

Il est grand temps d'agir!

Pour une meilleure gestion des temps d'attente grâce aux points de repère et aux pratiques exemplaires



RAPPORT FINAL
de l'Alliance sur les temps
d'attente pour l'accès aux soins
de santé en temps opportun

A O Û T 2 0 0 5

Il est grand temps d'agir!

**Pour une meilleure gestion des temps d'attente grâce aux
points de repère et aux pratiques exemplaires**

RAPPORT FINAL

de l'Alliance sur les temps d'attente

pour l'accès aux soins

de santé en temps opportun

A O Û T 2 0 0 5

©Canadian Association of Nuclear Medicine, Canadian Association of Radiation Oncologists, Canadian Association of Radiologists, Canadian Cardiovascular Society, Canadian Medical Association, Canadian Ophthalmological Society, Canadian Orthopaedic Association, 2005

Published by the Canadian Medical Association, August 2005

Second printing October 2005

These benchmarks or performance goals have been developed by medical experts using the best evidence available at the time. They are not intended to be standards nor should they be interpreted as a line beyond which a health care provider or funder has acted without due diligence. Importantly, they do not take into account current constraints on the system's capacity to achieve these benchmarks.

Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada

Alliance sur les temps d'attente pour l'accès aux soins de santé en temps opportun

Il est grand temps d'agir! : pour une meilleure gestion des temps d'attente grâce aux points de repère et aux pratiques exemplaires : rapport final de l'Alliance sur les temps d'attente pour l'accès aux soins de santé en temps opportun.

Publ. aussi en anglais sous le titre: It's about time! : achieving benchmarks and best practices in wait time management.

Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 1-894391-17-9

1. Hôpitaux--Listes d'attente--Canada. 2. Étalonnage concurrentiel--Canada. 3. Santé, Services de--Administration--Canada. 4. Santé, Services de--Accessibilité--Normes--Canada. I. Association médicale canadienne II. Titre.

RA971.85.W3414 2005

362.1'068

C2005-906004-2

Additional copies are available from
Member Service Centre
Canadian Medical Association
1867 Alta Vista Drive
Ottawa ON K1G 3Y6
888 855-2555 or 613 731-8610 x2307
msc@cma.ca
cma.ca

Table des matières

Remerciements	v
Membres de l'Alliance sur les temps d'attente	v
Sommaire	v
Introduction	v
Définitions de points de repère sur les temps d'attente	v
Quand le temps commence-t-il à compter	v
Les «premiers principes» devant guider l'établissement des points de repère sur les temps d'attente	v
Les points de repère sur les temps d'attente proposés par l'ATA.....	v
Questions de mise en œuvre	v
Stratégies d'amélioration de l'accès aux soins en temps opportun	v
Trousse d'outils stratégiques afin de réduire, mesurer, surveiller et gérer les temps d'attente.....	v
Recommandations	v
1. Introduction et raison d'être	v
Définition de points de repère sur les temps d'attente	v
Quand le temps commence-t-il à compter	v
2. Efforts récents d'établissement de points de repère au Canada.....	v
Les avantages qu'offrent les points de repère sur les temps d'attente	v
Revue du processus d'établissement des points de repère	v
L'Accord des premiers ministres de 2004.....	v
Efforts déployés par les gouvernements jusqu'à maintenant.....	v
Autres travaux récents relatifs aux points de repère sur les temps d'attente réalisés au Canada et à l'étranger.....	v
3. Commentaires sur notre rapport provisoire.....	v
Réponse au concept de l'élaboration de points de repère sur les temps d'attente.....	v
Réponse à nos «premiers principes».....	v
Commentaires sur les points de repère contenus dans le rapport provisoire	v
4. Les points de repère révisés de l'ATA.....	v
Rapports des spécialités.....	v
Quel est le lien entre les points de repère sur les temps d'attente proposés et la situation actuelle?	v
Le besoin de points de repère sur les temps d'attente dans le cas d'autres interventions de soins de santé.....	v
5. Problème de mise en œuvre	v
Problème du côté de l'offre	v
Problèmes du côté de la demande	v
Manque de données sur les temps d'attente	v
Ramifications du non-respect des points de repère	v
6. Stratégies d'amélioration de l'accès aux soins en temps opportun	v
Le code sur les temps d'attente.....	v
La trousse d'outils stratégiques de l'ATA pour réduire, mesurer, surveiller et gérer les périodes d'attente.....	v
7. Conclusions et recommandations	v
Annexe A : Trousse d'outils stratégiques afin de réduire, mesurer, contrôler et gérer les temps d'attente	v
Annexe B : Rapports des sociétés spécialisées	v
Annexe C : Points de repère pour l'Association canadienne des médecins d'urgence	v
Références	v

**«La guérison prend du temps,
mais elle dépend aussi parfois
de la chance.» [traduction]**

– Hippocrate, Préceptes

Remerciements

Ce rapport a été rédigé par l'Association médicale canadienne (AMC) en sa qualité de membre de l'Alliance sur les temps d'attente.

