

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

Bilan et perspectives

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

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

Sommaire des conclusions du rapport

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

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

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

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

Les enjeux à l'horizon

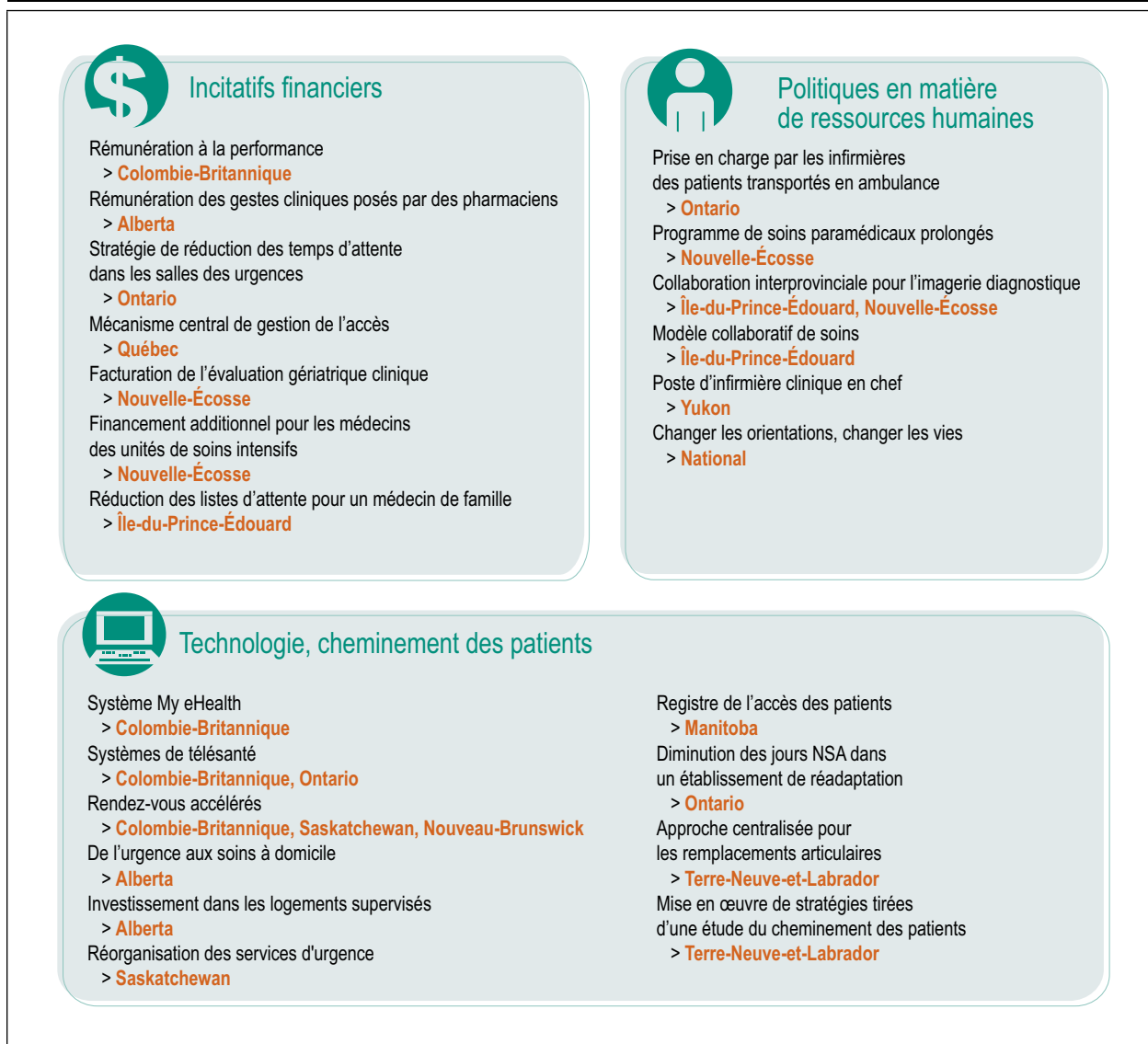
Le rapport *Les soins de santé au Canada 2012 : regard sur les temps d'attente* présente une synthèse des connaissances actuelles sur l'attente pour des soins de santé au Canada. Des progrès ont certainement été réalisés dans certains domaines depuis 2004, mais le moment est venu de déterminer quelles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

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

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

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

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



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

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

Au moment où le Plan décennal pour consolider les soins de santé a été adopté, on ne disposait pas des données exhaustives sur les temps d'attente nécessaires pour comparer la performance des provinces et territoires. À l'époque, les dispensateurs de soins, les gestionnaires du système et les responsables des politiques gouvernementales cherchaient plutôt à savoir qui étaient les patients en attente, ce qu'il fallait mesurer et à quel moment un temps d'attente devenait inacceptable¹. Aujourd'hui, ces mêmes responsables prévoient disposer d'une cinquième année de données comparables sur les domaines prioritaires choisis. Outre les données disponibles sur les temps d'attente, des définitions communes relatives aux patients en attente, des mesures communes des progrès et des délais de référence factuels ont été établis pour tous les domaines prioritaires, à l'exception d'un seul¹.

