

Mars 2014



Analyse en bref

Les temps d'attente pour les interventions prioritaires au Canada 2014

Les Canadiens ont indiqué que les temps d'attente constituent le principal obstacle à l'accès aux services de santé¹. Les responsables de l'élaboration des politiques ont par conséquent accordé la priorité à leur réduction et à l'amélioration de l'accès aux soins au Canada. Il y a dix ans était mis en œuvre le *Plan décennal pour consolider les soins de santé*¹, dans lequel étaient présentés les investissements stratégiques visant à réduire les temps d'attente dans cinq domaines cliniques prioritaires : l'oncologie, la cardiologie, l'imagerie diagnostique, les remplacements articulaires et la restauration de la vue^{2,3}. Dans le cadre de ce plan, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a été invité à rendre compte des progrès réalisés à l'échelle nationale. Bien des choses ont changé en une décennie.

En 2004, peu d'information était disponible sur le temps que devaient attendre les Canadiens avant d'obtenir des soins. La plupart des données étaient issues de sondages sur l'expérience des patients en matière d'accès aux soins. Au cours des dix dernières années, la déclaration des temps d'attente a été nettement améliorée dans l'ensemble des provinces pour les cinq domaines prioritaires. Tous les territoires et provinces en font maintenant état sur des sites Web publics; certains le font même par région, établissement et chirurgical (voir l'annexe).

De nombreuses provinces produisent également des rapports dans des domaines autres que ceux désignés comme étant prioritaires, tels que les chirurgies générales, la chimiothérapie et les soins d'urgence. Dans certains domaines cependant, des lacunes en matière d'information continuent d'entraîner des difficultés. La mesure et la déclaration de l'accès aux soins de santé primaire, aux médecins spécialistes, à la chirurgie cardiaque et à l'imagerie médicale posent toujours problème. Il reste beaucoup d'efforts à déployer.

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

Types de soins

Notre vision

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

Notre mandat

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

Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Programme de coordination de l'image de marque

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



www.icis.ca
Au cœur des données



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

Au cours des trois dernières années, les temps d'attente pour les interventions prioritaires sont essentiellement restés les mêmes, mais le nombre d'interventions pratiquées a continué d'augmenter. Des patients attendent toujours au-delà des délais de référence recommandés dans toutes les provinces.

Comprendre le rapport

Le présent rapport fournit des données comparatives sur les temps d'attente pour des interventions dans les cinq domaines prioritaires déterminés par les premiers ministres en 2004. L'année suivante, des délais de référence pancanadiens ont également été fixés pour faciliter les comparaisons. Les délais de référence sont définis comme des objectifs fondés sur des données probantes que chaque province ou territoire s'efforce d'atteindre, en parallèle avec les autres priorités visant à offrir des soins de qualité aux Canadiens. Ils sont établis en fonction de données cliniques et représentent les temps d'attente acceptables pour une intervention donnée⁴. Comme les retards de traitement ne sont pas tous directement liés à l'accès aux soins, il n'est peut-être pas réaliste de s'attendre à ce que 100 % des interventions soient effectuées dans un délai de référence donné. Jusqu'à maintenant, un taux de 90 % constitue un objectif réaliste.

Dans le rapport, le suivi des progrès a été effectué en fonction des tendances. Celles-ci sont établies en examinant les trois dernières années de données, durant lesquelles des mesures ont été régulièrement déclarées. On dégage une tendance à la hausse ou à la baisse lorsqu'il y a une variation d'au moins cinq points de pourcentage de la proportion de patients recevant des soins dans les délais de référence par rapport aux chiffres de 2011. Les proportions présentant une variation inférieure à cinq points de pourcentage sont considérées comme inchangées.



Ce rapport donne un aperçu des temps d'attente au Canada. Un complément d'information sur les temps d'attente, y compris les tendances de 2008 à 2013 par province et domaine prioritaire, est offert sur le site Web de l'ICIS (<http://tempsdattente.icis.ca/>).

NOUVEAU

Nouveauté en 2013 : temps d'attente pour une chirurgie liée au cancer

Les provinces ont travaillé ensemble à l'élaboration d'une méthode commune permettant de mesurer les temps d'attente pour une chirurgie liée à l'un ou l'autre des cinq types de cancer suivants : cancers du sein, de la prostate, du poumon et de la vessie, ainsi que cancer colorectal. Le présent rapport donne un premier aperçu de ces temps d'attente à l'échelle du pays.

