les systèmes de santé (processus, organisation et économies), soit par le façonnement subi dans la force collective, la participation individuelle et la coopération ou le manque de celle-ci. Il s'agit en outre d'une conséquence de leur indépendance relative. D'autres professionnels ou fournisseurs de soins sont des employés du système ou des contractuels, tandis que les médecins sont le plus souvent des travailleurs autonomes, pouvant s'inspirer d'un modèle d'entreprise pour le travail, et ils sont d'ordinaire rémunérés à l'acte.

Médecins en tant que « protecteurs »

Les médecins sont connus pour être les « protecteurs » des patients et des soins dispensés à ces derniers. C'est une caractéristique à la fois des traditions des soins médicaux antérieurs à l'élaboration des importants systèmes de santé et des processus et de l'administration des établissements qui ont toujours été axés sur le rôle des médecins en tant que décideurs. En leur qualité de protecteurs, les médecins ont la capacité de diriger les soins donnés aux patients et de faire en sorte qu'un patient accède à l'étape suivante du système de santé. C'est le médecin qui décide si des diagnostics seront posés, si des prescriptions seront données, si des interventions médicales et chirurgicales seront exécutées et ainsi de suite. De plus, les médecins jouissent de la liberté accordée aux professionnels indépendants de dresser leur emploi du temps et de structurer leurs activités professionnelles.

La plupart des médecins touchent des fonds publics suivant un barème négocié par les gouvernements provinciaux et les associations médicales provinciales. En dépit de certaines modifications apportées au cours des dernières décennies au profil d'emploi des médecins, ces derniers ayant de plus en plus souvent choisi d'être rémunérés en fonction du rendement (dans une structure parallèle en vertu de laquelle les fonds sont versés aux autorités sanitaires, cliniques ou hôpitaux de la région), le modèle de rémunération à l'acte continue de prédominer. De surcroît, les organisations de médecins, les associations médicales et les sociétés de spécialistes continuent de témoigner de l'organisation autonome des tâches du médecin. Les associations médicales s'en tiennent souvent aux valeurs des entreprises indépendantes et à l'autonomie clinique dans les rapports exclusifs avec les patients. La

plupart des médecins ne «travaillent pas pour l'hôpital ». La plupart ont conclu avec l'établissement une entente contractuelle ou commerciale qui décrit la responsabilité du médecin et de l'établissement. Le rapport qu'entretient le médecin avec l'établissement est le plus souvent défini dans les règlements touchant le personnel médical, qui tiennent compte des «règles d'engagement » du médecin envers l'autorité régionale de santé ou l'hôpital. Il est rare qu'une entente soit conclue qui oblige le médecin à fournir un niveau de service défini en fonction du volume, de la qualité ou de l'efficience. La plupart des médecins et des spécialistes ayant une clientèle privée ne sont pas obligés de collaborer aux processus de changement au niveau de l'établissement ou de se plier aux modifications procédurales que d'autres ont adoptées.

En raison de leur autonomie et du rôle qu'ils jouent en ce qui a trait à la détermination des soins donnés aux patients, les médecins se trouvent dans une position avantageuse pour soutenir les modifications au système ou s'y opposer. Il est impérieux qu'ils s'engagent bel et bien dans les transformations du système qui permettront aux patients d'avoir un meilleur accès aux soins.

Dans bien des provinces et des établissements de santé, les médecins collaborent déjà aux vastes processus de changement; leurs efforts étant essentiellement axés sur la résolution du problème des temps d'attente. Toutes les provinces sans exception ont fait des progrès remarquables en ce qui a trait à la réduction des temps d'attente sans que les leaders cliniques se fassent les défenseurs des normes de service améliorées, des économies accrues et de l'intervention significative des médecins compatissants. Toutefois, ces leaders cliniques ne peuvent pas à eux seuls effectuer ces changements et ne peuvent garantir qu'ils poursuivront leurs efforts sans l'appui du système dont ils font partie. Selon mon expérience, les forces de changement sont rarement aussi puissantes que celles qui s'opposent au changement. Tous les participants au système de santé ont le devoir de promouvoir les transformations apportées qui rehaussent la qualité des soins.

5.2 Organisations de médecins

Les organisations réunissant des médecins et les organismes de réglementation professionnels sont souvent représentés au sein des processus de changement du système de santé, en participant aux discussions dans la localité, la région, la province et au pays. Les associations médicales font connaître les objectifs, les désirs et les intérêts des médecins qui en sont membres. Les institutions provinciales comme les collèges des médecins et chirurgiens ont été fondées conformément aux lois provinciales qui protègent les intérêts de la population en ce qui a trait à l'octroi des permis, à l'établissement de normes concernant l'exercice de la médecine et à la prise de mesures disciplinaires. Les collèges prennent rarement part aux consultations proactives associées aux modifications au système et ont souvent l'occasion de jouer le rôle imposé par la loi en réponse à des modifications qui ont été apportées au système sans qu'ils aient été consultés.

Signalons également l'existence d'une communauté d'intérêts professionnels, associé à la formation des médecins, depuis le premier cycle jusqu'à la sous-spécialité. Cette communauté d'intérêts est étroitement liée aux centres médicaux universitaires et à une équipe de chercheurs cliniques, de scientifiques de la santé et d'enseignants. Les enseignants et les chercheurs en médecine exposent un point de vue différent en ce qui concerne la conception et l'analyse des systèmes de santé.

Les modifications que je suggère d'apporter au système de santé peuvent améliorer l'efficacité de toutes les composantes de ce dernier. Cela est particulièrement vrai dans le cas des recommandations dont il est fait état au chapitre précédent concernant l'importance et l'incidence de la technologie de l'information dans le système de santé. La planification des changements, le processus soutenant les modifications et garantissant qu'elles répondent aux besoins existants, doit être fondée sur les conseils de la collectivité médicale. Non seulement nous devons et désirons connaître le point de vue des associations dirigées par des médecins, mais nous devons également prendre connaissance de l'opinion des groupes responsables de l'éthique professionnelle des médecins et de leur formation.

5.3 Normes professionnelles à l'appui du changement

C'est à dessein qu'on utilise l'expression « transformation du système ». Les modifications proposées dans la version définitive du présent rapport ne sont pas seulement nécessairement, mais doivent être mises en application instamment et dans tout le système de but. Elles nécessiteront une planification attentive, une exécution soignée de même que la coopération et la participation de bon nombre de professionnels de la santé, y compris, mais non exclusivement, des médecins, des infirmières, des statisticiens, des administrateurs et des gestionnaires. Le succès viendra si on arrive à convaincre les cliniciens d'adopter de nouveaux rôles et de nouvelles responsabilités. Le problème des temps d'attente est pressant et, compte tenu de son caractère urgent, de nouvelles normes de comportement professionnel doivent être élaborées et soutenues à plus long terme. Les modifications qu'on prévoit apporter aux modes d'activité professionnelle nécessiteront l'élaboration et la mise en application de normes d'éthique professionnelle qui devront faire l'objet d'une surveillance de la part des collègues des médecins et chirurgiens et être promulguées par ces derniers.

5.4 Efforts éducatifs visant à perpétuer le changement

La capacité du Canada en matière d'éducation médicale est mise à l'épreuve par bon nombre de nouveaux facteurs qui voient le jour quotidiennement. Au nombre des nouvelles demandes, mentionnons l'évolution des conditions, des données démographiques, des technologies et des attentes des étudiants. Les attentes de la population et des politiciens évoluent également et sont présentées dans les médias, souvent sous un jour négatif. Toutes les écoles canadiennes de médecine ont récemment élargi les effectifs de leurs classes en vue d'accroître le nombre de diplômés et de programmes de formation de médecins de famille et de spécialistes qui y sont associés. Par conséquent, les systèmes de santé canadiens, notamment le volet de l'infrastructure de l'éducation, doivent s'assurer que l'enseignement médical met l'accent sur les objectifs du programme et les valeurs de la société qui vont de pair avec cette exigence. L'accès en temps opportun, les soins efficaces de grande qualité et l'équité doivent être des éléments intrinsèques de nos systèmes de prestation. Les médecins diplômés des écoles canadiennes de médecine doivent prévoir et respecter l'existence, à l'échelle du réseau, de normes auxquelles les Canadiens souscrivent et qui, s'attendent-ils, seront mises en application par les leaders, les praticiens et les employés de leurs systèmes de santé.

5.5 Questions de compétence

La relation médecin-patient est importante aux yeux des médecins tout comme aux yeux des patients. Pour nombre d'entre eux, il s'agit d'un facteur primordial dans leur expérience des soins de santé – servant de principal fondement de la compréhension et de la confiance.

La relation médecin-patient varie déjà considérablement. Les anesthésistes ne voient d'ordinaire les patients qu'avant ou que durant l'opération et les radiologistes font d'habitude partie du personnel affecté aux services et travaillent soit dans des hôpitaux, soit dans des cliniques. Dans bien des programmes spécialisés, comme les soins aux personnes atteintes de cancer, la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie, les médecins sont affectés à des patients au point d'entrée dans le système. C'est ce qu'on appelle les soins axés sur les services. Dans ces cliniques, les médecins sont des membres à part égale de l'équipe et fournissent des services en collaboration.

En raison de la mise en application des principes des « soins axés sur les services » et du « premier créneau disponible », il se peut qu'un patient ne voie le chirurgien qui l'opère que durant l'opération en question. Les patients ne doivent avoir aucun doute quant à la compétence du médecin qui leur prodiguera des soins. C'est donc aux écoles de médecine de veiller à ce que les collèges des médecins et chirurgiens de chaque province, les régies régionales de la santé et les hôpitaux fassent en sorte que les normes régissant l'éducation médicale, l'exercice de la médecine et les omissions professionnelles garantissent, dans tous les cas, la prestation de soins par des médecins aptes et compétents.