L'Alliance remercie les personnes qui ont siégé aux groupes de travail experts et qui ont produit les rapports incorporés au présent document. Nous tenons aussi à remercier le personnel de l'AMC qui a collaboré de prêt à sa production.

L'Alliance souhaite en outre remercier les personnes suivantes et les membres du Comité directeur :

Le D^r Ruth Collins-Nakai
Association médicale canadienne, présidente désignée
Alliance sur les temps d'attente, présidente et porte-parole

M. Normand Laberge
Association canadienne des radiologistes, vice-président exécutif
Alliance sur les temps d'attente, porte-parole francophone

M. Hubert Drouin
Société canadienne d'ophtalmologie, directeur général

M. William Tholl
Association médicale canadienne, secrétaire général et chef de la direction

Membres de l'Alliance sur les temps d'attente :

Association canadienne de médecine nucléaire
Association canadienne des radio-oncologues
Association canadienne des radiologistes
Société canadienne de cardiologie
Association médicale canadienne
Société canadienne d'ophtalmologie
Association canadienne d'orthopédie

Alliance sur les temps d'attente

Août 2005

CANM
ACMN

D^r Peter Hollett, président
Association canadienne de médecine nucléaire



D^r Jean-Paul Bahary, président
Association canadienne des radio-oncologues

CANADIAN
ASSOCIATION OF
RADIOLOGISTS
CA**R**
L'ASSOCIATION
CANADIENNE DES
RADIOLOGISTES

D^r Lawrence Stein, président
Association canadienne des radiologistes



D^r Denis Roy, président
Société canadienne de cardiologie

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE  CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

D^r Albert J. Schumacher, président
Association médicale canadienne



D^r Sherif El-Defrawy, président
Société canadienne d'ophtalmologie



D^r Robert B. Bourne, président
Association canadienne d'orthopédie

Sommaire

Introduction

Il y a 40 ans, le Canada a décidé que le facteur déterminant de l'accès au système de santé devait être la nécessité médicale relative plutôt que la capacité relative de payer. Ce principe d'accès est généralement accepté et est en fait intégré dans la loi. Or, même si la loi protège le principe de l'accessibilité, on n'a jamais reconnu explicitement le concept de l'*accès en temps opportun*. Aujourd'hui, les temps d'attente préoccupent beaucoup de Canadiens qui s'interrogent au sujet de la viabilité de la promesse d'accès raisonnable. «L'accès aux soins en temps opportun» est devenu le grand enjeu des politiques publiques pour les Canadiens, ce qui n'est pas étonnant.

Les premiers ministres ont reconnu l'importance de cette question en septembre dernier dans leur *Plan décennal pour consolider les soins de santé* et se sont engagés à établir, au plus tard le 31 décembre 2005, des points de repère sur des temps d'attente médicalement acceptables dans cinq domaines prioritaires — oncologie, cardiologie, imagerie diagnostique, arthroplastie et rétablissement de la vue — dans le contexte d'un effort visant à «réduire véritablement» les temps d'attente avant le 31 mars 2007.

L'importance de réduire les temps d'attente pour les services de santé financés par le secteur public a été mise en évidence le 9 juin 2005 lorsque la Cour suprême du Canada a prononcé sa décision historique dans l'affaire Chaoulli et Zeliotis. On analysera pendant un certain temps encore les détails de la décision de la Cour, mais la décision même indique qu'il est urgent pour les gouvernements de collaborer avec les prestataires de soins de santé et les patients afin d'établir un plan directeur qui donnera à la population canadienne accès plus rapidement à des soins de santé de grande qualité.

Le défi que pose l'amélioration de l'accès en temps opportun est trop lourd pour que les gouvernements ou les prestataires de soins le relèvent seuls. Le système de santé du Canada est un projet partagé et la réduction des temps d'attente exige une contribution de tous les intervenants.