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

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

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

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

Pour évaluer et améliorer la performance, il est essentiel de disposer de données comparables et de qualité supérieure, mais aussi de points de référence et de cibles. Les cibles les plus efficaces sont celles qui sont fondées sur des données probantes, renouvelées périodiquement et acceptées en milieu clinique. Par exemple, la pertinence de la mise à l'essai et de l'utilisation de lignes directrices factuelles dans le domaine de l'imagerie diagnostique a suscité beaucoup d'intérêt²⁻⁶. Les études suggèrent que les médecins orienteurs, qu'ils soient spécialisés ou non, ne sont pas suffisamment informés sur l'utilisation clinique appropriée des examens d'IRM et de TDM. Il peut donc leur arriver à l'occasion de prescrire des examens qui ne sont pas appropriés⁶. D'ailleurs, selon l'Association canadienne des radiologistes, de 10 à 20 % de ces demandes de services d'imagerie diagnostique ne respectent pas les lignes directrices de l'association pour ces examens⁷.

Comme le montrent les progrès réalisés depuis 2004 au chapitre de la réduction des temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires, l'établissement de priorités et de cibles claires donne de bons résultats. La prochaine étape consiste à définir pour quels temps d'attente des données plus comparables et de qualité sont nécessaires afin d'être en mesure d'évaluer et d'améliorer la performance actuelle. Des points de référence factuels seront alors établis d'un commun accord. Des groupes comme l'Alliance sur les temps d'attente ont suggéré précisément de se concentrer davantage sur les temps d'attente pour les chirurgies pédiatriques, les services de santé mentale, la gastroentérologie et l'oncologie⁸.

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

Des recherches ont démontré que les initiatives qui favorisent un mode de vie sain sous toutes ses formes réduisent la demande de soins de santé et de services de soutien et permettent d'éviter certains coûts ou de se tourner vers des services moins coûteux⁹. La prévention des maladies chez les personnes en santé (prévention primaire), la réduction du fardeau que les maladies présentent pour les personnes atteintes (prévention secondaire) et le fait d'aider davantage les personnes à vivre avec des problèmes de santé complexes à long terme (prévention tertiaire) jouent tous un rôle dans la réduction de la demande de services de santé.

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

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

Le concept de soins axés sur le patient n'est pas nouveau, pas plus que son utilisation en vue de comprendre et réduire les temps d'attente. Depuis la mise en œuvre du Plan décennal pour consolider les soins de santé, bon nombre d'intervenants (comme le Collège des médecins de famille du Canada et l'Alliance sur les temps d'attente) sont d'avis que les temps d'attente doivent être mesurés du point de vue des patients¹⁰.

Il n'empêche qu'à ce jour, le modèle de soins axés sur le patient n'a toujours pas été clairement défini. L'Organisation mondiale de la Santé considère les soins axés sur le patient comme un moyen d'améliorer les services par rapport à l'accès, à la qualité, à la satisfaction des usagers et à l'efficacité¹¹. Des chercheurs ont également défini certaines caractéristiques clés de ce modèle, l'une étant le respect des valeurs, des préférences et des besoins des patients et une autre, la coordination et l'intégration des soins¹². Puisque les patients doivent souvent attendre avant d'être transférés vers un autre milieu de soins, une meilleure intégration des services de santé pourrait contribuer à réduire les temps d'attente et à améliorer l'expérience vécue par ces patients. Le Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé récemment mis sur pied par les premiers ministres a défini plusieurs modèles de soins dispensés en équipe qui, grâce à une meilleure intégration, ont contribué à réduire les temps d'attente et à améliorer par le fait même la satisfaction des patients¹³.

Le modèle de rendez-vous accéléré abordé dans diverses sections du présent rapport est un bel exemple d'une approche axée sur le patient qui contribue à réduire les temps d'attente. Dans les cliniques qui utilisent ce modèle, lorsque le client appelle afin de prendre rendez-vous avec un médecin, il obtient un rendez-vous le jour même, qu'il ait besoin de soins courants ou urgents¹⁴. Si son médecin traitant n'est pas libre, le patient peut alors choisir de voir un autre médecin ou de prendre rendez-vous avec son médecin plus tard dans la semaine¹⁴. Le patient peut alors prendre sa décision selon ce qui lui importe le plus : un accès immédiat ou une continuité des soins¹⁴. Le modèle de rendez-vous accéléré, du fait qu'il favorise l'équilibre de l'offre et de la demande, la réduction des retards accumulés, l'élaboration de plans d'urgence pour les cas inhabituels et l'adaptation des profils de demandes, améliore l'accès aux soins primaires¹⁵. Au bout du compte, le patient en ressort gagnant du fait qu'il a accès à des soins plus tôt dans son cheminement, ce qui est susceptible d'améliorer les résultats des soins¹⁶.