5.6 Définition des rôles

La question de la définition des rôles des professionnels a été abordée au chapitre 3. Dans le présent chapitre, je n'ai plus qu'à souligner que l'élaboration du champ d'exercice de la profession et de la définition des compétences et de la formation nécessaire à la prise de la responsabilité professionnelle nécessite des efforts prolongés et rigoureux. Les rôles professionnels de même que tous leurs attributs : éducation, octroi de permis, réglementation, tests de compétence, règlements sur le travail, grilles de rémunération et transférabilité, permettent de structurer les activités et d'assurer la sécurité des patients. D'autre part, ils peuvent être à l'origine de guerres intestines et de cloisonnements professionnels pouvant entraver ou réprimer l'innovation.

Pour assurer un meilleur accès, nous pouvons notamment faire en sorte que tous les professionnels accomplissent le plein cadre de leurs fonctions. Cela permettrait en bout de ligne de libérer des ressources à plusieurs niveaux qui pourraient être consacrées à la résolution des problèmes de gestion des listes d'attente grâce à l'accroissement du volume et à l'innovation.

5.7 Conclusion

Bon nombre des modifications proposées en l'occurrence peuvent transformer radicalement notre expérience des soins médicaux en tant que Canadiens et patients. Ces recommandations peuvent non seulement réduire le temps d'attente prévu avant que les patients ne reçoivent les soins médicaux nécessaires, mais également influencer sur les rapports établis à toutes les étapes du processus.

Chapitre 5 : Rôles et responsabilités des professionnels

Recommandations

11. Que les gouvernements FPT mettent en branle une vaste opération pour recueillir l'opinion des membres des communautés médicales relative à la transformation du système de santé et à la planification à long terme. On pourrait charger le Forum médical canadien de jouer ce rôle à l'échelon national, les provinces et territoires créant des outils comparables à l'échelon local afin d'obtenir un équilibre des influences lorsque l'avis des médecins est jugé important.
12. Que les collèges des médecins et chirurgiens provinciaux établissent des normes professionnelles et déontologiques et mettent en place des moyens pour surveiller la pratique professionnelle en ce qui a trait à la gestion des temps d'attente par les médecins dans les systèmes de santé provinciaux. La Fédération des ordres des médecins du Canada pourrait superviser ce travail.
13. Que les facultés de médecine des universités canadiennes, dirigées par l'Association des facultés de médecine du Canada, élaborent des programmes d'études pour appuyer la transformation des systèmes de santé et répondre aux nouvelles attentes relatives aux compétences que les médecins devront posséder pour travailler au sein de ces systèmes.
14. Que les gouvernements FPT créent des initiatives relatives aux ressources humaines en santé, initiatives visant à redéfinir le rôle clinique des professionnels, afin de permettre aux professionnels de la santé d'exploiter leur plein potentiel et de proposer des innovations économiques et viables en matière de soins de santé.

Chapitre 6 : Questions supplémentaires

Il est rapidement devenu évident, au cours de l'examen des temps d'attente au Canada, que plusieurs points précis dont il fallait tenir compte ne faisaient pas officiellement partie de mon mandat. Chacun de ces points a une incidence sur la compréhension des temps d'attente, ainsi qu'une certaine importance à l'égard des systèmes de santé en général. Je les aborde dans le cadre du présent rapport final tant pour souligner le travail que d'autres ont déjà fait sur ces sujets que pour susciter un débat FPT et faire en sorte que ces éléments d'analyse puissent être intégrés à l'étude des temps d'attente au Canada. Il s'agit des éléments suivants :

- les temps d'attente auxquels les enfants doivent faire face;
- la capacité en cas de crise;
- les ressources humaines en santé;
- l'analyse comparative entre les sexes;
- les maladies autrefois négligées;
- les autres priorités à l'échelle provinciale.

Un bref examen de chacun de ces éléments suit. Dans les cas où on a effectué des travaux précis sur ces sujets, un rapport est fourni en annexe. Diverses personnes et divers groupes continuent, dans l'ensemble du pays, d'aborder ces questions. Je tiens à les remercier d'avoir contribué au présent rapport.

6.1 Temps d'attente des enfants

On ne parle pas des enfants malades dans le *Plan décennal pour consolider les soins de santé* des premiers ministres. On peut dire que les cinq secteurs prioritaires définis par les premiers ministres n'excluent pas de façon explicite les enfants ou leur problème de santé, mais, de façon générale, on convient que les cinq secteurs correspondent à des problèmes le plus souvent associés aux adultes.

L'expérience montre que de nombreux Canadiens présumant spontanément que les enfants reçoivent des soins en priorité. Cette façon de voir découle de notre bon sens et de nos valeurs communes, mais le fait est que les hôpitaux et les services de soins de santé pour les enfants ne profitent pas de ressources financières plus importantes que les établissements qui offrent des soins aux adultes. De plus, les défenseurs des soins de santé pour les enfants sont souvent des parents qui consacrent leur temps et leur attention à prendre soin de leur enfant. Il en découle que la société en général doit assumer la responsabilité morale – la charge de confiance – de s'occuper des délais auxquels font face les enfants en attente d'une intervention clinique ou chirurgicale. Le présent rapport constitue une occasion de s'assurer que les Canadiens comprennent cette nécessité.

À l'automne 2005, j'ai discuté avec les représentants de la National Child and Youth Health Coalition (NCYHC) des recherches effectuées par la coalition sur les objectifs en matière d'accès des enfants en ce qui a trait aux interventions chirurgicales. La décision qui a alors été prise est que la NCYHC continue de définir des objectifs en matière d'accès pour certains problèmes de santé importants, à partir des données disponibles à ce moment.

Heureusement, le travail de la NCYHC était suffisamment avancé pour qu'on puisse procéder rapidement à une vaste consultation auprès des directeurs et des gestionnaires des services cliniques ou de chirurgie des hôpitaux pour enfants et des centres de santé du Canada. On a défini des objectifs en matière d'accès à partir des définitions utilisées en Ontario des temps d'attente en pédiatrie, en tant que modèle, et comme base pour les débats et l'obtention d'un consensus. Le résumé du rapport de la NCYHC et environ 350 objectifs en matière d'accès dans neuf sous-spécialités sont présentés en annexe⁵².

J'aimerais formuler quelques commentaires afin d'augmenter les chances que les temps d'attente auxquels les enfants font face soient intégrés aux débats sur les temps d'attente au Canada et que, par conséquent, cette question puisse être réglée avec autant de succès.

Les délais dans les soins prévus, ou les longs temps d'attente de soins vitaux, peuvent constituer un problème tant pour les adultes que pour les enfants. Cependant, une différence importante est que la croissance et le développement des enfants est rapide. Pour certains problèmes de santé, la possibilité d'une intervention clinique ou chirurgicale n'existe que pendant une période très courte – la fenêtre s'ouvre et se referme rapidement. Rater cette occasion revient à ne pas obtenir les meilleurs résultats possibles à long terme. Évidemment, des effets sociaux, psychologiques et relatifs à l'éducation sont aussi liés à la maladie, à l'hospitalisation et à l'impossibilité pour l'enfant de participer au véritable processus de croissance. Le fait de ne pas pouvoir progresser en même temps que sa cohorte peut avoir des répercussions à long terme sur la vie d'un enfant.

J'espère que le fait d'aborder cette question incitera les gouvernements FPT à l'intégrer aux débats en cours. J'attire votre attention sur le travail de la NCYHC, et j'espère qu'il constituera un fondement solide pour les discussions entre les gouvernements provinciaux et leurs centres de soins de santé pour enfants.

6.2 Capacité en cas de crise

Ce point a été abordé souvent au cours des débats sur les temps d'attente. Toutes les provinces planifient des services de soins de santé de base pour leurs citoyens, qui vont des services de soins de santé primaires aux services tertiaires. Il demeure toutefois qu'au cours de certaines périodes, les systèmes locaux connaissent une augmentation brusque des besoins ou de la demande, qui met en jeu la capacité de ces systèmes de répondre rapidement aux besoins pressants. Il y a un désir, et on pourrait même dire un besoin, d'établir pour ces situations un mécanisme permettant d'utiliser les capacités supplémentaires disponibles à l'extérieur de la région ou à l'extérieur de la province. Tantôt cette capacité existe, tantôt elle n'existe pas.

Le besoin de trouver un moyen de répondre à une augmentation rapide de la demande n'est pas nouveau, et il ne s'agit pas du seul résultat de notre préoccupation actuelle au sujet des temps d'attente. On en parle depuis de nombreuses années au Canada. Il y a toujours eu des circonstances dans lesquelles les provinces, les régions où les hôpitaux ont fait appel les uns aux autres pour obtenir

⁵² Voir le rapport 3 : National Child and Youth Health Coalition, *National Paediatric Surgical Wait Times Strategy: Access Targets* (« Stratégie nationale sur les temps d'attente de chirurgie chez les enfants : objectifs en matière d'accès »)

de l'aide en raison d'un débit important de soins à donner ou de la nécessité de types de soins particuliers.

Nous devons renforcer notre capacité d'anticiper et de quantifier les besoins prévus et imprévus en matière de soins de santé. Dans le cadre du présent rapport, mon intention est de contribuer à définir les modalités et à mettre en lumière les éventuelles questions entourant la capacité en cas de crise, de façon à ce que les études et les collaborations ultérieures sur ce sujet puissent faire avancer les choses.

L'expression «capacité en cas de crise » n'a pas été souvent utilisée dans le vocabulaire des soins de santé au Canada avant les événements liés au syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), qui se sont produits à Toronto (Ontario) en 2001. Après la publication du rapport du Comité consultatif sur le SRAS et la santé publique (2003)⁵³ et la création de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), l'expression est devenue plus familière, et on l'a surtout utilisée pour décrire la capacité d'intervention de première ligne en cas d'urgence, y compris la formation d'équipes spéciales, dont les membres proviennent des divers secteurs de programme ou niveaux d'administration. On a aussi utilisé l'expression pour faire référence au personnel nécessaire pour remplacer les experts et les cliniciens qui travaillent à faire des essais en laboratoire, à gérer et à analyser des données, à élaborer des politiques ainsi que dans le domaine de la préparation et de la gestion des urgences.