Temps d'attente en 2013 : principaux résultats pour les interventions prioritaires

Temps d'attente inchangés au cours des trois dernières années

Au cours des trois dernières années, peu de changements ont été relevés dans la proportion de patients traités dans les délais de référence. Environ 8 patients sur 10 ont subi une intervention chirurgicale prioritaire dans les délais cibles, alors que 97 % des traitements de radiothérapie ont été administrés à l'intérieur de 4 semaines (28 jours). Toutefois, le nombre de patients qui ont reçu des soins a augmenté durant cette même période. Les plus grands changements ont été constatés dans le domaine de l'arthroplastie de la hanche : le nombre d'interventions pratiquées a augmenté de 17 %. Malgré cette hausse, les temps d'attente sont demeurés pratiquement inchangés (tableau 1).

Tableau 1 : Variation du pourcentage d'interventions pratiquées dans les délais de référence et volume total, 2011 à 2013, Canada

Intervention (Délai de référence)	Pourcentage d'interventions pratiquées dans les délais de référence		Variation du nombre d'interventions
	Avril à septembre 2011	Avril à septembre 2013	Avril-septembre 2011 à avril-septembre 2013
Arthroplastie de la hanche (182 jours)	82 %	82 %	17 %
Arthroplastie du genou (182 jours)	75 %	76 %	15 %
Réparation d'une fracture de la hanche* (48 heures)	79 %	83 %	7 %
Chirurgie de la cataracte[†] (112 jours)	82 %	81 %	5 %
Radiothérapie (28 jours)	97 %	97 %	6 %

Remarques

* Les temps d'attente pour une réparation d'une fracture de la hanche au Québec ne sont pas inclus en raison de différences méthodologiques touchant les données.

† Le délai de référence à l'échelle canadienne pour la chirurgie de la cataracte est de 16 semaines (112 jours) pour les patients à risque élevé. Comme la définition de « risque élevé » ne fait pas encore l'objet d'un consensus, le délai de référence est utilisé à tous les niveaux de priorité.

Les estimations à l'échelle du Canada ont été calculées en fonction des données soumises par les provinces sur les pourcentages de respect des délais de référence et les temps d'attente du 50^e et du 90^e percentiles, à l'exception de celles sur les réparations de fractures de la hanche.

Aucun délai de référence national n'a encore été établi pour la chirurgie liée au cancer ni les examens d'imagerie par résonance magnétique et de tomodensitométrie.

Depuis 2012, le pourcentage de patients subissant un pontage aortocoronarien dans le délai de référence n'est plus déclaré.

Certains patients ne sont toujours pas évalués dans les délais de référence

En dépit des efforts déployés pour réduire les temps d'attente, certains patients attendent plus longtemps que les délais de référence fondés sur des données probantes. Par exemple, bien que la moitié des patients (50^e percentile) aient subi une arthroplastie du genou en 104 jours, un sur dix (90^e percentile) a attendu 263 jours ou plus avant d'être traité par chirurgie (tableau 2). De même, au moins un patient sur dix (90^e percentile) n'a pas reçu les soins dans le délai de référence pour une arthroplastie de la hanche, une arthroplastie du genou, une réparation de fracture de la hanche ou une chirurgie de la cataracte.

Tableau 2 : Aperçu des mesures des temps d'attente pour 2013, avril à septembre 2013, Canada

	Délai de référence pancanadien	Temps d'attente du 50 ^e percentile pancanadien	Temps d'attente du 90 ^e percentile pancanadien
Arthroplastie de la hanche	182 jours	86 jours	230 jours
Arthroplastie du genou	182 jours	104 jours	263 jours
Réparation d'une fracture de la hanche*	48 heures	24 heures	63 heures
Chirurgie de la cataracte[†]	112 jours	46 jours	153 jours
Radiothérapie[‡]	28 jours	7 jours	18 jours

Remarques

* Les temps d'attente pour une réparation d'une fracture de la hanche au Québec ne sont pas inclus en raison de différences méthodologiques touchant les données.

† Le délai de référence à l'échelle canadienne pour la chirurgie de la cataracte est de 16 semaines (112 jours) pour les patients à risque élevé. Comme la définition de « risque élevé » ne fait pas encore l'objet d'un consensus, le délai de référence est utilisé à tous les niveaux de priorité.

‡ Les estimations des temps d'attente du 50^e et du 90^e percentiles excluent le Québec.

Les estimations à l'échelle du Canada ont été calculées en fonction des données soumises par les provinces sur les pourcentages de respect des délais de référence et les temps d'attente du 50^e et du 90^e percentiles, à l'exception de celles sur les réparations de fractures de la hanche. Aucun délai de référence national n'a encore été établi pour la chirurgie liée au cancer ni les examens d'imagerie par résonance magnétique et de tomodensitométrie.

