

Février 2013



Analyse en bref

Les temps d'attente pour les interventions prioritaires au Canada, 2013

Les Canadiens ont l'habitude d'attendre pour obtenir des soins de santé. En effet, au Canada, les patients indiquent devoir attendre plus longtemps pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste ou subir une intervention chirurgicale non urgente que les patients d'autres pays. Dans un sondage mené par le Fonds du Commonwealth en 2010 auprès de 11 pays, le Canada affichait le plus haut pourcentage de patients (25 %) ayant déclaré une attente de quatre mois ou plus pour une chirurgie non urgente. Ce pourcentage est similaire à celui du Royaume-Uni (21 %), mais beaucoup plus élevé qu'en Allemagne (près de 0 %) et qu'aux États-Unis (7 %)¹.

Les gouvernements et les systèmes de santé régionaux à la grandeur du pays ont reconnu que la situation est problématique et travaillent à l'améliorer. Ainsi, ils se sont engagés à assurer aux Canadiens l'accès à des services de santé en temps opportun. En 2004, les premiers ministres ont fait de la réduction des temps d'attente l'une de leurs priorités dans le cadre du Plan décennal pour consolider les soins de santé^{i, 2, 3}. Le plan prévoyait des investissements stratégiques dans cinq domaines cliniques prioritaires : l'oncologie, la cardiologie, l'imagerie diagnostique, les remplacements articulaires et la restauration de la vue.

Au moment de la mise en œuvre du plan, les provinces se situaient à des étapes différentes quant à la mesure et à la déclaration des temps d'attente. Les progrès constants réalisés à cet égard par l'ensemble des provinces permettent aujourd'hui à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) de présenter les tendances pancanadiennes relatives à cinq des huit interventions prioritaires. Cependant, les difficultés persistantes en matière

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

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.

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

de mesure et de déclaration des temps d'attente pour les pontages aortocoronariens (PAC) et les examens d'imagerie diagnostique nous empêchent toujours de produire un rapport exhaustif sur l'ensemble des domaines prioritaires.

Tout au long de la période visée par le plan décennal, les provinces ont consacré de grands efforts à la réduction des temps d'attente et à l'augmentation du nombre d'interventions pratiquées dans les délais recommandés. Dans les années qui ont suivi la mise en œuvre du plan, les temps d'attente ont considérablement diminué. Les provinces semblaient se rapprocher de l'objectif de traiter 90 % des patients dans les délais recommandés. En 2010, les délais recommandés ont en effet été respectés pour 90 % des Canadiens en radiothérapie et pour environ 80 % de ceux ayant subi une autre intervention prioritaire. Toutefois, les progrès ont ralenti au cours des dernières années, les provinces ayant vraisemblablement plus de difficulté à obtenir des gains à l'approche des objectifs finaux.

Malgré cette stagnation, plus de 538 000 Canadiens ont subi une intervention chirurgicale prioritaire en 2012, soit 21 000 de plus que l'année précédente. Les données indiquent que la demande pour des interventions telles que les remplacements articulaires augmente plus vite que la capacité du système de santé à y répondre.

De façon générale, les données de 2012 n'indiquent aucune amélioration quant à la réduction des temps d'attente pour les interventions prioritaires au Canada. Bien que le plan décennal tire à sa fin, il demeure difficile de produire des rapports exhaustifs sur les temps d'attente dans les domaines prioritaires et de traiter 90 % des patients dans les délais recommandés.

Déclaration et mesure : progrès et difficultés persistantes

Pourcentage de patients traités dans le délai de référence — tendances sur trois ans

Cette année, pour la toute première fois, nous sommes en mesure d'examiner les tendances sur trois ans à l'échelle canadienne pour les arthroplasties de la hanche et du genou, les réparations d'une fracture de la hanche, les chirurgies de la cataracte et les radiothérapies. Cette évolution résulte de la déclaration de mesures comparables par toutes les provinces depuis 2010.