Prenons, par exemple, les circonstances hypothétiques d'une augmentation rapide de la demande et d'un volume extraordinaire de cas exigeant l'accès au système de santé. Il pourrait s'agir d'une catastrophe naturelle ou d'origine humaine, comme une tempête ou l'explosion d'une raffinerie. Des circonstances moins spectaculaires pourraient entraîner un très grand volume de cas à traiter dans le système en conséquence d'un événement imprévu, par exemple, la saison de la grippe ou les divers traumatismes liés à une période prolongée de conditions météorologiques difficiles. Une augmentation rapide de la demande peut aussi se produire lorsque les ressources humaines dont on a besoin ne sont pas disponibles. Un chirurgien qui prend sa retraite dans un établissement qui en compte trois chirurgiens peut véritablement faire augmenter les temps d'attente jusqu'à ce qu'on trouve quelqu'un pour le remplacer.

À l'opposé, des augmentations rapides de l'activité et de la demande peuvent être une conséquence d'événements prévus, comme le besoin d'augmenter l'offre de services (p. ex. dans le cas de la chirurgie de la cataracte, pour raccourcir les listes d'attente de patients qui attendent depuis longtemps). L'urgence d'une fluctuation prévue du niveau d'activités, ou la perception de celle-ci, peut être influencée par un large éventail de facteurs cliniques, économiques et politiques, pour n'en nommer que quelques-uns.

Une autre circonstance peut découler d'un volume de cas insuffisant dans une région sanitaire précise, ce qui donne lieu à une concentration des soins correspondants dans une région géographique, d'une part, et dans une région où les capacités et l'expertise sont meilleures, d'autre part. La relation entre le volume et la qualité des soins a fait l'objet de recherches approfondies, surtout en ce qui a trait aux services très fréquentés et ayant recours à de l'équipement de haute technologie. Bref, plus on prodigue de soins, meilleurs sont ces derniers. Cela force à élargir la définition et le concept de capacité en cas de crise. La concentration des services, peu importe le type, exige la gestion et

⁵³ D^r David Naylor, président, Leçons de la crise du SRAS: Renouveau de la santé publique au Canada. Rapport du Comité consultatif sur le SRAS et la santé publique. (Ottawa : octobre 2003).

l'établissement d'un processus pour les centres spécialisés, si on veut obtenir la capacité spécialisée en question.

On peut imaginer d'autres possibilités d'augmentation de la demande, notamment une «course» à l'obtention de services de la part de la population, en raison de la peur ou de l'hystérie, comme la multiplication des demandes de vaccination ou en fait, tout scénario dans lequel les personnes font augmenter la demande d'accès au système de santé d'une façon inhabituelle, que cela soit prévu ou non. D'une manière ou d'une autre, on doit invariablement faire face à deux défis, qui sont les suivants :

- être en mesure de faire face à l'augmentation accrue de l'activité; et
- assurer l'équilibre du système de santé malgré les répercussions à court terme et à long terme de l'intensification des activités.

Évidemment, cela a une incidence directe et mesurable sur les services planifiés et ainsi, sur les temps d'attente.

Le Tableau 1 constitue un essai de catégorisation de l'augmentation rapide de la demande en deux grandes catégories : les services planifiés et les services non planifiés.

Tableau 6.1 : Capacité en cas de crise

| | Portée | Nature | Responsabilité échelonnée |
|-------------------------|--|---|---|
| Volumes de cas imprévus | 1.1 Catastrophe | D'origine naturelle | Locale; provinciale; services environnementaux; ASPC |
| | | D'origine humaine | Locale; provinciale; services environnementaux; ASPC; services militaires |
| | 1.2 Pas une catastrophe (peut entrer dans la catégorie 1.1 en fonction de l'ampleur et de l'intensité) | Infectieuse | Locale et provinciale Laboratoires de santé ± Laboratoire de Santé publique (Winnipeg) |
| | | Traumatique | Locale; provinciale; interprovinciale |
| | | Toxique | Locale; provinciale; interprovinciale; services environnementaux |
| | | Hystérie dans la population | Locale, provinciale ± ASPC |
| Volume de cas prévus | Provinciale | Listes d'attente | Locale et provinciale ± interprovinciale |
| | Interprovinciale (on présume par l'intermédiaire d'accords) | Centres d'aiguillage interprovinciaux spécialisés | Provinciale; interprovinciale |

Pour les besoins du présent rapport, on utilise la définition fonctionnelle suivante : la capacité en cas de crise est la capacité du système de santé de répondre aux besoins d'accès, tant prévus qu'imprévus. Sans égard à la cause de l'augmentation de la demande, les problèmes et les défis liés aux demandes d'accès supplémentaires ont des conséquences tant pour les patients que pour les fournisseurs de soins, ainsi que pour les personnes touchées par les répercussions accessoires de l'augmentation de la demande.

Les Canadiens ont déjà eu à faire face aux problèmes liés à l'organisation des services de santé de façon à répondre à un besoin précis pour lequel le volume est insuffisant pour justifier un programme de soins spécialisé. Dans l'Ouest canadien, on a créé le « Child Cardiac Care Consortium » pour tirer parti de l'augmentation du volume et d'une pratique collaborative rendues possible par le regroupement de quatre provinces de l'Ouest, et on a ainsi connu beaucoup de succès tant au chapitre de la gestion que des résultats cliniques.

Concentrer l'expertise et la capacité de cette façon exige qu'on définisse des ententes de services spéciales. La capacité de gérer des activités planifiées et des services ayant recours à la haute technologie exerce une pression différente sur le système du fait de fournir la capacité de services non planifiés, comme en cas de traumatismes. Pour que les centres d'aiguillage spécialisés puissent être en mesure de gérer le volume, on doit intégrer la capacité d'aiguillage dans le système au préalable.

Des exemples de services regroupés dans les provinces sont présentés dans les tableaux suivants : services provinciaux (tableau 6.2) et services interprovinciaux (tableau 6.3).

Tableau 6. 2 : Services regroupés provinciaux*

| |
|---|
| Transplantation de reins |
| Services de traumatologie |
| Services de chirurgie neuro-vasculaire et cardiovasculaire |
| Certains services de traitement des cancers (p. ex. la radiothérapie) |

*Il s'agit d'exemple et non d'une liste exhaustive.

Tableau 6.3 : Services regroupés interprovinciaux*

| |
|---|
| Cœur et transplantation du cœur et des poumons |
| Chirurgie cardiovasculaire chez les enfants |
| Transplantation de moelle osseuse |
| Oxygénation par membrane extracorporelle chez les nouveau-nés présentant une insuffisance pondérale |
| Oxygénothérapie hyperbare dans les cas de sepsie anaérobie, d'intoxication oxycarbonée, et d'accident de plongeur |

*Il s'agit d'exemples et non d'une liste exhaustive.

Les critères qui s'appliquent le mieux à la création de services regroupés à l'extérieur d'une province sont les suivants : 1) une offre de services très fréquentés ou ayant recours à la haute technologie, avec 2) la combinaison d'une demande d'infrastructure très coûteuse et 3) du personnel hautement qualifié. L'avantage associé à la concentration des services provinciaux est qu'on peut ainsi regrouper les coûts d'infrastructure, ainsi que l'expertise du personnel, ce qui offre l'avantage supplémentaire

d'un environnement favorisant la qualité de la formation et de la recherche. Le désavantage du regroupement des services est le fait que les patients doivent se déplacer et que les familles sont séparées de ceux-ci ou doivent voyager.

Le fait d'être responsable de la prestation des services engendre pour les provinces l'obligation de fournir un accès à des services tant prévus que d'urgence, par l'intermédiaire de leurs régions et de leurs établissements de santé. Des accords interprovinciaux deviennent nécessaires lorsque les services sont partagés ou regroupés.

De façon à pouvoir centraliser l'aiguillage vers des services tertiaires ou quaternaires, on a besoin d'une base de données fiable pour déterminer la demande en services. À partir des renseignements tirés de cette base de données, les services regroupés peuvent être organisés de manière à permettre l'équilibre entre les taux de prestation de service et d'arrivée, sans quoi des listes d'attente se forment, que ce soit au sein des services spécialisés ou au sein des services d'aiguillage. Les modèles de simulation sont utiles pour faire correspondre l'offre et la demande. Les données utilisées pour ces modèles proviennent des régions régionales de la santé et de l'ICIS.

Les renseignements tirés du recensement ainsi que les données démographiques dont on a besoin pour la planification à long terme sont fournis par Statistique Canada. L'établissement de liens entre des données régionales et un ensemble de données de sondage lié à la santé et d'instruments fournis par Statistique Canada constitue une occasion très intéressante d'obtenir un nouvel aperçu de la santé de la population, ainsi que des interventions réalisées.

Différentes capacités en cas de crise exigent différentes démarches, qui sont présentées ci-après.

- En ce qui a trait au fait de former une réflexion et des stratégies éclairées en cas d'augmentation rapide et imprévue de la demande, nous pouvons en apprendre beaucoup des démarches qui existent pour faire face aux urgences et aux catastrophes, et favoriser une meilleure coordination et intégration de ces services.
- Au sujet des listes d'attente, on doit envisager de prévoir des ressources temporaires et supplémentaires, tout en s'assurant de maintenir l'équilibre entre l'offre et la demande, nécessaire à la stabilité.
- Dans le cas des services d'aiguillage spécialisés, on doit rationaliser les volumes prévus et s'en servir comme base pour des ententes de service, les centres recevant les patients qu'on leur a recommandés augmentant leur capacité de façon suffisante pour ne pas compromettre leurs activités et le débit de services réguliers.
- Pour répondre à l'augmentation rapide et imprévue de la demande, il est possible de créer une capacité de réserve, mais cela est coûteux et souvent difficile à réaliser. Des formations diversifiées permettent en partie de gérer les crises. Toutefois, pour faire face à l'augmentation rapide de la demande et à l'intensification prévue de l'activité, on doit avoir recours de façon beaucoup plus importante à des plans intégrant des techniques de gestion industrielles.