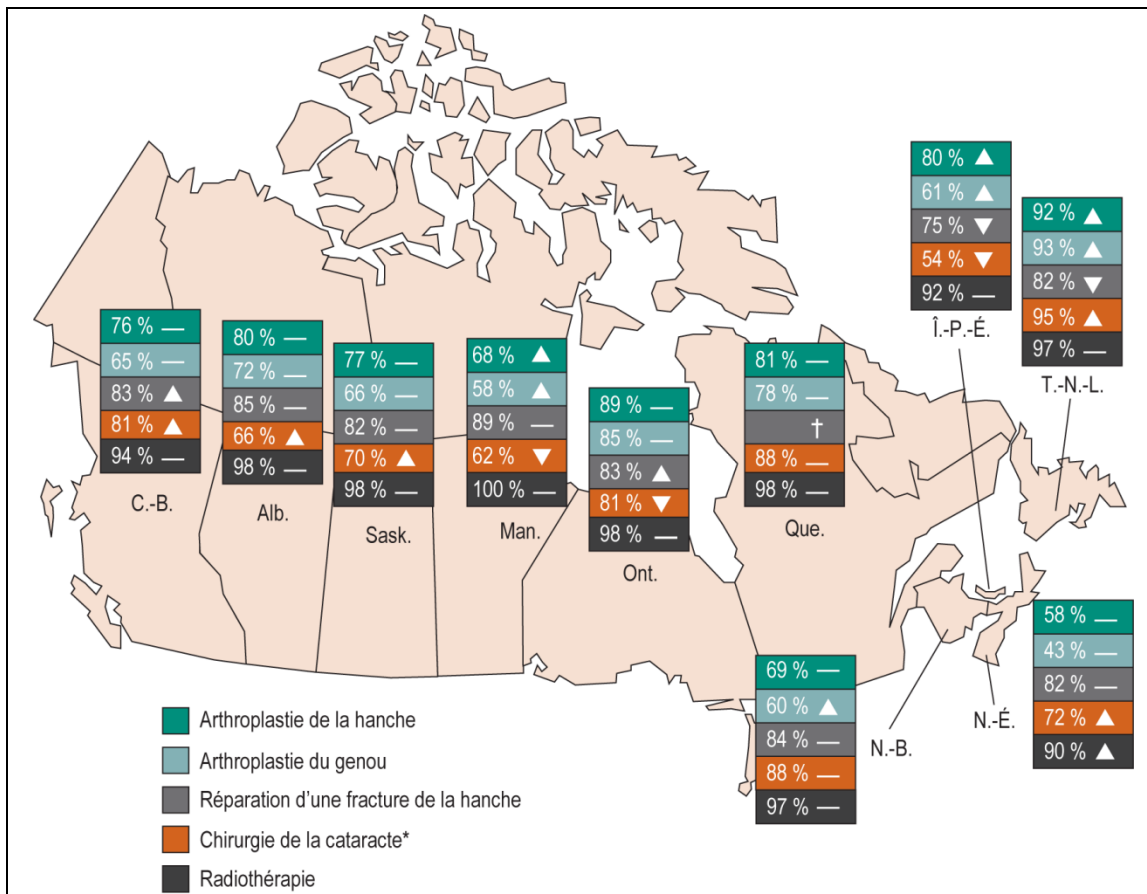
Depuis 2012, le pourcentage de patients subissant un pontage aortocoronarien dans le délai de référence n'est plus déclaré.

Dans plusieurs provinces, le nombre de patients ayant subi un remplacement articulaire dans le délai de référence est à la hausse

Environ quatre patients sur cinq ont subi un remplacement articulaire dans le délai de référence de 182 jours. Au cours des trois dernières années, on a noté dans trois provinces (Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard et Manitoba) une hausse du pourcentage de patients traités dans les délais de référence à la fois pour l'arthroplastie de la hanche et celle du genou. Une amélioration a également été observée au Nouveau-Brunswick pour l'arthroplastie du genou (figure 1).

L'amélioration des temps d'attente pour un remplacement articulaire dans les provinces s'est accompagnée d'une hausse du nombre d'interventions pratiquées. Au Canada, presque toutes les arthroplasties du genou (97 %) et plus des trois quarts des arthroplasties de la hanche (77 %) sont le résultat de l'arthrite dégénérative⁵, une maladie caractérisée par la destruction chronique du cartilage des articulations. Cette maladie est de plus en plus fréquente chez les personnes de moins de 65 ans, particulièrement chez celles âgées de 55 à 65 ans⁶. En raison des besoins accrus en matière de remplacement articulaire, les provinces doivent relever le défi d'élaborer des programmes pour veiller à ce que la plupart des Canadiens reçoivent des soins dans les délais recommandés.