Dans les années antérieures, une tendance triennale était significative s'il y avait différence d'au moins 10 points de pourcentage sur trois ans (par exemple les résultats de 2012 comparés à ceux de 2010). Maintenant que nous pouvons nous appuyer sur de plus en plus d'années de déclaration, nous avons une meilleure confiance en nos données et sommes moins susceptibles d'observer des écarts causés par des irrégularités dans les déclarations. Par conséquent, nous avons resserré de 10 à 5 points de pourcentage le critère déterminant une variation importante sur trois ans. Ce nouveau seuil permet une mesure plus précise du changement.

Imagerie diagnostique

L'imagerie diagnostique représente toujours le domaine pour lequel il y a le moins de provinces participantes. De façon générale, la déclaration de données dans ce domaine s'est tout de même améliorée avec le temps. En effet, le nombre de provinces participantes est passé de trois en 2008 à six en 2011. Pour la dernière année toutefois, seulement cinq provinces ont été en mesure de fournir des données (la Saskatchewan a entrepris une migration vers un nouveau système de registre).

Il n'existe aucun délai de référence pancanadien pour l'imagerie diagnostique. De ce fait, il est impossible de faire état des pourcentages d'interventions effectuées dans les délais de référence. Les graphiques interactifs, accessibles sur le site Web de l'ICIS au <http://tempsdattente.icis.ca>, examinent et présentent plutôt les temps d'attente du 50^e et du 90^e percentiles pour l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et la tomodensitométrie (TDM).

Chirurgie cardiaque

La comparabilité des données sur les temps d'attente pour les PAC demeure problématique. Les délais de référence pour les PAC sont déterminés en fonction de l'urgence de l'état du patient. Dans le rapport de l'an dernier, nous avons prévu d'améliorer notre capacité à déclarer les PAC par niveau d'urgence pour cette année. Cependant, comme les cliniciens utilisent chacun des échelles de mesure de l'urgence différentes et que celles-ci ne sont pas toujours appliquées de la même façon, il nous est encore impossible de présenter les délais de référence des PAC par niveau d'urgence.

Dans les rapports antérieurs, nous faisons état de la proportion de patients ayant subi un PAC dans le délai de référence le plus long (26 semaines). Les cliniciens et les provinces ont toutefois clairement indiqué que l'évaluation du pourcentage des patients recevant des soins dans le délai de référence le plus long ne correspond pas vraiment à l'expérience des patients qui présentent des besoins différents — particulièrement pour le groupe de patients nécessitant les soins les plus urgents.

Après une étude approfondie des incohérences découlant de cette méthode de déclaration, l'ICIS a décidé de ne plus présenter le pourcentage des patients ayant subi une PAC dans un délai donné. Dorénavant, il fera plutôt état des temps d'attente du 50^e et du 90^e percentiles dans ses graphiques interactifs. À l'avenir, l'engagement et la collaboration des provinces et des cliniciens seront nécessaires. À l'heure actuelle, il n'existe toutefois aucun mécanisme pour gérer cette question complexe.