Je prie les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux d'envisager les possibilités offertes par la planification d'ententes pour assurer la capacité en cas de crise. Il y aura des circonstances au cours desquelles on ne pourra pas répondre aux besoins et à la demande de façon sécuritaire et rapide, et près de chez soi en même temps. Les services de soins de santé provinciaux et territoriaux ont acquis

diverses expériences et expertises leur permettant de répondre aux besoins de populations différentes, et dont les problèmes de santé sont différents. Il est possible de mettre cette capacité au service de tous les Canadiens.

Il serait utile aux Canadiens qu'on examine de plus près cette possibilité, comme moyen de répondre à l'augmentation prévue ou imprévue des besoins. Toutes les régions du Canada font l'expérience de changements dans les besoins et dans la capacité qu'on n'a pas encore gérés. La capacité des provinces et territoires d'examiner l'ensemble des besoins non comblés et de collaborer de façon proactive permettra de créer un réseau de systèmes de santé qui soient mieux protégés des défaillances. Il serait sage pour les régions «naturelles» du Canada (l'Ouest, l'Atlantique, le Québec et l'Ontario) de collaborer pour examiner leurs besoins au chapitre de la capacité clinique ou de la chirurgie, et de mettre au point des mécanismes novateurs pour répondre aux besoins qui ne sont pas encore comblés. Le gouvernement fédéral pourrait appuyer cet effort en investissant, à l'échelle provinciale, dans la définition des besoins et des capacités d'intervention grâce auxquelles on s'oblige à répondre à ces besoins. Cette initiative se prête très bien à quatre projets pilotes régionaux. Évidemment, il est nécessaire qu'il y ait collaboration entre les provinces et territoires d'une région, mais il serait à l'avantage des Canadiens que ces quatre régions collaborent aussi au niveau supérieur, et planifient une synergie interrégionale. La constitution du Canada précise que ce sont les provinces qui sont responsables de gérer la prestation des soins de santé à l'intérieur de leurs frontières, mais cela n'empêche pas les provinces de créer ensemble des capacités complémentaires.

6.3 Ressources humaines en santé

On dit souvent que les personnes sont le principal atout du système de santé canadien. Ces « personnes » sont en fait de très nombreux professionnels, paraprofessionnels, gestionnaires et décideurs travaillant dans des milieux différents et au sein de systèmes complexes. Cependant, les rapports réguliers montrent que la population et les professionnels du milieu sont préoccupés par la fiabilité de la main-d'œuvre du domaine de la santé au Canada. Les pénuries d'anesthésiologistes, de médecins de famille, de psychiatres, d'infirmières et d'autres professionnels de la santé préoccupent la population, et causent parfois des délais de traitement importants.

Comme d'autres questions abordées dans le présent chapitre de mon rapport final, les ressources humaines en santé (RHS) ne font pas partie des questions que j'avais le mandat d'aborder. Les questions liées aux RHS sont importantes. Elles ont trait aux temps d'attente et à d'autres sujets encore. La gestion des RHS comprend les changements dans la façon dont les professions de la santé sont perçues, la capacité de recrutement, les nouveaux défis sur le plan de l'enseignement, la répartition en fonction des besoins, la sécurité sur le lieu de travail et, évidemment, le volume, c.-à-d. le nombre de fournisseurs de soins de santé sur place et leur disponibilité au moment où on a besoin d'eux. La liste est longue.

Il est important que les ministères de la santé, les régions sanitaires et la population soient au courant des initiatives qu'on entreprend au pays pour aborder certaines des questions liées aux ressources humaines en santé. Les fonctionnaires de Santé Canada à qui on a attribué cette tâche, et qui travaillent en collaboration avec les provinces pour réaliser leur mandat, ont préparé un rapport

décrivant les initiatives actuelles de collaboration à l'échelle nationale. Le rapport sur la Stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines en santé est présenté en annexe⁵⁴.

6.4 Analyse comparative entre les sexes

Dans le domaine des soins de santé, comme dans de nombreux autres domaines importants sur le plan social, nos efforts pour progresser et effectuer un bon travail nous poussent parfois à escamoter la période de planification. Nous nous apercevons à un moment donné que d'importantes considérations font défaut aux plans et aux solutions que nous avons élaborés, et que la compréhension aurait permis d'élaborer de meilleurs plans, programmes ou services.

Cette idée s'applique particulièrement à l'outil stratégique qu'est l'analyse comparative entre les sexes (ACS). Pendant très longtemps, nous avons planifié nos programmes et élaboré nos plans de soins sans tenir compte de la différence entre les hommes et les femmes, les garçons et les filles. Ce n'est réellement qu'au cours des quelques dernières dizaines d'années qu'on a donné de l'importance à ces questions et qu'on a souligné l'urgence, dans le cadre des processus de planification, d'évaluation et de soins, d'examiner et de comprendre ces différences et leur incidence sur les systèmes de santé et les soins aux patients.

L'analyse comparative entre les sexes est aussi pertinente pour les questions des temps d'attente qu'elle l'est pour les autres questions relatives aux soins de santé. On n'exécute pas bien le travail si on néglige de comprendre les résultats différentiels obtenus auprès des différents groupes de population.

L'analyse comparative entre les sexes ne se limite pas à compter le nombre de femmes et d'hommes, de garçons et de filles ayant reçu des services pour s'assurer que le nombre est à peu près égal. Il s'agit de comprendre ce qui se cache derrière les chiffres, avant et après l'élaboration et la mise en place des programmes, pour comprendre les effets liés tant au sexe qu'au statut social responsables de l'échec des programmes et des soins qui n'ont pas fait l'objet d'une analyse préalable en ce sens. L'ACS est un secteur d'activités qui nous permet de nous assurer que des soins appropriés et de haute qualité sont disponibles pour l'ensemble des hommes et des femmes, des garçons et des filles.

Les processus de définition de points de repère, d'objectifs en matière d'accès et d'indicateurs liés aux temps d'attente ont surtout porté sur les questions liées à la manière d'augmenter l'efficacité et l'efficacités du système de santé pour réaliser ces objectifs. Ce qui n'a pas été abordé au cours des débats et des recherches, c'est l'effet différentiel que peut avoir la maladie, et même l'effet d'attendre pour obtenir un traitement, sur les hommes et les femmes.

De façon à pouvoir inclure ce thème dans le rapport final, on a conclu un partenariat avec le Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé, qui a accepté de permettre qu'on reproduise l'intégralité de son rapport sur les différentes répercussions des temps d'attente chez les deux sexes en annexe. J'espère ainsi que les Canadiens pourront avoir une meilleure idée de ce qu'est l'analyse comparée entre les sexes dans une perspective générale, et la manière dont celle-ci peut transformer la

⁵⁴ Voir le rapport 4 : Stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines en santé.

façon dont les questions liées au système de santé sont examinées. Vous trouverez le rapport du Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé en annexe⁵⁵.

6.5 Maladies autrefois négligées

L'expression «maladies autrefois négligées» a fait son apparition au Canada dans les débats sur les temps d'attente. L'expression fait appel à l'intuition et s'applique aux maladies qui n'étaient pas reconnues ou qui ne faisaient pas partie des «priorités», soit les cinq secteurs de préoccupation pour lesquelles des points de repère ont été définis. Contrairement aux «cinq interventions importantes», les remplacements articulaires, les interventions cardiaques, le traitement des cancers, la restauration de la vue et l'imagerie diagnostique, ces maladies et problèmes de santé, bien qu'importants, n'ont pas fait partie de la première «catégorie prioritaire». Ce dont on a peur, et ce qui est dangereux, c'est que les cinq problèmes de santé qui ont occupé toute la place dans les ententes établies au cours de la réunion des premiers ministres détourneront l'attention, les ressources et la technologie nécessaires ailleurs, laissant les «maladies autrefois négligées» dans l'ombre, sinon de façon permanente, du moins temporairement. Cette question a été soulevée tant par le public que par les professionnels de la santé dans un sondage Ipsos-Reid à l'automne 2005, dont l'un des résultats est que «deux (Canadiens) sur trois sont préoccupés par le fait que respecter les délais d'attente prévus dans les cinq secteurs prioritaires se fera aux dépens des autres services de soins de santé»⁵⁶.

Je dois souligner que, dans le cadre des activités quotidiennes dans le domaine des soins de santé, il y a toujours une possibilité qu'un besoin réel soit présent ou qu'une perception d'un besoin soit présente. On entend souvent dire, et quelquefois c'est juste, qu'on accorde pas suffisamment d'attention à tel ou tel problème de santé, ou que tel problème pourrait être traité de façon efficace si seulement un autre service, médicament ou établissement existait. C'est cette réalité qui a poussé les responsables des systèmes de santé des provinces à examiner les faits pour déterminer quelles sont ou quelles devraient être les priorités, quelles interventions sont réellement efficaces et lesquelles ne le sont pas, quels programmes structurés pour une petite population ou pour une grande population peuvent être le plus profitable aux personnes et à la société. En tant que cliniciens et gestionnaires, nous examinons les faits qui nous permettront de prendre des décisions que nous sommes en mesure de défendre.