Les gouvernements doivent intégrer les prestataires de soins au processus d'élaboration de politiques, dès le début et de façon continue et significative. Les prestataires, pour leur part, doivent pratiquer dans un système et une culture axés davantage sur le service.

L'Alliance sur les temps d'attente (ATA) a été créée à

l'automne 2004 parce que l'accès aux soins de santé pour les Canadiens préoccupait les médecins. La création de l'Alliance est importante, car elle représente le fruit d'un effort sans précédent déployé pour réunir plusieurs groupes nationaux de spécialité médicale dont les membres participent directement à la prestation de soins dans les domaines prioritaires définis par les premiers ministres.

L'ATA a publié son rapport provisoire, *Plus jamais d'attente! Pour une meilleure gestion grâce aux points de repère et aux pratiques exemplaires*, le 3 avril 2005. Le rapport présentait une série de points de repère provisoires sur les temps d'attente, ou des objectifs de rendement, dans les cinq domaines prioritaires. Le rapport devait faire mieux connaître la question, stimuler la discussion et assurer que les milieux médicaux contribuent vraiment à l'établissement de points de repère sur les temps d'attente qui amélioreront en bout de ligne l'accès aux soins.

Avec l'appui financier de Santé Canada, on a lancé un vaste exercice de consultation constitué des éléments suivants :

- groupes de discussion de patients et de membres du public dans six localités d'un bout à l'autre du Canada;
- sondage national;
- questionnaire auprès de personnes-ressources clés;
- atelier d'intervenants clés en juin qui a réuni des patients, des prestataires et des dirigeants gouvernementaux;
- séances d'information auprès de dirigeants des gouvernements fédéral et provinciaux.

Les membres de l'ATA ont bénéficié d'un appui important des patients et du public dans le travail qu'ils ont effectué pour établir des points de repères pancanadiens sur les temps d'attente. Des patients nous ont dit qu'ils considèrent les points de repère comme un moyen important d'améliorer l'accès aux soins en temps opportun. Le fait qu'ils offrent plus de certitude a constitué un autre avantage important pour les patients, qui considèrent aussi les points de repère comme un moyen important d'améliorer la transparence et la responsabilité du système.

Définition de points de repère sur les temps d'attente

Dans l'esprit de l'Accord des premiers ministres, l'ATA est d'avis qu'il importe de tenir la promesse d'établir des

«points de repère». Pour clarifier et simplifier ce que signifie l'expression, l'ATA définit toutefois, sur le plan opérationnel, les points de repère sur les temps d'attente comme des *«objectifs de rendement du système de santé qui reflètent un consensus général sur les temps d'attente médicalement raisonnables dans les services de santé fournis aux patients»*.

Ces points de repère fondés sur les «pratiques exemplaires», ou objectifs de rendement, ont été établis par des experts de la médecine qui se sont fondés sur les meilleures données probantes disponibles. Ils n'entendent pas être normatifs et il ne faudrait pas non plus les interpréter comme une limite au-delà de laquelle un prestataire de soins de santé ou bailleur de fonds n'a pas fait preuve de diligence raisonnable. Il importe de souligner qu'ils ne tiennent pas compte des contraintes actuelles imposées à la capacité nécessaire du système pour atteindre ces points de repère.

Quand le temps commence-t-il à compter?

L'ATA a entendu plusieurs patients et intervenants à ce sujet. Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) affirme que «le temps commence à compter longtemps avant qu'un patient aboutisse dans le bureau d'un spécialiste». Pour les patients, l'attente peut commencer beaucoup plus tôt et à de multiples points du parcours qu'il effectue dans le système de santé.

Pour l'ATA, la période d'attente d'un patient pour recevoir des soins spécialisés commence lorsqu'il ou elle reçoit un diagnostic différentiel du médecin de famille ou de l'omnipraticien, c.-à-d. à compter du moment où le «désir» se traduit en «besoin» et où l'on décide que le patient a besoin d'examen de diagnostic ou d'une intervention clinique, ou les deux.