Graphiques interactifs sur les temps d'attentes

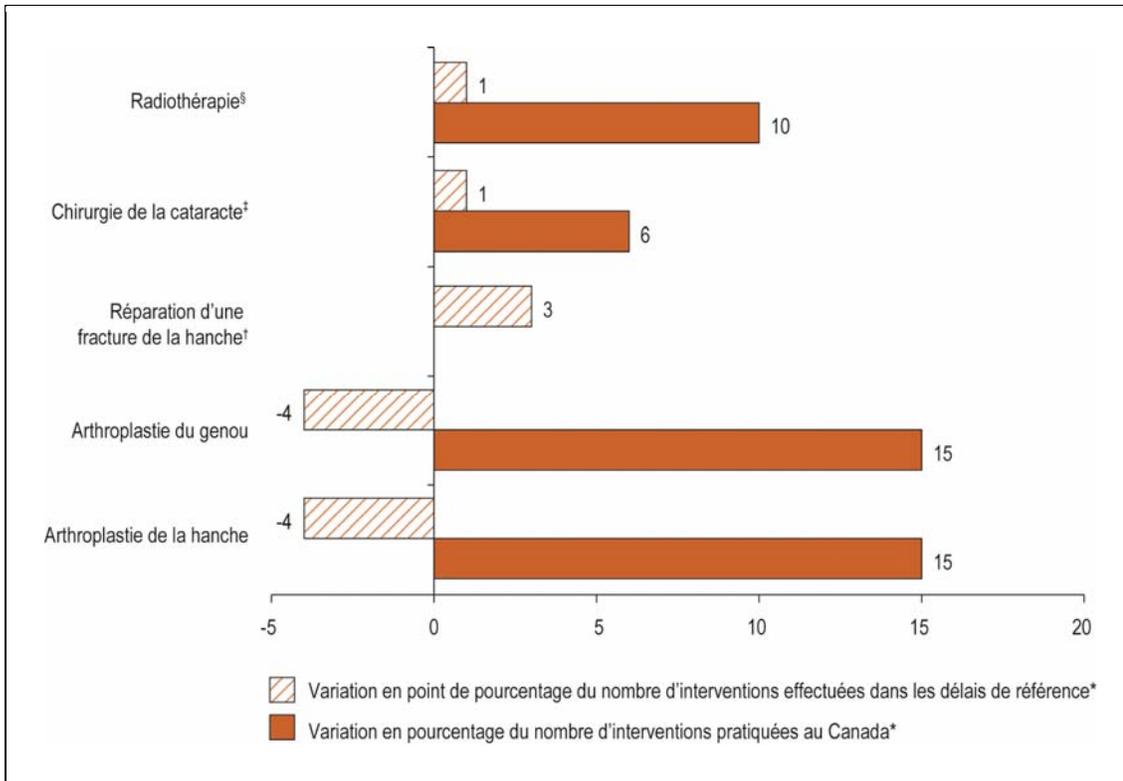
Créés l'an dernier, ces graphiques en ligne présentent les temps d'attente observés pour tous les domaines prioritaires au cours des cinq dernières années. Ils visent à permettre aux Canadiens de mieux comprendre les progrès réalisés en matière de suivi, de déclaration et de réduction des temps d'attente. Cette information, 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>).

Temps d'attente en 2012 : principaux résultats

Le nombre de remplacements articulaires a connu une importante hausse, mais la proportion de Canadiens ayant subi l'intervention dans les délais recommandés n'a pas augmenté.

L'une des stratégies visant à réduire les temps d'attente consiste à effectuer plus d'interventions. Le nombre de remplacements articulaires pratiqués en 2012 était 15 % plus élevé qu'en 2010, ce qui a représenté un coût de plus de 100 millions de dollars pour le système de santé. Malgré la hausse des interventions et des dépenses, le pourcentage des remplacements articulaires effectués dans le délai recommandé de 182 jours (26 semaines) a tout de même chuté de quatre points (passant de 84 à 80 % pour les arthroplasties de la hanche et de 79 à 75 % pour les arthroplasties du genou) (figure 1 et tableau 1).

Figure 1 : Variation du nombre d'interventions prioritaires pratiquées et du pourcentage d'interventions prioritaires effectuées dans les délais de référence au Canada, 2010 à 2012*



Remarques

- * Variation calculée pour les périodes d'avril à septembre 2010 et d'avril à septembre 2012.
 - † Les données de 2010 de Terre-Neuve-et-Labrador sur les réparations d'une fracture de la hanche sont estimées; les données du Québec sur les réparations d'une fracture de la hanche ne sont pas incluses 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 données de 2010 de la Colombie-Britannique sur le volume de traitements de radiothérapie sont estimées.
- Les estimations à l'échelle du Canada ont été calculées en fonction des données soumises par les provinces sur les volumes de chirurgies et les pourcentages de patients traités dans le délai de référence.