Cependant, les préoccupations au sujet des «maladies autrefois négligées» sont fondées. Il n'est pas approprié que notre système de santé soit axé sur des secteurs limités et que les autres soient négligés. Il est important de consacrer des ressources au raccourcissement des temps d'attente dans le cas d'interventions où on a actuellement affaire à des temps d'attente inquiétants, mais il est aussi important de s'assurer que les autres maladies et problèmes de santé ne sont pas les prochains à voir les temps d'attente augmenter. On doit prendre soin de transformer le système de manière à ce que les économies se fassent sentir dans *l'ensemble* de nos systèmes de santé, mais non dans les cinq seuls

⁵⁵ Voir le rapport 5 : Comité coordonnateur des femmes et la réforme en santé : *Gender Based Analysis and Wait Times Report: New Questions, New Knowledge* (« Rapport sur l'analyse comparative entre les sexes et les temps d'attente : de nouvelles questions, de nouvelles connaissances »)

⁵⁶ Ipsos-Reid. *Canadian Views on Wait Time Benchmarkds and Care Guarantees. Présentation à l'Association médicale canadienne*, 6 octobre 2005.

secteurs pour lesquels les points de repère ont été définis. Le succès dans un secteur ne devrait pas être obtenu aux dépens des autres.

La recherche opérationnelle continue (abordée au chapitre 2) entreprise par les IRSC porterait sur l'effet que l'établissement de points de repère dans les secteurs spécifiques peut avoir sur les autres secteurs du système. L'information provenant de ces recherches peut servir à donner forme aux processus de définition de points de repère et de recherche.

6.6 Autres priorités à l'échelle provinciale et territoriale

Les Canadiens doivent aussi être conscients du fait que la question des temps d'attente a une importance différente pour les provinces et territoires. Ces dernières, les régies régionales de la santé et les établissements apprennent les uns des autres au sujet des pratiques exemplaires du milieu et de la meilleure utilisation possible de la technologie et des systèmes d'information. Ces connaissances serviront à établir de nouvelles normes d'efficacité, ainsi qu'à définir des temps d'attente acceptables et des résultats satisfaisants.

Toutefois, mis à part le travail de planification des provinces et territoires en ce qui a trait aux temps d'attente, chacune d'entre elles a un ensemble de priorités en matière de programme qui peut ne pas être touché par ce travail de planification. Bon nombre de ces priorités sont définies chaque année dans les discours du Trône des provinces/territoires et sont financées dans les budgets provinciaux/territoriaux. Les priorités vont des programmes d'intervention (un bon exemple serait l'intervention auprès des personnes qui prennent de la méthamphétamine en cristaux) aux programmes de traitement des problèmes de santé chroniques à différentes étapes de leur progression (un bon exemple d'une initiative à long terme serait le traitement du diabète). Les provinces et territoires doivent équilibrer leur système de santé en fonction des questions qui préoccupent la population à l'échelle nationale et des questions qui occupent le cœur et les pensées des citoyens des villes et des villages. Le travail accompli par les décideurs en matière de soins de santé présente des défis uniques.

6.7 Conclusion

Même s'ils ne font pas expressément partie de mon mandat, j'espère que mes commentaires sur les quelques questions de plus que j'ai abordées et qui continueront de nous préoccuper pendant que nous travailleront à réduire les temps d'attente au Canada seront utiles et apporteront des précisions.

Chapitre 6 : Questions supplémentaires
Recommandations

15. Que les gouvernements provinciaux et territoriaux accordent de l'attention aux objectifs en matière d'accès fixés par la National Youth and Child Health Coalition et consultent, au besoin, les dirigeants des cliniques pédiatriques pour étudier la possibilité de viser ces mêmes objectifs. Je recommande en outre que les troubles médicaux qui touchent les enfants soient dès le début inclus à ceux qui touchent les adultes la prochaine fois qu'on définira des points de repère et ce, pour faire en sorte que les besoins des enfants qui sont sensibles au temps soient comblés de manière équitable.
16. Que les gouvernements FPT chargent un groupe d'experts d'étudier la nécessité et la possibilité de mettre sur pied une capacité en cas de crise par l'intermédiaire de centres d'excellence régionaux.
17. Qu'on adopte, dans la recherche continue relative aux temps d'attente, une méthode d'analyse comparative entre les sexes afin de garantir que la question des différences entre les sexes est étudiée en profondeur.

Chapitre 7 : Éducation du public

Le système de santé financé par les deniers publics est d'une importance capitale pour l'ensemble des Canadiens. Au cours de l'exécution de mon mandat, il m'est apparu clair que si nous devons transformer le système pour placer le patient au cœur des services de santé, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent s'assurer de la participation importante et continue des Canadiens. Cela suppose de sensibiliser les Canadiens au sujet des systèmes de santé, et de leur fonctionnement

Dans bon nombre de recommandations, je propose des modifications importantes du système, qui touchent la façon dont les systèmes de santé s'organisent, gèrent leurs activités et ont recours à des moyens modernes pour fournir des soins, et la façon dont les patients se rapportent aux fournisseurs de soins. On ne peut espérer le soutien des Canadiens que si on s'assure qu'ils participent et qu'on leur fait prendre conscience du fonctionnement des systèmes actuels et de la façon dont les modifications que nous proposons peuvent contribuer à l'amélioration des résultats.

La stratégie visant la participation et l'éducation de la population doit être à long terme et avoir une vaste portée. Il faut qu'elle comporte des renseignements sur la terminologie (p. ex. les temps d'attente, les points de repère), les pratiques exemplaires et les innovations commerciales et industrielles. Elle doit inclure de l'information sur le fonctionnement du système, et elle doit expliquer quels sont les types de soins qui sont appropriés et qu'on peut raisonnablement attendre du système de santé dans l'ensemble. Par exemple, une période d'attente avant une chirurgie peut être indiquée si le patient doit attendre que sa santé s'améliore pour assurer le succès de l'intervention, ou comme on l'a mentionné dans un des chapitres précédents, si on doit prendre des dispositions avant ou après l'intervention. Il ne s'agit que d'un exemple parmi les nombreux messages qu'on doit transmettre à la population et aux médias. On devrait encourager les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi que les organisations professionnelles à collaborer pour véhiculer ensemble les mêmes messages aux Canadiens.

7.1 Nécessité d'une stratégie d'éducation de la population

Nous savons depuis longtemps que l'appui des Canadiens au système de santé dépend du fait que la population sait qu'elle peut compter dessus. La raison la plus importante pour mettre sur pied une stratégie nationale d'éducation de la population au sujet des temps d'attente est de rétablir la confiance de la population en la capacité du système de fournir des soins de qualité en temps opportun. Le fait que les Canadiens croient que la durée des délais est généralisée, qu'on ne peut faire et qu'on ne fait pas grand-chose pour améliorer la situation, peut continuer de miner leur confiance. On doit renseigner la population canadienne non seulement sur les progrès actuellement réalisés dans la réduction des temps d'attente, mais aussi sur les modifications du système, avant et pendant qu'on les effectue. Ces modifications doivent être perçues comme des solutions, et l'éducation a un rôle important à jouer dans la diffusion de ce message.

Bref, je crois qu'un effort visant à éduquer la population au sujet des temps d'attente est justifié. Si cet effort est bien pensé et bien déployé, il devrait en même temps servir à sensibiliser la population au fonctionnement général du système de santé en soi.

7.2 Qui est « le public »?

Les recherches sur l'opinion publique semblent montrer que le rendement du Canada au chapitre des temps d'attente suscite des préoccupations importantes et continues chez les Canadiens et que, en général, ceux-ci croient que peu de progrès ont été réalisés ou sont susceptibles de l'être au cours des prochaines années. Environ la moitié des Canadiens pensent que malgré le fait que chacun des ordres de gouvernement a pris des mesures pour réduire les temps d'attente, il faudrait faire plus⁵⁷. En outre, les personnes qui ont affirmé être au courant des engagements pris au cours de la récente réunion des premiers ministres étaient plus optimistes quant aux chances que des progrès soient réalisés. Étant donné que les opinions exprimées n'ont varié que légèrement d'un groupe à l'autre, « le public », pour les besoins de l'éducation et de la sensibilisation, renvoie l'ensemble des Canadiens, y compris les médias.

7.3 Manière dont les Canadiens sont informés au sujet des temps d'attente et incidence sur le plan de l'éducation publique

Les fonctionnaires qui élaboreront ou exécuteront le programme d'éducation publique proposé doivent être conscients du fait qu'il existe des différences importantes entre les Canadiens, relatives aux groupes d'âge auxquels ils appartiennent, à leur revenu, à leur degré de scolarité, à la région où ils habitent, etc., en ce qui a trait à la manière dont on les informe au sujet du système de santé, et à l'origine des renseignements sur celui-ci. Ils doivent aussi tenir compte du fait que divers intervenants exercent, à différents degrés, une influence sur la manière dont la population perçoit les temps d'attente. Il est essentiel de collaborer avec ces groupes pour penser l'effort global d'éducation de la population. Si des sources d'information «de confiance» ne participent pas dès le départ et si elles n'ont pas la chance de fournir des suggestions sur la manière de structurer ou de diffuser les messages importants sur les modifications du système de santé, l'effort d'éducation de la population a peu de chance d'être un véritable succès. De plus, la possibilité que ces divers groupes et milieux servent de moyens de transmission de l'information ou renforcent les messages importants ne doit pas être négligée.

Les efforts d'éducation de la population devraient :

- être élaborés en consultation avec les principaux intervenants;
- donner un rôle explicite aux intervenants dans l'exécution du plan, dans la mesure du possible; et
- intégrer une approche diversifiée.

⁵⁷ Pollara. Sondage sur les soins de santé au Canada. 2005

7.4 Objectifs de l'effort d'éducation de la population

Il semble qu'il y ait trois principaux secteurs sur lesquels on puisse fonder une campagne d'éducation et de sensibilisation de la population relativement aux temps d'attente, et qui ne sont pas mutuellement exclusifs. Ils sont présentés ci-après.