Les «premiers principes» devant guider l'établissement des points de repère sur les temps d'attente

À la suite de la contribution importante issue de son exercice de consultation, l'ATA a défini 10 «premiers principes» qui régiront son travail d'établissement de points de repère sur les temps d'attente :

1. Les Canadiens ont le droit de bénéficier de soins en temps opportun et de grande qualité, ce qui commence par l'accès à un médecin de famille ou à un omnipraticien. L'établissement et le maintien de points de repère sur les temps d'attente ne doivent nullement compromettre la qualité des soins prodigués aux patients.
2. Il faut élaborer les points de repère sur les temps d'attente du point de vue du patient. Il faut à cette fin suivre les temps d'attente à compter du premier contact que le patient a avec le système de soins de santé pour faire traiter son problème jusqu'à la réadaptation, en passant

par le diagnostic et le traitement. Les patients doivent aussi participer à l'élaboration de points de repère sur les temps d'attente et être informés des points de repère approuvés.

3. L'élaboration et l'établissement de points de repère sur les temps d'attente doivent reposer sur une approche pancanadienne afin d'aider à assurer que les Canadiens bénéficient d'un accès comparable aux soins nécessaires, d'éviter le double emploi et de maximiser les économies d'échelle. Les points de repère doivent être pancanadiens, mais on peut fixer des objectifs provinciaux ou territoriaux tenant compte des besoins différents et de la capacité des provinces et des territoires à atteindre les points de repère sur les temps d'attente.
4. Les points de repère sur les temps d'attente doivent reposer sur les meilleures données probantes disponibles, ainsi que sur un consensus clinique (entente générale dans les milieux médicaux) qui conviennent au contexte canadien.
5. Les points de repère sur les temps d'attente sont dynamiques et devraient émaner d'un processus continu et transparent comportant l'évaluation, la mise à jour en temps opportun et l'amélioration des points de repère au besoin. Ce processus doit inclure l'évaluation continue des technologies nouvelles et l'effet qu'elles peuvent avoir sur les points de repère sur les temps d'attente.
6. L'élaboration, l'amélioration et la mise en œuvre réussies des points de repère sur les temps d'attente passent par la contribution dès le début, continue et significative des milieux de la pratique (travailleurs de la santé des premières lignes).
7. Il est des plus importants de rendre des comptes au public par la surveillance continue et la production de rapports sur les temps d'attente afin de maintenir la confiance des patients dans le système de santé. La réduction des périodes pendant lesquelles ils doivent attendre pour obtenir des services de santé dans les cinq domaines prioritaires rehausserait leur confiance dans le système de santé.
8. Les points de repère sur les temps d'attente et les cibles provinciales connexes à viser pour les réduire doivent être viables. Il faudra à cette fin engager un financement ciblé continu par le biais du Fonds de réduction des temps d'attente et élaborer des stratégies afin de promouvoir le recours approprié aux services de santé.
9. L'établissement de points de repère sur les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires ne doit pas se faire au détriment d'une réduction de l'accès aux autres services de santé. Il faut assurer une surveillance pour veiller à ce que cela ne se produise pas.
10. Il faut mettre en œuvre les points de repère sur les temps d'attente en se fondant sur des lignes directrices relatives à la pertinence et sur des outils d'établisse-

ment des priorités qui soient justes, équitables et transparents pour le patient.

Les points de repère sur les temps d'attente proposés par l'ATA

Compte tenu des commentaires reçus au cours de l'exercice

de consultation, on a apporté plusieurs modifications au cadre des points de repère de l'ATA. Par exemple, on a remplacé la catégorie d'urgence «de routine», par la catégorie «cas prévu» afin de mieux refléter l'utilisation de cette catégorie dans la pratique.

Quant aux points de repère mêmes, l'ATA est heureuse de présenter une liste détaillée de nouveaux points de