Même si les variations sur trois ans à l'échelle du Canada ne sont pas considérables selon le seuil de cinq points de pourcentage, au moins la moitié des provinces ont enregistré une diminution importante du pourcentage des remplacements articulaires effectués dans les délais de référence. Dans le cas des arthroplasties de la hanche, 5 des 10 provinces (Île-du-Prince-Édouard, Nouveau-Brunswick, Québec, Manitoba et Colombie-Britannique) ont affiché une importante baisse en pourcentage. En ce qui concerne les arthroplasties du genou, la situation a été la même pour ces cinq provinces ainsi que pour la Saskatchewan et l'Ontario (figure 2).

Pourquoi la hausse du nombre d'interventions n'entraîne-t-elle pas une réduction des temps d'attente? Les données indiquent que la demande augmente plus vite que la capacité du système de santé à y répondre. Plusieurs facteurs contextuels peuvent tendre à accroître la demande de remplacements articulaires. Premièrement, le nombre de personnes de 65 ans et plus — qui sont depuis toujours les plus susceptibles d'avoir besoin d'un remplacement articulaire — a augmenté au Canada⁴. Cela dit, le vieillissement de la population a peu contribué à la hausse de la demande. Certaines affections susceptibles de mener à un remplacement articulaire, comme l'arthrose et l'obésité, sont aussi de plus en plus répandues dans l'ensemble de la population canadienne⁵. Les changements dans les pratiques chirurgicales et les améliorations apportées

aux prothèses constituent peut-être des facteurs influençant davantage la demande. À titre d'exemple, les remplacements articulaires sont maintenant indiqués même pour les patients plus jeunes⁴. Sur une période de 10 ans (1998-2008), la plus forte augmentation du nombre d'arthroplasties de la hanche et du genou (66 % pour la hanche et 128 % pour le genou jusqu'en 2005-2006) a été observée chez les personnes de 45 à 54 ans⁶.

Le nombre de remplacements articulaires pratiqués dépend des capacités et des ressources chirurgicales. Certaines ressources sont relativement stables à court terme, comme le nombre de chirurgiens orthopédistes. À long terme, des changements peuvent être apportés aux ressources disponibles et aux programmes incitatifs. En modifiant l'attribution du financement, on peut inciter les hôpitaux à allouer plus de lits et d'heures en salle d'opération aux cas de remplacement articulaire. Par ailleurs, des mesures incitatives peuvent amener les chirurgiens à modifier les groupes clients dans leur pratique. Terre-Neuve-et-Labrador est l'une des deux seules provinces à avoir enregistré une amélioration sur trois ans quant au respect des délais recommandés pour ce type d'intervention. Cette amélioration découle principalement d'une hausse du financement ayant permis de pratiquer des arthroplasties de la hanche et du genou additionnelles en 2012⁷.

En plus d'avoir besoin d'un chirurgien et d'une salle d'opération, les patients nécessitant un remplacement articulaire doivent également avoir accès à un lit d'hôpital pour leur rétablissement postopératoire. En Alberta, le pourcentage de remplacements articulaires effectués dans les délais de référence a également augmenté. La province a réussi à diminuer ses délais, en partie, en faisant passer de cinq à quatre jours la durée d'hospitalisation postopératoire. Ainsi, 3 000 interventions additionnelles ont pu être pratiquées dans cette province en 2011, car les efforts déployés ont permis de libérer des lits et de compenser les coûts des interventions supplémentaires⁸. En termes simples, la réorientation des ressources est probablement plus efficace si elle est accompagnée d'un changement dans la façon dont les interventions sont gérées.

Tableau 1 : Aperçu des mesures des temps d'attente au Canada pour 2012 (avril à septembre 2012)

	Délai de référence pancanadien (en jours)	Temps d'attente du 50 ^e percentile à l'échelle du Canada (en jours)	Temps d'attente du 90 ^e percentile à l'échelle du Canada (en jours)	Pourcentage de patients traités dans le délai de référence en 2012	Tendance relative à la proportion de patients recevant les soins dans les délais de référence (2010 à 2012)
Arthroplastie de la hanche	182	87	237	80	—
Arthroplastie du genou	182	106	270	75	—
Réparation d'une fracture de la hanche*	48 heures	24 heures	66 heures	81	—
Chirurgie de la cataracte†	112	46	144	83	—
Radiothérapie	28	7	19	97	—

Légende

— Aucune variation importante de la proportion de patients recevant les soins dans les délais de référence depuis 2010.