- *Sensibiliser la population et gérer ses attentes relatives au système de santé à l'égard des temps d'attente* (p. ex. ce qui fonctionne ou ne fonctionne pas dans le système, et pourquoi; qu'est-ce qu'un temps d'attente « acceptable » ou « inacceptable »; où sont les problèmes, pourquoi, et que fait-on pour les régler; quand les changements vont-ils se produire, et se produiront-ils bientôt).
- *Modifier les attitudes ou les comportements perçus des Canadiens, qui peuvent freiner la réduction des temps d'attente* (p. ex. la résistance face aux dossiers de santé électroniques ou face à la télé-santé; le refus d'être traité par une personne qui n'est pas médecin; la volonté tenace de vouloir « choisir » le spécialiste qu'on va consulter).
- *Donner un rôle à jouer aux patients et favoriser la défense des droits en faveur des transformations nécessaires pour réaliser des progrès durables dans le dossier en ce qui a trait aux temps d'attente* (p. ex. renforcer les collaborations multidisciplinaires chez les professionnels de la santé; améliorer la coordination aux échelons local, régional, provincial/territorial et national; encourager les gouvernements, les régies régionales de la santé et les hôpitaux à réaliser des investissements ciblés, ou à en favoriser l'adoption rapide des listes d'attente exhaustives, de l'étude des pratiques exemplaires, de l'élaboration de nouveaux programmes de cours et de nouvelles formations, de la planification coordonnée des RHS, de l'informatique de la santé, et des aiguilleurs).

7.5 Facteurs dont il faut tenir compte

Il y a une myriade de facteurs dont il faut tenir compte, mais les plus importants à l'égard de l'effort en question sont ceux qui suivent.

Il est nécessaire de réaliser un effort continu d'éducation de la population, et il se peut que les résultats ne se produisent qu'à long terme

Une caractéristique commune de bon nombre d'efforts importants de la génération précédente, consentis par le gouvernement ou soutenus par celui-ci, en matière d'éducation de la population ou de marketing social, est que le changement se fait de façon graduelle. Il est clair que des avantages à long terme découlent de ces efforts d'éducation de la population, mais on doit contenir les attentes en ce qui a trait aux résultats à court terme.

La définition d'un ensemble précis de questions liées à la réduction des temps d'attente donnera de meilleurs résultats

La portée, la complexité et l'interdépendance des questions liées à l'amélioration du rendement du Canada en ce qui a trait aux temps d'attente sont grandes. Cela montre la nécessité de trouver le juste

équilibre entre des messages ou des objectifs globaux destinés à servir de fondement à l'effort (p. ex. « définir les temps d'attente pour une génération ») et des initiatives précises et ciblées (p. ex. « faire des dossiers de santé électroniques une réalité » ou « pourquoi les listes d'attente exhaustives sont bonnes pour votre santé »). Un cas parallèle dont l'examen peut être utilisé est le succès qu'on a connu lorsqu'on a voulu sensibiliser les Canadiens aux risques que pose la fumée secondaire pour la santé des enfants, dans le contexte d'une campagne plus vaste et plus générale d'anti-tabagisme.

Les occasions de collaboration et de coordination pour la diffusion des messages ne doivent pas être négligées

Le fait que tout effort d'éducation de la population dans le secteur en question peut être vu, avec argument à l'appui, comme subordonné à un effort plus vaste pour améliorer la compréhension générale de la population en ce qui a trait au rendement du système de santé, rend le défi posé par cet effort d'autant plus difficile à relever. Parmi les recommandations formulées dans le présent chapitre, il y a la nécessité d'établir de façon claire un point central pour l'élaboration et la gestion des efforts d'éducation de la population en ce qui a trait au rendement relatif aux temps d'attente. Ceux à qui on attribuera cette tâche devront tirer parti des occasions de diffusion conjointe, tout en définissant des créneaux précis pour les efforts d'éducation de la population qu'ils proposeront.

L'éducation de la population doit comprendre l'éducation des médias

L'effort d'éducation de la population peut être le plus ambitieux ou exhaustif possible; en réalité, un seul grand titre sur la première page d'un des journaux nationaux, où un seul « dossier » aux nouvelles du soir critiquant sévèrement le rendement du système peut annuler tout élan positif qu'on aurait réussi à donner à cet effort. Il est important que l'effort comprenne une composante de relation avec les médias qui va au-delà de l'émission de communiqués et de la réponse aux demandes des médias. Il est par ailleurs important de faire la distinction entre les médias imprimés, la presse écrite et les médias électroniques.

7.6 Éducation de la population au sujet des transformations importantes

Les défis posés par la résolution de certains aspects complexes et interdépendants des questions relatives aux attentes sont considérables. L'objectif principal du processus d'éducation de la population doit être d'augmenter « le niveau d'alphabétisation » de manière à gérer les attentes quant aux résultats auxquels le système peut donner lieu, d'encourager les personnes à modifier leur comportement et leur manière d'interagir avec le système *et* à se faire les défenseurs des transformations. Une stratégie d'éducation de la population bien conçue peut, à l'échelle tant nationale que provinciale, réduire la résistance aux changements, comme l'illustre le Tableau 7.1.

Tableau 7.1

| AVANT | APRÈS |
|--|--|
| Artisanat Responsabilité individuelle | Système intégré Responsabilité partagée |
| Compartmentation | Intégration |
| C'est l'horaire de votre médecin qui détermine le temps que vous devrez attendre | Le premier médecin qualifié qui est disponible vous traite |
| Papier | Électronique, système de TI avec un registre central |
| Inéquitable | Équitable |
| Impuissance | Habilitation |
| Un trou noir où c'est chacun pour soi | Des aiguilleurs protègent vos intérêts |
| Les intérêts du système sont plus importants | Le système est orienté et axé sur le patient |
| Les médecins décident seuls de ce dont vous avez besoin | Des professionnels de la santé travaillent en équipe |

D'autres composantes pourraient être importantes dans le cadre général des « transformations du système » essentielles à la diminution des temps d'attente. Il pourrait s'agir entre autres :

Transformation1 : du passage de listes d'attente gérées par une personne à des listes d'attente centralisées

Transformation2 : du passage de registres et de journaux à l'informatique moderne de la santé

Transformation3 : du passage de démarches individuelles à des démarches d'équipe en matière de soins

7.7 Plan pancanadien

Jusqu'à ce qu'il soit nécessaire d'appuyer et de renforcer les messages clés, voici quelques exemples de méthodes qu'on pourrait utiliser pour diffuser des messages sur les temps d'attente qui pourraient inclure une collaboration FPT :

- au cours de conférences ou d'ateliers annuels sur les « pratiques exemplaires » en matière de temps d'attente;
- au cours d'une campagne limitée de publicité imprimée;
- dans le cadre d'un examen annuel de l'opinion publique pour l'évaluation des progrès et la réorganisation des efforts au besoin; et
- à la réalisation d'un encart dans un journal ou dans *Macleans*, une fois par année.

L'avantage d'un plan pancanadien qui fournirait un point central toujours visible pour la reddition de comptes en ce qui a trait aux efforts individuels et collectifs des gouvernements. Si on convient que des partenariats avec les principaux groupes d'intervenants sont nécessaires pour mettre en œuvre les transformations requises visant à réaliser des progrès durables en matière de temps d'attente, la mise sur pied d'un mécanisme plus structuré pourrait être un outil précieux pour faciliter ces efforts.

7.8 Conclusion

Enfin, il est évident qu'une campagne d'éducation de la population au sujet des temps d'attente est essentielle pour maintenir la confiance de la population dans l'avenir du système de santé publique. Cette campagne pourrait aussi avoir l'avantage de sensibiliser les personnes à la façon dont le système de santé du Canada fonctionne. Si l'effort d'éducation de la population doit surtout être axé sur la population en général, il doit aussi tenir compte de la manière dont l'opinion publique se forme et est influencée par des leaders d'opinion clé au Canada. On devra pour cela adopter une approche diversifiée, qui comprend une diffusion du haut vers le bas et du bas vers le haut.

Pour qu'on puisse obtenir tous les avantages et toutes les répercussions souhaitées de la stratégie d'éducation, il est nécessaire que tous les intervenants du système participent à son élaboration et à sa mise en place, et qu'on s'assure qu'ils approuvent et appuient les principaux thèmes et messages. On garantira cela par l'intermédiaire de l'élaboration de la définition d'un thème de campagne global et d'un nombre limité de messages portant sur les éléments de la transformation.

Idéalement, les deux ordres de gouvernement participeraient à l'élaboration et à la réalisation de la campagne.

Chapitre 7 : Éducation du public Recommandations

18. Que le public soit continuellement informé des changements qui surviennent dans le système de santé du Canada;
19. Que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux collaborent dans une campagne de trois ans visant à informer la population sur les temps d'attente; et
20. Qu'on entreprenne une initiative d'éducation du public exhaustive et multidimensionnelle, qui puisse mettre à profit le soutien des organisations partenaires.

Chapitre 8 : Les voies de l'avenir

L'effort et l'enthousiasme avec lesquels on gère les temps d'attente au Canada sont très encourageants. Les partenariats conclus à l'échelle du pays, et qui concentrent l'énergie des régions sanitaires, des professionnels et des établissements autour des temps d'attente, donnent d'importants résultats. On examine et on recourt à de nouvelles pratiques commerciales, industrielles et de gestion, on met les résultats en commun et on compare les répercussions.

À cet égard, l'avenir est prometteur. Il y a de nombreuses raisons pour lesquelles la transformation du système est nécessaire, et on verra de nombreuses répercussions positives si les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux continuent de progresser dans cette voie. Comme je l'ai indiqué tout au long de débats dans l'ensemble du pays, la transformation des systèmes de santé à partir de la question des temps d'attente peut avoir un effet plus vaste sur l'ensemble du système. Cet effort recèle de nombreuses possibilités, pour autant qu'on donne suite à l'ensemble des stratégies axées sur les patients.