Résumé des points de repère sur les temps d'attente selon la priorité.*

Spécialité et intervention	Point de repère pour l'attente		
	Cas d'urgence immédiate	Cas urgent	Cas prévu
Radiologie (imagerie diagnostique) TDM et IRM	Immédiate à 24 heures	Dans les 7 jours	Dans les 30 jours
Médecine nucléaire (imagerie diagnostique) Scintigraphie osseuse (pancorporelle) FDG-TEP Imagerie nucléaire cardiaque (perfusion; viabilité : fonction VG) (SPECT ou TEP)	Immédiate à 24 heures Immédiate à 24 heures Immédiate à 24 heures	Dans les 7 jours Dans les 7 jours Dans les 3 jours	Dans les 30 jours Dans les 30 jours Dans les 14 jours
Arthroplasties Arthroplastie de la hanche et du genou	Immédiate à 24 heures	Dans les 30 jours (priorité 1) Dans les 90 jours (priorité 2)	Consultation : dans les 3 mois Traitement : dans les 6 mois suivant la consultation
Traitement du cancer Radiothérapie	Immédiate à 24 heures	Selon le besoin individuel	Consultation : dans les 10 jours ouvrables Traitement : dans les 10 jours ouvrables suivant la consultation
Rétablissement de la vue Chirurgie de la cataracte	Sans objet	Les cas sont traités proportionnellement au degré relatif de priorité.	Dans les 16 semaines suivant la consultation
Soins cardiaques+ • Première consultation du spécialiste • Interventions de diagnostic (cathétérisme de diagnostic) • Services et interventions thérapeutiques : Angioplastie Pontage aortocoronarien Chirurgie valvulaire Insuffisance cardiaque Cardiostimulateur Référence à l'électrophysiologiste Test EP et enlèvement d'un cathéter DISA • Réadaptation cardiaque	Immédiate à 24 heures Immédiate à 48 heures Immédiate à 48 heures Immédiate à 48 heures Immédiate à 24 heures Immédiate à 24 heures Dans les 3 jours Sans objet Sans objet Dans les 3 jours Immédiate	Dans les 7 jours Dans les 3 jours Dans les 7 jours Dans les 14 jours Dans les 14 jours Dans les 14 jours Dans les 14 jours Dans les 30 jours Dans les 14 jours Sans objet Sans objet Dans les 7 jours	Dans les 6 semaines Dans les 6 semaines Dans les 6 semaines Dans les 6 semaines Dans les 6 semaines Dans les 6 semaines Dans les 6 semaines Dans les 3 mois Dans les 3 mois Dans les 8 semaines Dans les 30 jours

DISA = défibrillateur interne à synchronisation automatique; FDG = fluorodéoxyglucose; IRM = imagerie par résonance magnétique; SPECT = imagerie de perfusion myocardique par tomographie d'émission monophonique; TDM = tomodensitométrie; TEP = tomographie par émission de positrons; VG = ventricule gauche.

*La priorité ou l'urgence relative se définit ainsi : urgence immédiate = danger de mort ou de perte d'un membre ou d'un organe; urgence : situation instable susceptible de se détériorer rapidement et de résulter en une admission pour urgence immédiate; prévu : situation où le problème cause une douleur, une dysfonction ou une incapacité minimales (aussi appelé «de routine» ou «électif»).

+ On présente ici un échantillon seulement des services et interventions. Le rapport contient des points de repère sur les temps d'attente et des catégories d'urgence plus détaillés.

Nota : à moins d'indication contraire, le calcul du temps correspond au nombre de jours civils écoulés entre la décision de faire voir un spécialiste et l'administration du traitement.

repère sur les soins cardiaques que des spécialistes de la cardiologie et d'autres médecins d'un bout à l'autre du Canada ont mis au point au cours des derniers mois. Les points de repère pour la médecine nucléaire (imagerie diagnostique) ont en outre changé depuis la publication du rapport provisoire.

Même si on a revu pour établir ces points de repère les évaluations cliniques disponibles, les données épidémiologiques et les normes et guides de pratique existants, les données disponibles sur les temps d'attente acceptables demeurent très limitées. Il s'ensuit que dans de nombreux cas, on a dégagé un consensus entre praticiens pour établir les points de repère. Le jugement clinique fondé sur les contacts entre les cliniciens et leurs patients constitue toutefois un élément tout aussi important. C'est en raison de ce manque de données de recherche et de l'importance du jugement clinique que l'ATA est d'avis que l'établissement des points de repère doit être fondé sur des données probantes, mais non pas de façon déterministe.

Le tableau ci-dessous résume les points de repère sur les temps d'attente établis par l'ATA pour les spécialités en fonction de trois catégories d'urgence : cas d'urgence immédiate, cas urgent et cas prévu. Le texte intégral du rapport contient un exposé et une discussion plus détaillés sur ces points de repère. On signale que les temps d'attente varient énormément d'un bout à l'autre du Canada par rapport aux points de repère proposés par l'ATA. Certaines régions se conforment aux points de repère tandis que dans d'autres, une partie importante de la population ne reçoit pas de soins spécialisés dans les délais de rendement que nous recommandons.