Figure 1 : Pourcentage de patients traités dans les délais de référence, avril à septembre 2013, par province



Remarques

- ▲ Augmentation d'au moins cinq points du pourcentage de patients traités dans les délais de référence depuis 2011 (arrondi au pourcentage le plus près).
- ▼ Diminution d'au moins cinq points du pourcentage de patients traités dans les délais de référence depuis 2011 (arrondi au pourcentage le plus près).
- Aucune variation importante du pourcentage de patients traités dans les délais de référence depuis 2011.
- * Le délai de référence à l'échelle canadienne pour la chirurgie de la cataracte est de 16 semaines (112 jours) pour les patients à risque élevé. Comme la définition de « risque élevé » ne fait pas encore l'objet d'un consensus, le délai de référence est utilisé à tous les niveaux de priorité.
- † Les temps d'attente pour une réparation d'une fracture de la hanche au Québec ne sont pas inclus en raison de différences méthodologiques touchant les données.

Aucun délai de référence national n'a encore été établi pour la chirurgie liée au cancer ni les examens d'imagerie par résonance magnétique et de tomodensitométrie.

Depuis 2012, le pourcentage de patients subissant un pontage aortocoronarien dans le délai de référence n'est plus déclaré.

Les temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte ont diminué dans certaines provinces, mais ont augmenté dans d'autres

Depuis 2011, le pourcentage de personnes subissant une chirurgie de la cataracte dans le délai de référence (112 jours) a nettement changé dans huit provinces sur dix. En trois ans, il a augmenté dans cinq provinces (Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique), mais a diminué dans trois autres (Île-du-Prince-Édouard, Ontario et Manitoba). Dans l'ensemble des provinces, il est passé de 54 % à 95 % (figure 1).

Dans toutes les provinces, au moins 90 % des patients ont reçu leur radiothérapie dans le délai de référence, conformément à l'objectif fixé

Toutes les provinces ont été en mesure d'offrir une radiothérapie à au moins 9 patients sur 10 dans le délai de référence de 28 jours (figure 1). Sept provinces sur dix ont fourni des soins à au moins 95 % des patients dans ce délai. La radiothérapie est le seul domaine prioritaire dans lequel le Canada a atteint l'objectif fixé à 90 %.

Les temps d'attente pancanadiens pour une chirurgie liée au cancer varient selon le siège de la maladie

NOUVEAU Il existe plus de 200 types de cancer, chacun associé à un pronostic et à un traitement différents⁷. On peut donc s'attendre à ce que les temps d'attente varient selon le siège et la gravité de la maladie. C'est le cas des cinq types de cancer courants présentés dans le rapport. Les temps d'attente pancanadiens les plus courts ont été déclarés pour la chirurgie liée au cancer du sein, qui a été pratiquée en moins de trois semaines (17 jours) chez la moitié des patientes et dans les six semaines (42 jours) chez neuf patientes sur dix. Des temps d'attente comparables ont été observés pour la chirurgie liée au cancer colorectal et la chirurgie liée au cancer du poumon (figure 2).

Parmi les cinq types de cancer les plus courants, le cancer de la prostate est celui qui est associé aux temps d'attente les plus longs pour une chirurgie. Toutes les provinces ont déclaré des temps d'attente plus longs pour une chirurgie liée au cancer de la prostate que pour tout autre type de cancer. Compte tenu de la nature de cette maladie et des traitements qui doivent être administrés, on peut s'attendre à des temps d'attente plus longs. Dans bien des cas, les cellules cancéreuses se multiplient si lentement que l'état des patients semble demeurer stable⁸. D'autres protocoles de prise en charge des cas à faible risque, comme la surveillance attentive et la surveillance active, gagnent donc en popularité. Des données probantes démontrent d'ailleurs que certains hommes ainsi pris en charge présentent un taux de survie comparable à celui associé à la chirurgie, tout en évitant les effets secondaires et les risques de celle-ci⁹.