Je les réitère :

1. Des **recherches continues** sont nécessaires pour repérer les secteurs où l'élaboration de nouveaux points de repère peut être utile. On doit effectuer des recherches opérationnelles pour s'assurer que les pratiques et la restructuration du système atteignent leurs objectifs. Les responsables des systèmes de santé doivent savoir quels sont les résultats des initiatives sur les temps d'attente, de même que les Canadiens.
2. La **restructuration de nos pratiques commerciales, industrielles et de gestion** est essentielle. De nombreuses possibilités sont énumérées dans le présent rapport, et certaines d'entre elles ont déjà été mises en place dans les systèmes, un peu partout au Canada. Nos systèmes sont complexes, et on aura besoin de surveillance et d'encouragement continus pour notre travail dans ce secteur.
3. Des solutions issues de la **technologie de l'information** doivent être mises en place pour améliorer la communication et pour garantir la disponibilité de renseignements précis en temps opportun dans l'ensemble du continuum de soins. La TI pourra améliorer de façon importante la gestion des temps d'attente, mais le besoin des soignants d'obtenir des renseignements exacts et à jour, des soins primaires jusqu'aux soins tertiaires, est une raison aussi valable de poursuivre cet objectif.
4. Un **changement culturel** chez les professionnels de la santé doit accompagner la restructuration des systèmes de santé. Les professionnels de la santé jouent un rôle crucial d'initiateurs du changement dans les systèmes de santé. De nouveaux rôles, ainsi que de nouvelles relations et responsabilités exigeront que les médecins et les autres professionnels de la santé s'adaptent.
5. La **capacité en cas de crise** doit être renforcée sur une base régionale pour permettre aux provinces de répondre à leurs propres besoins en matière de santé et d'aider les autres provinces lorsqu'elles ne sont pas en mesure de répondre à leurs besoins.

6. **L'éducation de la population** est nécessaire pour que les Canadiens comprennent et soutiennent le type de changements qui sont nécessaires dans le domaine des soins de santé, ainsi que les efforts soutenus qu'il faudra consentir pour les réaliser. Définir la vision est essentiel, au même titre que l'éducation prudente à laquelle les Canadiens devraient raisonnablement s'attendre, au sujet des éléments de changement. Nous demandons aux Canadiens d'être patients, de nous soutenir et de nous accorder leur attention. De la même manière qu'ils nous ont avertis lorsque les temps d'attente étaient trop longs, ils nous diront ce qu'ils pensent des transformations apportées au système, et si nos efforts ont l'effet désiré ou non.

Dans certaines administrations, nous avons commencé à progresser dans ces directions. Même si nous commençons à peine, de nouvelles questions et de nouveaux défis se posent. Il n'y a pas de pause dans le système de santé. Le changement est constant, et ces nouveaux défis sont susceptibles de faire surface avant que les progrès réalisés dans le dossier des temps d'attente soient assurés. C'est pour cette raison qu'en plus de transformations qui ont fait l'objet de mes recommandations, d'autres aspects de la réforme des systèmes de santé sont aussi essentiels.

Je crois que, dans le cadre des programmes de santé publique, les activités de prévention sont nécessaires pour l'amélioration des systèmes de santé – en effet, nombre d'entre nous croient que si on avait investi plus tôt dans des programmes de santé publique exhaustifs, on aurait pu éviter aux Canadiens de faire face à certains problèmes de santé qui sont maintenant omniprésents. De la même manière, le renouvellement des soins de santé primaires est crucial, pour garantir le dépistage rapide des maladies et des facteurs de risque et pour fournir les soins complets que les patients méritent. La gestion des stocks de médicaments d'ordonnance et de nouvelles méthodes de financement dans le domaine des médicaments seront importants pour la viabilité de notre système de santé. Nous devons également prendre des mesures dans ces secteurs.

8.1 Garanties sur les temps d'attente pour les patients

Le nouveau gouvernement fédéral s'est engagé à mettre sur pied des garanties sur les temps d'attente pour les patients. L'actualité de cet engagement me pousse à formuler quelques commentaires sur les garanties, malgré le fait que cette question ne fait pas explicitement partie de mon mandat.

Nous pouvons tirer parti de l'expérience d'autres pays. Plusieurs pays d'Europe ont fait l'expérience, au cours des années 1990, de divers types de garanties de soins ou relatives aux temps d'attente. L'examen de ces expériences peut aider les Canadiens à mieux comprendre l'utilité de ces garanties, leurs effets possibles et ce que suppose leur administration. Il est important de savoir que, dans les pays européens, on a mis en place ces garanties de soins ou relatives au temps d'attente parallèlement à d'autres initiatives de réforme des systèmes.

On peut définir ou décrire les garanties sur les temps d'attente de différentes manières, de façon à ce que tel ou tel paramètre des systèmes existants soit couvert ou non. Par exemple, au Royaume-Uni et en Suède, on a restreint les garanties de soins au domaine public tout en offrant la possibilité d'un traitement dans une autre administration. De nombreux choix s'offrent aux gouvernements, selon ce qui leur semble efficace, opportun ou avantageux. Il semble que les garanties sur les temps d'attente aient en général comme premier effet de réduire les temps d'attente. C'est ce qui s'est produit au

Danemark au début, avant qu'on abandonne les garanties relatives aux maladies graves au profit d'une « garantie sur les temps d'attente en général ». Les processus en vigueur au Danemark tiennent compte du fait que les ressources ne sont pas illimitées, et les personnes dont les besoins sont les plus importants sont donc traitées en priorité à l'extérieur du système de santé local.

Avec les garanties sur les temps d'attente, on tire essentiellement parti des capacités qui existent ailleurs. Dans le cadre du système canadien, qui est très vaste sur le plan géographique, nous devrions idéalement utiliser pleinement nos capacités locales, provinciales, territoriales et nationales avant d'envisager un traitement à l'extérieur du pays. La structure de notre système de santé, sa gestion et la culture propre à celui-ci sont autant de facteurs ayant une incidence sur le rendement du système et, par conséquent, sur les résultats. L'attention qu'on porte actuellement à ces éléments structureaux, dans le cadre du présent rapport et dans les forums publics ou sur les politiques, laisse présager un avenir brillant pour le système.

J'aimerais souligner que les décisions prises au Québec, qui permettent à la province de payer publiquement pour les services fournis par le secteur privé⁵⁸, méritent qu'on y prête attention. Le régime québécois permet de mettre des garanties limitées sur les temps d'attente à l'essai, en examinant attentivement les effets de ces décisions sur l'intégrité du système dans son ensemble.

Les essais réalisés à partir de garanties de soins ou sur les temps d'attente ont été variés, mais les garanties sur les temps d'attente découlent naturellement, sur le plan conceptuel, des points de repère sur les temps d'attente. Je crois cependant que le processus de définition des garanties sur les temps d'attente, de leur portée et de leur durée, ainsi que la prévision de leurs effets, exige une démarche prudente. Nous devons comprendre les risques, les avantages et les coûts liés aux garanties sur les temps d'attente avant d'entreprendre plus à court terme ce que nous ne pouvons raisonnablement soutenir à long terme.

Parallèlement, les possibilités de restructuration ou de remodelage du système s'accompagnent de principes et d'arrangements nouveaux ou différents, que certains acceptent d'emblée, tandis que d'autres en sont alarmés. Les choix que nous devons faire au cours des prochaines années sont importants.

Trois principes importants doivent chapeauter un débat sur les garanties relatives aux temps d'attente. Les gouvernement provinciaux et territoriaux doivent appuyer chacun de ces principes, qui sont ceux qui suivent.

1. Des points de repère fondés sur des éléments probants sont nécessaires pour la définition de garanties sur les temps d'attente.
2. Les transformations du système décrites dans le présent rapport sont nécessaires en tant que fondement de toute forme de garanties.
3. La pleine utilisation des capacités existantes et une stratégie de création de nouvelles capacités sont essentielles.

58 Référence à la décision de la Cour Suprême : *Chaoulli c. le procureur général du Canada*, juin 2005

- La création de réseaux d'excellence à l'échelle régionale peut permettre un accès rapide dans les provinces et territoires, et entre celles-ci. Le concept de réseaux d'excellence suppose une relation étroite entre le volume de travail et la qualité des résultats. Cela est particulièrement vrai dans le cas des interventions chirurgicales complexes, domaine dans lequel il y a peu de cas en raison de facteurs démographiques. (Il peut être avantageux d'examiner la capacité de créer des réseaux d'excellence suivant les délimitations des régions naturelles – le Canada atlantique, le Québec, l'Ontario et l'Ouest canadien.) La création de nouvelles capacités régionales pourrait directement engendrer la réduction des listes d'attente. Grâce à une nouvelle répartition des interventions très complexes et de faible volume, on pourrait créer de la place sur les listes d'attente pour de nouveaux soins. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux souhaitent mettre cette possibilité à l'essai par l'intermédiaire d'une série de projets pilotes à l'échelle régionale. En effectuant des choix judicieux quant aux réseaux d'excellence régionaux, nous pourrions tirer avantage d'une nouvelle capacité de servir l'ensemble des Canadiens, au besoin et en temps opportun.
- On devrait analyser, au cours de débats auxquels participeraient les provinces et les territoires, les autres possibilités de création de capacité. Dans ce contexte, la possibilité de conclure des contrats avec des fournisseurs privés pourrait aussi être envisagée. Cependant, cela se produirait 1) seulement lorsque l'achat de services privés entraînent un avantage plus important pour le service public que les avantages qu'on obtiendrait en investissant les mêmes fonds publics dans le système public et 2) lorsque des dispositions contractuelles précisent clairement le volume de soins, les résultats prévus et le coût à l'unité.
- Le recours à des points d'accès hors province/territoire, que ce soit dans une autre province ou aux États-Unis, est une autre possibilité. Toutes les provinces et territoires ont utilisé ce mécanisme à un moment ou à un autre, pour répondre à des besoins excédant leur capacité. Dans la plupart des cas, les interventions n'ont duré que le temps de permettre l'augmentation de la capacité à l'échelle locale. Le recours au traitement à l'extérieur de la province/territoire ou du pays sont le moyen le plus coûteux de fournir des services de santé.