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.

Variation calculée pour les périodes d'avril à septembre 2010 et d'avril à septembre 2012.

On dégage une tendance lorsqu'il y a une variation d'au moins cinq points de pourcentage (à la hausse ou à la baisse) de la proportion de patients recevant les soins dans les délais de référence par rapport aux chiffres de 2010. Les proportions présentant une variation inférieure à cinq points de pourcentage ont été considérées comme stables.

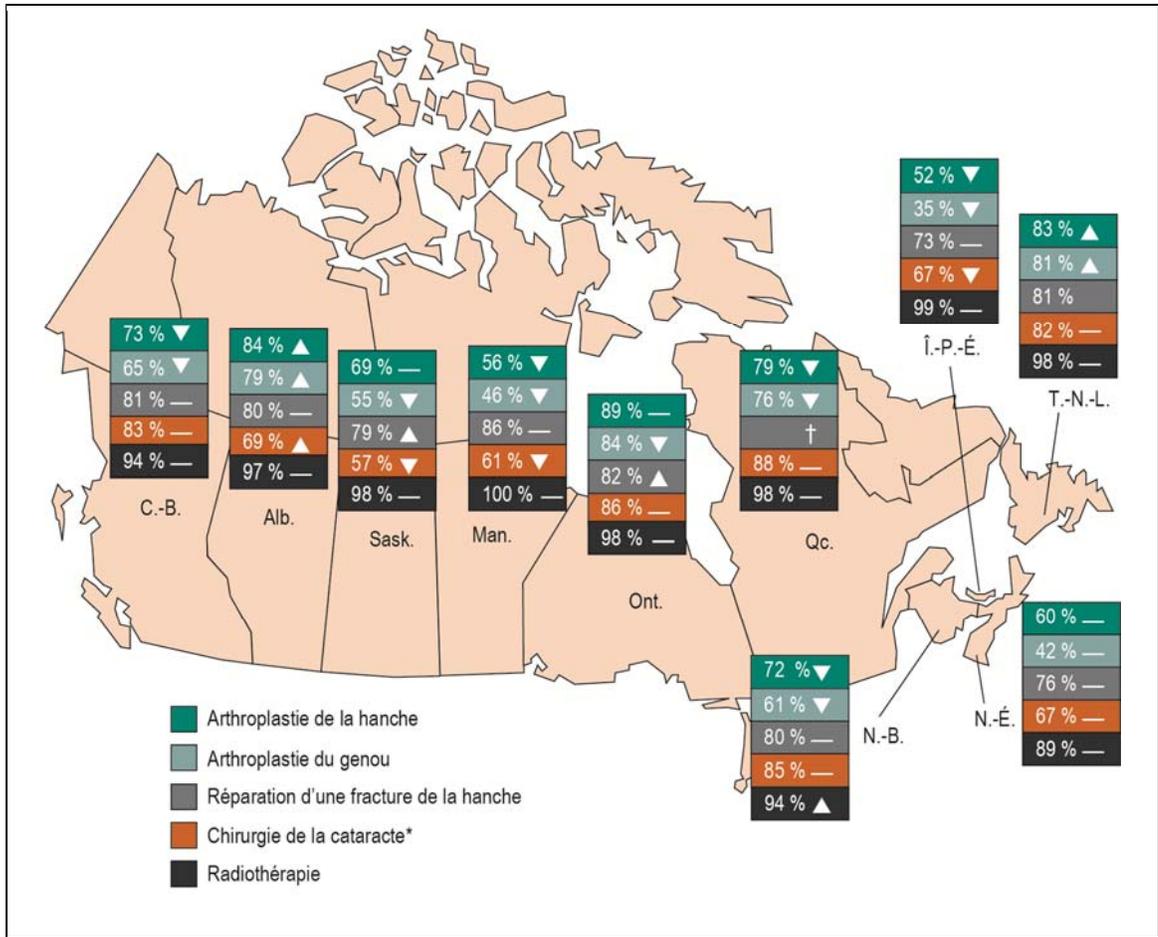
Il n'existe pas de délai de référence pancanadien pour les examens d'IRM et de TDM.