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

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

Assembler les pièces du casse-tête

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

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

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. *Wait Times in Canada - A Summary, 2012*. Ottawa, ON: ICIS; 22 mars 2012. https://secure.cihi.ca/free_products/WaitTimesSummary2012_EN.pdf. Consulté le 25 avril 2012.
2. Laupacis A, Evans W. Diagnostic imaging in Canada. *Healthcare Papers*. 2005;6(1):8-15.
3. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Clinical decision support systems for diagnostic imaging. *Issues in Emerging Health Technologies*. Janvier 2012;(117):1-10. http://cadth.ca/media/pdf/PS4479_CDSS_Bulletin_Issue117_e.pdf.
4. Emery D, Forster A, Shojanian K, Magnan S, Tubman M, Feasby T. Management of MRI wait lists in Canada. *Healthcare Policy*. Février 2009;4(3):76-86. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2653696/>.
5. You JJ, Alter DA, Iron K et al. *Diagnostic Services in Ontario: Descriptive Analyses and Jurisdictional Review*. ICES Investigative Report. Toronto, ON: Institute for Clinical Evaluative Sciences; avril 2007. http://www.ices.on.ca/file/diagnostic_services_ontario_oct16.pdf.
6. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. *Ontario Best Practice Guidelines for Managing the Flow of Patients Requiring an MRI or CT Examination*. 2009. <http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/23006/292809.pdf>.
7. Association canadienne des radiologistes. *Diagnostic Imaging Referral Guidelines: A Guide for Physicians*. Saint-Laurent, QC: Association canadienne des radiologistes; 2005. <http://www.cehha.nshealth.ca/Services/downloads/Guidelines%20ENG.pdf>.
8. Alliance sur les temps d'attente. *Shedding Light on Canadians' Total Wait for Care: Report Card on Wait Times in Canada*. 19 juin 2012. http://www.waittimealliance.ca/media/2012reportcard/WTA2012-reportcard_e.pdf. Consulté le 23 août 2012.
9. Edwards P, Mawani A. *Healthy Aging in Canada: A New Vision, A Vital Investment*. From Evidence to Action. A Background Paper Prepared For the Federal, Provincial and Territorial Committee of Officials (Seniors). Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada; 2006. http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/vision_rpt_e.pdf. Consulté le 10 août 2012.
10. Collège des médecins de famille du Canada. *Family Medicine In Canada: Vision For The Future*. Novembre 2004. http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/FAMILY_MEDICINE_IN_CANADA_English.pdf. Consulté le 25 juin 2012.
11. Grone O, Garcia-Barbero M. Integrated care: A position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care*. 2001;1(e21) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525335/>. Consulté le 25 juin 2012.

12. Lewis S. *Patient-Centered Care: An Introduction to What It Is and How to Achieve It*. A Discussion Paper for the Saskatchewan Ministry of Health. Saskatoon: Access Consulting Ltd; 29 juillet 2009. <http://www.changefoundation.ca/docs/patient-centred-care-intro.pdf>. Consulté le 25 juin 2012.
13. Conseil de la fédération. *From Innovation to Action: The First Report of the Health Care Innovation Working Group*. 26 juillet 2012. <http://www.councilofthefederation.ca/pdfs/Health%20Innovation%20Report-E-WEB.pdf>. Consulté le 13 août 2012.
14. Murray M, Berwick D. Advanced access: Reducing waiting and delays in primary care. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 26 février 2003;289(8): 1035-1040. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.289.8.1035>. Consulté le 25 avril 2012.
15. Collège des médecins de famille du Canada. Continuity & comprehensiveness of care. Appendix 3: Advanced/open access scheduling in family practice. Trousse d'outils en soins de première ligne. <http://www.toolkit.cfpc.ca/en/continuity-of-care/appendix-3.php>. Dernière modification en 2007. Consulté le 9 juillet 2012.
16. Fournier J, Heale R, Rietze L. "I can't wait": Advanced access decreases wait times in primary healthcare. *Healthcare Quarterly*. 16 février 2012;15(1):64-68. <http://www.longwoods.com/content/22763>. Consulté le 9 juillet 2012.