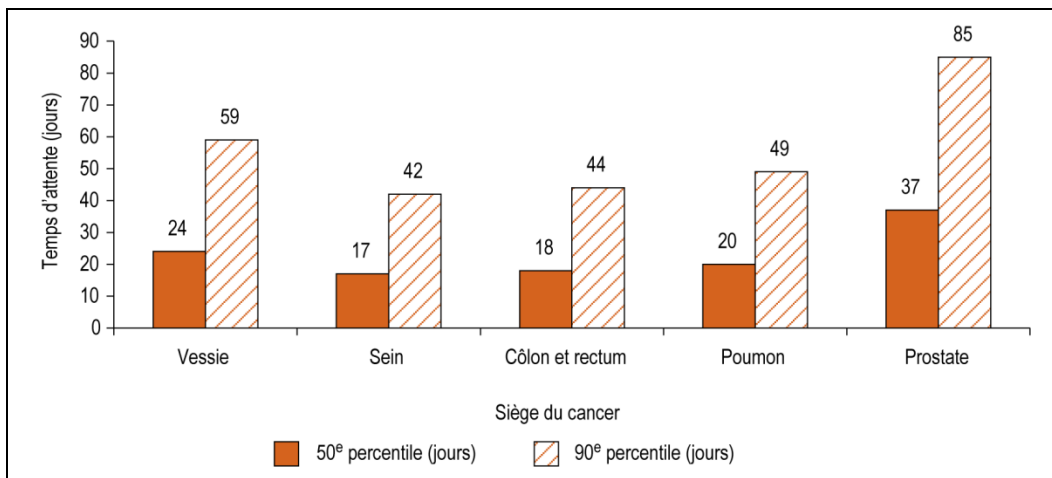
Comment les temps d'attente pour une chirurgie liée au cancer sont-ils mesurés?

Les temps d'attente pour une chirurgie liée au cancer correspondent à l'intervalle entre la date de prise du rendez-vous et la date de l'intervention.

La date de prise du rendez-vous est fixée lorsque le patient et son médecin s'entendent sur le service à fournir et que le patient est prêt à le recevoir. Elle exclut tout retard planifié qui est lié à un protocole de traitement précis (tel que l'administration d'une chimiothérapie ou d'une radiothérapie avant une intervention chirurgicale) ou à une préférence du patient (par exemple, s'il souhaite obtenir un deuxième avis).

Aucun délai de référence n'a encore été établi à l'échelle du pays pour la chirurgie liée au cancer. Certaines provinces et agences ont toutefois mis en place des lignes directrices fondées sur les stades de diagnostic du cancer. Les temps d'attente dans le rapport incluent tous les stades de cancer.

Figure 2 : Temps d'attente pour une chirurgie liée au cancer par siège du cancer, avril à septembre* 2013, Canada



Remarques

* Les données de l'Alberta sur les chirurgies liées au cancer ont été recueillies de décembre 2012 à mai 2013. Les temps d'attente pour une chirurgie liée au cancer correspondent à l'intervalle entre la date de prise du rendez-vous et la date de l'intervention. Aucun délai de référence pancanadien n'a été défini pour la chirurgie liée au cancer. Les estimations pancanadiennes ont été calculées en fonction des données soumises par les provinces sur les temps d'attente du 50^e et du 90^e percentiles. Les temps d'attente estimés pour une chirurgie liée au cancer de la vessie, de la prostate ou colorectal excluent le Manitoba. Aucune chirurgie liée au cancer du poumon n'a été effectuée à l'Île-du-Prince-Édouard.

La déclaration des temps d'attente pour une chirurgie liée au cancer est une étape importante pour comprendre le cheminement d'un patient atteint de cette maladie et mesurer la capacité du système de santé à répondre aux besoins des patients. Au fil du temps, le cancer peut évoluer et migrer vers d'autres parties du corps. Tout retard inapproprié dans la mise en route du traitement peut par conséquent nuire au rétablissement du patient. En plus du risque qu'elle entraîne sur le plan médical, l'attente pour une chirurgie liée au cancer peut causer de l'anxiété chez les patients et leur famille. Cette première année de données sur les temps d'attente pour une chirurgie liée au cancer donne un aperçu de la performance du système de santé. Nous devons toutefois examiner les données sur plusieurs années avant de pouvoir en tirer des conclusions.

Plus de la moitié des provinces peuvent maintenant déclarer les temps d'attente pour un examen d'imagerie diagnostique

Six des dix provinces ont soumis des données comparables sur les temps d'attente pour les examens de tomodensitométrie (TDM) et d'imagerie par résonance magnétique (IRM) en 2013. Dans ces provinces, le temps d'attente moyen (50^e percentile) pour un examen d'IRM en 2013 variait de 23 à 80 jours et était de deux à six fois plus long que le temps d'attente moyen pour un examen de TDM (tableau 3). Le temps d'attente du 90^e percentile variait de 33 à 66 jours pour une TDM et de 60 à 247 jours pour une IRM.

Tableau 3 : Temps d'attente provinciaux (en jours) pour les examens de TDM et d'IRM, avril à septembre 2013, par province

	Examens de TDM		Examens d'IRM	
	50 ^e percentile	90 ^e percentile	50 ^e percentile	90 ^e percentile
Î.-P.-É.	23	45	58	135
N.-É.	20	66	47	136
Ont.	7	33	23	60
Man.	18	47	70	127
Sask.	13	51	28	88
Alb.	13	43	80	247

Remarque

Les temps d'attente pour les examens de TDM et d'IRM à Terre-Neuve-et-Labrador, au Nouveau-Brunswick, au Québec et en Colombie-Britannique n'étaient pas disponibles.