À compter de 2012, le pourcentage de patients ayant subi un PAC dans le délai de référence ne sera plus déclaré.

La radiothérapie est le seul domaine pour lequel plus de 90 % des patients canadiens ont été traités dans les délais de référence.

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. À l'échelle canadienne, cet objectif a été atteint pour la radiothérapie. Au moins 90 % des patients dans chacune des provinces, à l'exception de la Nouvelle-Écosse, ont été traités dans le délai de référence de 28 jours; avec un taux de 89 %, la Nouvelle-Écosse est très près de l'objectif. Toutefois, dans tous les autres domaines prioritaires, aucune province n'a atteint 90 % (figure 2).

Figure 2 : Tendence relative à la proportion de patients recevant les soins dans les délais de référence, par province et domaine prioritaire, 2010 à 2012



Légende

- ▲ Augmentation d'au moins cinq points du pourcentage de patients traités dans le délai de référence depuis 2010 (arrondi au pourcentage le plus près).
- ▼ Diminution d'au moins cinq points du pourcentage de patients traités dans le délai de référence depuis 2010 (arrondi au pourcentage le plus près).
- Aucune variation importante du pourcentage de patients traités dans le délai de référence depuis 2010.

Remarques

- * 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.

Il n'existe pas de délai de référence pancanadien pour les examens d'IRM et de TDM.

À compter de 2012, le pourcentage de patients ayant subi un PAC dans le délai de référence ne sera plus déclaré.

Les patients nécessitant une arthroplastie du genou sont moins susceptibles de subir l'intervention dans les délais de référence.

Les plus longs temps d'attente et les plus importantes variations entre les provinces ont été observés dans les cas d'arthroplastie du genou, comparativement aux autres interventions prioritaires. Le pourcentage d'arthroplasties du genou effectuées dans les délais de référence était également le plus bas de tous. En 2010, près de 80 % des patients étaient traités dans le délai de 182 jours (26 semaines). Ce pourcentage a ensuite chuté à 75 % en 2011 et est depuis demeuré stable. De tous les domaines prioritaires, les arthroplasties du genou constituent l'intervention pour laquelle les écarts entre les provinces sont les plus grands, le pourcentage le plus élevé différant de 49 points par rapport au pourcentage le plus bas (35 % à l'Île-du-Prince-Édouard et 84 % en Ontario). Dans trois provinces, moins de la moitié des patients ont été traités dans les délais de référence (figure 2).

L'accès à une chirurgie de la cataracte et à une chirurgie de réparation d'une fracture de la hanche dans les délais de référence a très peu varié.

En ce qui concerne les réparations d'une fracture de la hanche et les chirurgies de la cataracte, la situation est demeurée relativement stable depuis 2010 dans l'ensemble du Canada. La plupart des provinces n'ont enregistré aucune amélioration du pourcentage de patients traités dans le délai de référence pour ces deux interventions. L'Alberta constitue l'unique province dont la proportion de patients ayant reçu une chirurgie de la cataracte dans le délai de référence s'est accrue, alors que cette proportion a diminué à l'Île-du-Prince-Édouard, au Manitoba et en Saskatchewan sur une période de trois ans. La Saskatchewan et l'Ontario se sont améliorées quant aux réparations d'une fracture de la hanche (figure 2).

Les temps d'attente pour une IRM continuent d'être supérieurs aux temps d'attente pour une TDM.

En 2012, le temps d'attente typique pour une IRM était de 2,5 à 6 fois plus élevé que le temps d'attente typique pour une TDM dans les cinq provinces ayant soumis des données. Aucun délai de référence pancanadien n'a été établi pour ces examens.