L'ATA reconnaît qu'il faut élaborer et adopter des points de repère sur les temps d'attente pour d'autres types de soins (p. ex., accès aux services de santé mentale) et nous appuyons le travail d'autres groupes à cet égard. L'Association canadienne des médecins d'urgence, par exemple, a produit des temps d'attente acceptables que les services d'urgence des hôpitaux peuvent utiliser et que l'on retrouvera à l'Annexe C de la version intégrale du rapport.

Questions de mise en œuvre

Établir des points de repère sur les temps d'attente, c'est une chose. Les mettre en œuvre, c'est tout à fait autre chose. L'ATA a consacré énormément de temps à consulter les milieux médicaux et d'autres intervenants au sujet de questions à régler afin d'améliorer l'accès aux soins pour les patients. Trois grandes catégories de questions ont un effet sur la mise en œuvre réussie des points de repère sur les temps d'attente :

1. *Les obstacles du côté de l'offre* comprennent une offre insuffisante de ressources humaines en santé, un manque d'infrastructures et une coordination

médiocre à l'intérieur du système. L'ATA a certainement reçu, des patients et du public, un appui écrasant en faveur de l'utilisation des points de repère sur les temps d'attente, mais ces groupes demeurent sceptiques au sujet de la capacité du système d'atteindre ces points de repère si l'on n'augmente pas stratégiquement les ressources. On a invoqué la pénurie de ressources humaines en santé comme premier obstacle à la mise en œuvre réussie des objectifs de rendement proposés. Dans certaines spécialités comme la médecine nucléaire, le manque d'équipements ou d'installations dans certaines régions du pays constitue un facteur de plus qui nuit à l'accès.

2. *Les enjeux du côté de la demande* sont tout aussi importants lorsqu'il s'agit de raccourcir les longues périodes d'attente : il faut commencer à chercher avant tout à réduire les demandes de services en évitant la maladie et en gérant comme il se doit les problèmes de santé existants. Les lignes directrices sur la pertinence — énoncées conçues systématiquement pour aider les praticiens et les patients à prendre, sur les soins de santé, des décisions qui conviennent dans des circonstances cliniques précises — peuvent aider les médecins et autres praticiens à prendre des décisions appropriées sur l'utilisation.
3. *Le manque de données* sur les temps d'attente constitue un obstacle connu à la mesure et à la surveillance de l'ampleur du problème posé par les temps d'attente et à l'évaluation des progrès. Des données exactes et opportunes sont particulièrement nécessaires pour assurer que tout progrès réalisé sur le plan de la réduction des temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires ne se fait pas au détriment d'une réduction de l'accès à d'autres types de soins nécessaires.

Un dernier facteur important de la mise en œuvre consiste à déterminer s'il faut intervenir dans les cas où l'on ne respecterait pas les points de repère sur les temps d'attente. Étant donné que l'observation des points de repère peut varier à l'intérieur de régions des provinces et des territoires et que la variation peut résulter de toutes sortes de problèmes de ressources, nous sommes d'avis qu'il faudrait concentrer l'attention sur l'amélioration du rendement. Il est des plus importants d'assurer que nos patients peuvent avoir accès en temps opportun aux soins dont ils ont besoin. C'est pourquoi l'ATA propose que l'on mette sur pied et que l'on appuie des réseaux interprovinciaux-interterritoriaux de référence et d'aide aux patients qui doivent se rendre à l'extérieur de la province ou du pays pour obtenir des soins de santé préautorisés.

Stratégies d'amélioration de l'accès aux soins en temps opportun

Il ne faut pas considérer seulement comme un « problème

gouvernemental» le besoin de raccourcir les longues périodes d'attente. C'est pourquoi l'ATA a produit un «Code sur les temps d'attente» et une trousse d'outils consistant en stratégies visant à atténuer, mesurer, surveiller et gérer les périodes d'attente. Les deux moyens sont très tributaires de partenariats entre tous les intervenants.

Le code sur les temps d'attente

S'inspirant d'une idée proposée par la Commission Hall en 1964, soit la création d'une charte de la santé, l'ATA a produit un code sur les temps d'attente qui énonce les droits et les responsabilités des patients-citoyens, des prestataires et des gouvernements en ce qui concerne l'utilisation efficace des points de repère sur les temps d'attente. Pour les besoins du code, les «droits» s'entendent des avantages que chaque intervenant peut s'attendre à tirer de l'adoption des objectifs de rendement. Les «responsabilités» désignent les mesures que chaque intervenant doit prendre pour parvenir à dispenser les soins en temps opportun. Les patients devraient, par exemple, avoir le droit de s'attendre à avoir accès à des soins de qualité en temps opportun, mais ils doivent en même temps accepter les outils d'établissement de priorités et la création de files d'attente pour les soins en fonction des besoins. Les fournisseurs, par contre, devraient s'attendre à recevoir les ressources dont ils ont besoin pour dispenser à leurs patients des soins en temps opportun. Par ailleurs, ils doivent partager l'information avec les autres intervenants afin d'améliorer l'efficacité du système et suivre leurs patients pendant la période d'attente afin d'assurer que toute détérioration de leur état leur donnera plus rapidement accès aux soins.