Programmes de réduction des temps d'attente : perspectives internationales et canadiennes

Le Canada est loin d'être le seul pays à éprouver des problèmes d'accès aux soins¹⁰. Un grand nombre de stratégies ont été mises en œuvre partout dans le monde pour réduire les temps d'attente et améliorer l'accès. L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a récemment mené une étude qui a permis de passer en revue un échantillon de ces programmes et de mettre en lumière trois stratégies communes¹⁰ :

- **Hausse du financement** : Le financement additionnel fourni aux dispensateurs de soins est une stratégie souvent utilisée pour rattraper les retards, améliorer la capacité des systèmes à traiter les patients et, par le fait même, réduire les temps d'attente. L'OCDE a toutefois conclu que l'augmentation du financement ne permet pratiquement jamais de diminuer les temps d'attente à long terme. Il les réduit à court terme, généralement jusqu'à l'épuisement des fonds. En Australie, des fonds supplémentaires ont été injectés pour réduire les temps d'attente pour les chirurgies non urgentes. Après quatre ans, le nombre d'interventions pratiquées a augmenté, mais les temps d'attente sont restés les mêmes.
- **Garanties sur les temps d'attente** : Cette stratégie définit un temps d'attente maximal pour certaines interventions et impose des sanctions aux fournisseurs si les cibles ne sont pas atteintes. Elle prévoit également d'autres moyens de fournir les soins aux patients en temps opportun. Les garanties exercent une pression sur les gestionnaires du système de santé et les médecins afin que les soins soient fournis dans les délais cibles. L'OCDE a déterminé que les garanties sont plus efficaces lorsqu'elles sont appliquées. Au Portugal par exemple, lorsqu'un patient a attendu pendant les trois quarts du temps d'attente garanti, il reçoit un billet lui permettant de consulter un autre dispensateur. Son dispensateur original perd par conséquent le financement associé au traitement de ce patient.
- **Outils cliniques d'établissement de la priorité** : Ces outils semblent prometteurs. Ils permettent de trier les patients en fonction de leurs besoins, de veiller à ce que des soins soient fournis en temps opportun à ceux qui en ont le plus besoin, de gérer les listes d'attente de façon plus efficace et d'améliorer la transparence des services. La Nouvelle-Zélande et la Norvège, notamment, utilisent maintenant de tels outils pour trier les patients en fonction de critères cliniques à la fois objectifs et subjectifs.

Comprendre les succès et les échecs des stratégies internationales peut éclairer nos efforts d'amélioration de l'accès aux soins. Partout au pays, de nombreux programmes et stratégies sont mis en œuvre pour réduire les temps d'attente pour les soins de courte durée et ceux d'autres secteurs. Nombre d'entre eux ont donné des résultats prometteurs, mais il s'agit souvent de projets pilotes qui n'ont pas été formellement évalués.

Exemples de stratégies de réduction des temps d'attente au Canada

Programmes d'établissement de la priorité

Modèles d'admission centrale : Point d'accès unique aux soins.

- À Terre-Neuve-et-Labrador, un système d'orientation orthopédique achemine les patients vers un chirurgien disponible selon l'urgence de leur état.

Gestion des listes d'attente : Gestion et classement par ordre de priorité afin de fournir des soins en temps opportun.

- Une initiative mise en œuvre à l'échelle de la Saskatchewan vise à permettre à tous les patients de subir leur chirurgie dans les trois mois suivant la date du rendez-vous. Elle comprend un financement ciblé, l'établissement de cheminements des patients, la mise en commun des orientations vers une chirurgie et de la formation additionnelle pour les infirmières en salle d'opération.
- Une stratégie de gestion de l'accès à la chirurgie a été adoptée au Nouveau-Brunswick pour fournir des données récentes sur les temps d'attente aux autorités sanitaires et aux professionnels de la santé dans le but de gérer les temps d'attente pour une chirurgie.
- La Nouvelle-Écosse mène actuellement un projet pilote d'orientation électronique pour réduire les temps d'attente pour des soins spécialisés.

Programmes d'efficience

Programmes Lean : Élimination systématique des problèmes d'inefficacité dans les soins de santé.

- Santé Î.-P.-É. a élaboré un programme d'accès clinique accéléré afin de réduire les temps d'attente pour la consultation d'un médecin de famille. L'organisme a également mis en place des équipes collaboratives offrant notamment des services d'éducation, de promotion de la santé et de prévention et de gestion des maladies chroniques.