Conclusion

Le nombre d'interventions prioritaires pratiquées au Canada en 2012 a été plus élevé qu'au cours de toutes les autres années, les remplacements articulaires et les radiothérapies ayant connu une hausse considérable. Malgré tout, la proportion de patients ayant reçu les soins dans les délais de référence n'a pas augmenté depuis 2010. L'objectif d'effectuer 90 % des interventions prioritaires dans les délais de référence n'a été atteint dans aucun des domaines prioritaires, à l'exception de la radiothérapie. Par ailleurs, si la situation à l'échelle canadienne est demeurée stable, plus de la moitié des provinces ont enregistré une baisse importante dans deux domaines prioritaires ou plus.

Même si le plan décennal prendra fin en 2014, les efforts en vue d'un meilleur suivi et de la réduction des temps d'attente se poursuivront. Un projet de collaboration pancanadien est en cours; il vise à établir des mesures des temps d'attente pour d'autres interventions, comme les chirurgies liées au cancer et la chimiothérapie. Les provinces ont également entrepris des démarches pour déclarer d'autres aspects des temps d'attente, comme le délai d'obtention d'un rendez-vous avec un spécialiste ou le temps passé à l'urgence avant l'hospitalisation pour une fracture de la hanche. Les provinces mettent en œuvre divers moyens pour réduire les temps d'attente, y compris des initiatives LEAN, des modèles d'admission centralisée ainsi qu'une meilleure gestion de l'utilisation des salles d'opération et des listes d'attente.

Autres renseignements

La présente Analyse en bref s'inscrit dans le cadre du programme continu de l'ICIS portant sur l'accès aux soins. Ce programme comprend également les temps d'attente, secteur jugé prioritaire lors des consultations qui ont mené à l'élaboration des *Orientations stratégiques de 2005-2006 à 2007-2008*. L'ICIS a choisi des sujets d'analyse à la suite de consultations sur les priorités visant à 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.

Remerciements

L'ICIS souhaite remercier les nombreux organismes et les nombreuses personnes qui ont contribué à l'élaboration de la présente 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, Tracy Johnson et Cheng Qian. L'ICIS remercie tout particulièrement l'équipe des Questions émergentes pour sa contribution au rapport, ainsi que Jennifer Walker pour son travail à titre de conseillère externe.

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.

Références

1. Schoen C, Osborn R. *Commonwealth Fund 2010 International Health Policy Survey in 11 Countries, Chartpack*. New York : Fonds du Commonwealth; 18 novembre 2011. <http://www.commonwealthfund.org/Surveys/2010/Nov/2010-International-Survey.aspx>. Consulté le 28 décembre 2012.
2. Santé Canada. A 10-Year Plan to Strengthen Health Care. Santé Canada. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-eng.php>. Dernière modification le 16 septembre 2004. Consulté le 28 décembre 2012.
3. Santé Canada. Asymmetrical Federalism That Respects Quebec's Jurisdiction. Santé Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/bg-fi_quebec-eng.php. Dernière modification le 15 septembre 2004. Consulté le 28 décembre 2012.
4. Ravi B, Croxford R, Reichmann WM, Losina E, Katz JN, Hawker GA. The changing demographics of total joint arthroplasty recipients in the United States and Ontario from 2001 to 2007. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2012;26(5):637-647.
5. Alliance de l'arthrite du Canada. *The Impact of Arthritis in Canada: Today and over the next 30 years*. Alliance de l'arthrite du Canada; 27 octobre 2011. http://www.arthritisnetwork.ca/downloads/20111022_Impact_of_arthritis.pdf. Consulté le 28 décembre 2012.
6. Institut canadien d'information sur la santé. *Health Indicators 2009*. Ottawa, ON : ICIS; mai 2009. <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?locale=en&pc=PCC140>. Consulté le 28 décembre 2012.
7. Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. Newfoundland and Labrador Makes Significant Reductions in Wait Times. Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador. <http://www.releases.gov.nl.ca/releases/2012/health/1224n01.htm>. Dernière modification le 24 décembre 2012. Consulté le 28 décembre 2012.
8. Frank C. Curing lengthy wait times in the public health system. University of Manitoba Evidence Network of Canadian Health Policy. <http://umanitoba.ca/outreach/evidencenetwork/archives/4982>. Consulté le 28 décembre 2012.