Le choix de l'une ou l'autre politique, ou la combinaison de plusieurs politiques aura une incidence sur les résultats produits par le système, ainsi que sur les coûts. Un débat fédéral, provincial et territorial approfondi sera nécessaire.

8.2 Conclusion

Les recommandations formulées dans le présent rapport favoriseront une utilisation efficace des ressources existantes et maximiseront les chances qu'on puisse honorer les garanties sur les temps d'attente. Si la transformation des systèmes de santé est réalisée dans le cadre d'une collaboration et d'une synergie soutenues par les systèmes de santé provinciaux et territoriaux, nous pouvons raisonnablement nous attendre à ce que la vaste majorité des questions liées aux temps d'attente soit gérée de façon efficace.

J'espère que les ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux souhaiteront discuter des observations et des recommandations formulées dans le présent rapport, dont une grande partie est fondée sur

l'expérience, les essais et la sagesse des dirigeants, des gestionnaires et des professionnels de la santé, chacun au sein de son propre système. Je crois que le fait de suivre ces recommandations contribuera au renouvellement des soins de santé au Canada, que l'expérience vécue par les patients sera beaucoup plus intéressante et que les résultats du système de santé s'amélioreront de façon significative. Je suis par ailleurs conscient du fait que mes recommandations supposent des changements qui peuvent créer des remous à certains endroits, ou qui peuvent être difficiles à gérer. La capacité des gouvernements de prendre ces changements en charge et de faire en sorte qu'ils portent fruit sera meilleure si les efforts de nos gouvernements sont synchronisés et réalisés en collaboration.

BIBLIOGRAPHIE

- Association canadienne des soins de santé, *L'excellence dans le système de santé du Canada : principes guidant la gouverne, la gestion, la reddition de comptes et le partage des responsabilités*. Ottawa: CCAF-FCVI Inc./Association canadienne des soins de santé, 2004.
- Bell, Dr. Robert and Lynda Robinson, Co-Chairs, *Timely Access to Care: Final Report of the Ontario Critical Care Steering Committee*, Toronto: Government of Ontario, 2005.
- Blendon RJ, Schoen C, DesRoches CM, et al. "Confronting competing demands to improve quality: a five-country hospital survey." *Health Affairs*. 2004;23:119-135.
- Canadian Medical Association, "IT Trends in Nova Scotia," *IT Trends in the Canadian Healthcare System*. Ottawa: Canadian Medical Association, 2005.
- Conseil canadien de la santé, *10 étapes vers un cadre commun de production de rapports sur les temps d'attente*, Conseil canadien de la santé: Ottawa, 2005.
- Conseil canadien de la santé, *Note d'information : points de repère pour les temps d'attente*, Conseil canadien de la santé: Ottawa, 2005.
- Conseil canadien de la santé, *Le renouvellement des soins de santé au Canada : accélérer le changement*, Conseil canadien de la santé: Ottawa, 2005.
- Conseil canadien de la santé, *Le renouvellement des soins de santé au Canada : frayer la voie de la qualité*, 2006.
- Conseil canadien de la santé, *Temps d'attente et accès, document de travail joint à : Renouvellement des soins de santé au Canada : accélérer le changement*, Conseil canadien de la santé: Ottawa, 2005.
- Department of Health, Putting People at the Heart of Public Services: The NHS Improvement Plan, Government of England: London, 2004.
- Dermer, Dr. Mark, Dr. Bob Burns et Catarina Versaavel, *Stratégie d'acceptation par les utilisateurs finaux : Inforoute Santé du Canada*, 1^{er} février 2006, exposé présenté à l'Association médicale canadienne.
- EKOS Research Associates, *Rethinking Government 2005: Wave III Report*. Ottawa: Health Canada, 2005.
- Global Tiger Systems Solutions Inc., *Surgical Waiting List Registries and Waiting List Initiatives in Canada*. Prepared for Acute Care and Technology Unit, Quality Care, Technology and Pharmaceuticals Division, Health Care Policy and Communications Branch, Health Canada, November 18, 2005.
- Groupe de travail Deux, *Une stratégie en matière d'effectifs médicaux pour le Canada*, version définitive du rapport. Ottawa, 2006.
- Gruenwoltdt, Emily C. et Glenn G. Brimacombe, *Dans l'attente de changements II : mesures des progrès réalisés grâce aux stratégies de gestion des temps d'attente mises de l'avant par les membres de l'ACISU*. Ottawa: Association canadienne des institutions de santé universitaires, 2006.
- Inforoute Santé du Canada Inc. Plan d'affaires 2005-2006, Tirer parti de nos réussites. Toronto: Inforoute Santé du Canada Inc., 2005.

- Institut canadien d'information sur la santé, *Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence : qui utilise les services d'urgence et quels sont les temps d'attente?*, Ottawa: ICIS, 2005.
- Institut canadien d'information sur la santé, *Temps d'attente et soins de santé au Canada : ce que nous savons et ce que nous ignorons*, Ottawa: ICIS, 2006.
- Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada, *Les soins de santé au Canada*. Ottawa: ICIS, 2005.
- Jackson, Beth E., Ann Pederson and Madeline Boscoe, *Gender-based Analysis and wait Times: New Questions, New Knowledge*. April 2006.
- Jamieson, Wanda., *Patient Navigation within the Health Care Sector*, JHG Consulting, 2006
- Kramer, Sarah, "Ontario's Wait Time Information Strategy: Supporting Better Access to Care," Presentation to *Taming of the Queue III*, March 31, 2006.
- Med-Emerg Inc., *Discussion Paper on Infrastructure and Technology* for "A Physician Human Resource Strategy in Canada: Task Force Two", September 21, 2005.
- National Child and Youth Health Coalition (NCYHC), *Paediatric Surgical Wait Times Strategy National Workshop* – February 24, 2006, "Building Consensus" - Background Document, February 17, 2006.
- Office of IT Policy Development and Coordination, *IT Trends in the Canadian Healthcare System*. Ottawa: Canadian Medical Association, 2005.
- Pollara, *Sondage sur les soins de santé au Canada*, 2005.
- Rachlis, Dr. Michael M., *Prescription for Excellence: How Innovation is Saving Canada's Health Care System*. Toronto: HarperCollins Publishers Ltd., 2005.
- Rachlis, Dr. Michael M., *Public Solutions to Health Care Wait Lists*. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives, 2005.
- Romanow, Roy J., C.R., *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada : rapport final*. Ottawa: Imprimeur de la Reine, 2002.
- Rotstein, D.L., D.A. Alter, Social Sciences & Medicine: Article in Press: Short Report: Where does the waiting list begin?
- Santé Canada, « Système de soins de santé : infostructure canadienne de la santé » tiré de http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/ehealth-esante/infostructure/index_f.html le 27 mars 2006.
- Taylor, Malcolm G., *Health Insurance and Canadian Public Policy: The Seven Decisions that Created the Canadian Health Insurance System and Their Outcomes*, Second Edition, 1987.
- The Strategic Council, mars 2005.

COMMUNIQUÉS DE PRESSE

- Editorial, *Windsor Star*, “Wait Times: Billions Spent, Nothing Gained” 2005-10-22.
- Fayerman, Pamela, “Pilot project offers hope, shorter waits”, *Vancouver Sun*, 2006-02-18, p. C2.
- Fidelman, Charlie, “Surgical freeze 'incoherent': critics: Quebec guaranteeing wait times. Santa Cabrini stops hip, knee procedures until April, when new fiscal year begins”, *The Montreal Gazette*, 2006-02-24, p. A6.
- Gillis, John, “Beating the waiting game; Software cuts into confusion of scheduling surgeries, doctors say.” *The Chronicle-Herald*. February 20, 2006, p. B6.
- Gillis, John, “Health info-link upgrade complete,” *The Chronicle-Herald*, 2006-03-31.
- Gratzer, David, “VoteSmart: The Debate Has medicare been replaced? YES: And it's about time, says physician and author”, *The Globe and Mail*, 2005-12-06, p. A23.
- Harnett, Cindy E., “Faster hip, knee surgery pledged: Campbell promises more than \$60 million to reduce wait times as demand increases”, *Victoria Times-Colonist*, 2006-02-02, p. A1.
- Kopala, Margaret, “The next logical step in health care”, *The Ottawa Citizen*, 2006-02-25, p. B7.
- Lang, Michelle, *Calgary Herald*, “Private MRI clinics scan opportunities: Third facility targets aging baby boomers”, 2005-11-19.
- Laucius, Joanne, “Waiting times for surgery: Less than before, but still long: Billions in new federal money and some new staff, equipment and facilities have made the wait less agonizing for those who need surgery”, *The Ottawa Citizen*, 2006-12-31, p. E7.
- Leader- Post, “Top doctor warns of health care disparities,” October 7, 2005.
- Maudie, Max, “Gov't offer is 'Peanuts' long-term health-care advocates say more must be done” *The Edmonton Sun*, 2006-02-25.
- McFarlane, Lawrie, “Privatization set to bury medicare,” *Saskatoon Star-Phoenix*, 2005-11-28.
- Silver, Donald Cameron, “Medicare's balancing act.” *The Sunday Herald*, 2005-12-11.
- Stokes Sullivan, Deana, “Something's got to give; Report suggests the way health care is funded in Canada has to change”, *St. John's Telegram*, 2005-11-01, p. A4.
- Talaga, Tanya, “Situation Critical: Ontario doctors urge overhaul of precious intensive care resources; The right patient in the right bed; Province needs new technology and teams of doctors to ensure that hospitals' sickest patients get the care they need” *Toronto Star*, 2005-11-21.