Efficacité en salle d'opération : Traitement d'un plus grand nombre de patients en moins de temps.

- L'Ontario a conçu des indicateurs de performance du processus chirurgical pour lesquels chaque hôpital doit rendre compte.
- La Colombie-Britannique a lancé une initiative périopératoire sur tout son territoire dans le but d'améliorer les soins chirurgicaux. Le projet vise notamment à rendre les soins meilleurs et plus sécuritaires et à accroître l'efficacité grâce à des pratiques et des processus périopératoires améliorés.

Stratégies allant au-delà des soins de courte durée

Réduction des temps d'attente dans les services d'urgence : Réduction du retard accumulé.

- En 2010, les Services de santé de l'Alberta ont lancé l'initiative « De l'urgence aux soins à domicile : le voyage d'une personne âgée vers les bons soins », qui permet d'évaluer si les soins aux aînés peuvent être fournis à domicile.

Amélioration des soins de santé primaires : Prévention et traitement des maladies avant d'avoir recours aux soins de santé primaires, pour améliorer la capacité du système de santé.

- Au Québec, environ 300 groupes de médecine familiale ont été créés pour accroître la disponibilité des médecins de famille et améliorer le suivi des patients.
- L'initiative du Manitoba sur le cheminement des patients atteints du cancer vise réduire les temps d'attente pour un traitement lié au cancer et à améliorer l'expérience des patients. Cette initiative s'appuie sur des principes LEAN afin d'accroître l'efficacité; des améliorations sont en cours dans les domaines des soins primaires, du diagnostic, des soins spécialisés, du soutien informatique et des communications.

Temps d'attente : perspectives d'avenir

La réalisation en temps opportun de toutes les interventions prioritaires continuera d'être une préoccupation dans les années à venir, notamment en raison de la croissance continue du nombre de patients. Sans délai de référence, le suivi et la comparaison des temps d'attente posent problème. Aucun délai de référence n'a encore été fixé pour les chirurgies liées au cancer ni les services d'imagerie diagnostique. L'Association canadienne des radiologistes a suggéré des délais de référence à la suite d'une consultation pancanadienne réalisée en 2013, mais leur pertinence n'a pas encore été évaluée dans toutes les provinces¹¹. De plus, la comparaison des temps d'attente pour un pontage aortocoronarien reste difficile. Les délais de référence pour ces interventions ont été déterminés en fonction de l'urgence de l'état du patient. Il n'y a cependant pas de consensus entre les provinces sur la façon dont les médecins doivent prioriser les patients qui ont besoin d'une telle intervention. Pour y arriver, l'engagement et la collaboration des provinces et des cliniciens seront nécessaires.

Les Canadiens doivent également attendre avant de subir des interventions autres que celles s'inscrivant dans les domaines prioritaires définis par les premiers ministres. On ne fait que commencer à s'y intéresser. Il reste encore beaucoup d'éléments inconnus, notamment combien de temps les Canadiens doivent attendre avant de rencontrer un médecin de famille, de subir des tests diagnostiques, d'en obtenir les résultats ou de consulter un médecin spécialiste. Certains laissent entendre que le Canada accuse un retard par rapport à d'autres pays à ce chapitre¹². Afin d'approfondir nos connaissances sur le cheminement complet des patients atteints de cancer, l'ICIS et les provinces travaillent conjointement à la déclaration de données sur les temps d'attente pour une chimiothérapie intraveineuse qui pourront être comparées entre provinces et territoires.

Conclusion

De plus en plus de Canadiens subissent des interventions prioritaires. Les temps d'attente pancanadiens sont toutefois restés pratiquement inchangés au cours des trois dernières années. Bien que la performance globale du Canada soit demeurée constante, les temps d'attente pour un remplacement articulaire se sont améliorés dans plusieurs provinces et territoires. Cette année, toutes les provinces ont atteint le taux cible de 90 % dans le domaine de la radiothérapie. Par contre, cet objectif a rarement été atteint pour les autres interventions prioritaires. Pour la première, les provinces ont déclaré des données sur les temps d'attente pour les chirurgies liées au cancer. Il s'agit là d'une étape importante pour comprendre le cheminement d'un patient atteint de cette maladie.

Des efforts continuent d'être déployés pour comprendre et surveiller les temps d'attente au Canada. Toutes les provinces prennent diverses mesures pour les réduire, allant de l'établissement de priorités à l'amélioration de l'efficacité, en passant par l'élaboration de stratégies pour les services autres que les soins de courte durée. Même si bon nombre de ces programmes sont mis en œuvre à petite échelle et n'ont pas été évalués, les provinces et territoires peuvent apprendre les uns des autres, et même des autres pays, afin de poursuivre les progrès réalisés au cours des dix dernières années.

Renseignements supplémentaires

La présente Analyse en bref s'inscrit dans le cadre du programme en cours de l'ICIS qui porte sur l'accès aux soins, y compris les temps d'attente, secteur jugé prioritaires lors des consultations qui ont abouti à l'élaboration des Orientations stratégiques de l'ICIS. Des sujets précis devant faire l'objet d'une analyse ont été choisis à la suite de consultations ultérieures ciblées sur les priorités qui permettront d'améliorer l'information sur l'accès aux soins.

Ce document est accessible gratuitement dans les deux langues officielles sur le site Web de l'ICIS au www.icis.ca.

L'information sur les temps d'attente, y compris les tendances depuis 2008 par province et par domaine prioritaire, se trouve sur le site Web de l'ICIS (<http://tempsdattente.icis.ca>).

Remerciements

L'ICIS souhaite remercier les nombreux organismes et collaborateurs qui ont contribué à la préparation de cette Analyse en bref.

La production de ce document a mis à contribution de nombreuses personnes au sein de l'ICIS. Le comité de rédaction était composé de Kathleen Morris et Tracy Johnson. L'ICIS remercie tout particulièrement l'équipe des Questions émergentes pour sa contribution au rapport.

La présente analyse n'aurait pu être produite sans l'aide et l'appui généreux de plusieurs autres personnes et organismes, notamment les représentants des ministères provinciaux de la Santé sur les questions relatives à l'accès aux soins et aux temps d'attente.

Annexe : Sites Web provinciaux sur les temps d'attente

Province	Site Web sur les temps d'attente
T.-N.-L.	http://www.health.gov.nl.ca/health/wait_times/index.html
Î.-P.-É.	http://www.healthpei.ca/tempsattente
N.-É.	http://waittimes.novascotia.ca/
N.-B.	http://www1.gnb.ca/0217/surgicalwaittimes/index-f.aspx
Qc	http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/g74web/default.asp
Ont.	http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/waittimes/
Man.	http://www.gov.mb.ca/health/waittime/index.fr.html
Sask.	http://www.sasksurgery.ca/
Alb.	http://waittimes.alberta.ca/
C.-B.	http://www.health.gov.bc.ca/swt/#

Références

1. Statistique Canada. Access to Health Care Services in Canada, 2005. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-575-x/82-575-x2006002-eng.htm>. Consulté le 27 janvier 2014.
2. Santé Canada. A 10-Year Plan to Strengthen Health Care. Dernière modification le 16 septembre 2004.
3. Santé Canada. Asymmetrical Federalism That Respects Quebec's Jurisdiction. Dernière modification le 15 septembre 2004.
4. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. First Ever Common Benchmarks Will Allow Canadians to Measure Progress in Reducing Wait Times (Communiqué). 2005. <http://www.health.gov.on.ca/>. Consulté le 13 février 2014.
5. Institut canadien d'information sur la santé. Canadian Joint Replacement Registry: Hip and Knee Replacements in Canada 2012-2013. Ottawa, ON : CIHI; 2013.
6. La Société de l'arthrite. Arthritis Facts and Statistics: An Overview. 2012. <http://www.arthritis.ca/document.doc?id=338>.
7. Cancer Research UK. How Many Different Types of Cancer Are There? 2013. <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-help/about-cancer/cancer-questions/how-many-different-types-of-cancer-are-there>. Consulté le 28 janvier 2014.
8. Harvard Health Publications. Prostate Cancer Lives As It Is Born: Slow-Growing and Benign or Fast-Growing and Dangerous. 2013. <http://www.health.harvard.edu/blog/prostate-cancer-lives-as-it-is-born-slow-growing-and-benign-or-fast-growing-and-dangerous-201308146604>. Consulté le 28 janvier 2014.
9. JT Tosoian et al. Active Surveillance Program for Prostate Cancer: An Update of the John Hopkins Experience. Journal of Clinical Oncology. 2011.
10. Organisation de coopération et de développement économiques. OECD Health Policy Studies: Waiting Time Policies in the Health Sector. What Works? Paris, France : OCDE; 2013.
11. Conseil canadien de la santé. Progress Report 2013: Health Care Renewal in Canada. Toronto, ON : CCS; 2013.
12. Le Fonds du Commonwealth. International Health Policy Survey in Eleven Countries. New York, USA : 2010. http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/In%20the%20Literature/2010/Nov/Int%20Survey/PDF_2010_IHP_Survey_Chartpack_FINAL_white_bkgd_111610_ds.pdf.