Trousse d'outils stratégiques afin de réduire, mesurer, surveiller et gérer les temps d'attente

L'adoption de points de repère sur les temps d'attente constituera une étape importante dans la réduction des périodes d'attente et l'amélioration de l'accès aux services de santé. Si l'on veut qu'elle réussisse, l'adoption des points de repère sur les temps d'attente doit toutefois s'inscrire dans le cadre d'une stratégie plus générale de mesure à l'échelle pancanadienne, provinciale-territoriale et régionale. L'ATA a créé une trousse d'outils stratégiques (voir Annexe A) offrant un éventail de moyens que les gouvernements provinciaux, les régies régionales de la santé, les établissements de soins de santé et les praticiens peuvent utiliser pour *réduire, mesurer, surveiller et gérer* les temps d'attente.

Ces stratégies fonctionnent autant à l'échelon du patient en particulier qu'à celui de l'ensemble du système :

- **Réduire la nécessité de recourir aux listes d'attente :**
 - Pour les patients : la prévention des maladies et la promotion de la santé réduisent la probabilité d'avoir

besoin de services spécialisés et améliorent la probabilité de résultats positifs pour la santé s'ils y ont recours.

- Pour le système : réduit la demande globale de services de santé et assure que l'accès aux services de santé spécialisés est fondé sur le besoin médical relatif.

- **Mesure des temps d'attente :**

- Pour les patients : produit les connaissances nécessaires pour prendre des décisions éclairées sur l'accès aux services de santé.

- Pour le système : des données pancanadiennes comparables et normalisées sur les temps d'attente constituent la pierre angulaire de la prise de décisions fondée sur les données probantes et de l'évaluation du rendement du système sur le plan de la réduction des temps d'attente.

- **Surveillance des temps d'attente :**

- Pour les patients : la surveillance régulière de l'état du patient pendant qu'il attend de recevoir des soins atténue l'anxiété à la fois pour le patient et pour sa famille.

- Pour le système : la surveillance continue du système aide à évaluer les progrès réalisés et à étalonner les points de repère et les stratégies de gestion des temps d'attente.

- **Gérer les temps d'attente :**

- Pour les patients : assure que les patients pourront avoir accès aux bons services fournis par le bon prestataire au bon moment.

- Pour le système : améliore la productivité des ressources existantes, augmente la capacité du système de répondre à des besoins définis et permet l'amélioration continue de l'efficacité et l'efficience du système.

L'ATA reconnaît que chaque province et territoire voudra collaborer avec les professionnels de la santé compétents pour établir son propre éventail optimal de stratégies possibles de réduction des temps d'attente.

Recommandations

Les Canadiens s'attendent légitimement à ce que leur système de santé financé par le secteur public leur donne accès en temps opportun à des soins fondés sur le besoin relatif. La décision Chaoulli et Zeliotis a démontré très clairement l'urgence d'améliorer l'accès aux soins de santé en temps opportun au Canada.

Le rapport présente aux gouvernements les bases dont ils ont besoin pour accélérer leur calendrier d'adoption de points de repère sur les temps d'attente, l'établissement d'objectifs et la mise en œuvre de stratégies afin de les atteindre. Nous reconnaissons qu'il n'existe pas de solution unique capable de régler tous les problèmes, mais l'ATA recommande les étapes intégrées ci-dessous afin d'implanter des points de repère pancanadiens sur les temps d'attente et d'améliorer l'accès aux soins pour les patients.

1. Pour répondre à la décision Chaoulli et Zeliotis et au besoin pressant de démontrer des réductions significa-

tives des temps d'attente, l'ATA demande aux dirigeants fédéraux, provinciaux et territoriaux d'accélérer le calendrier de leur stratégie sur les temps d'attente.

- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux respectent leur engagement d'établir des points de repère sur les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires au plus tard le 31 décembre 2005 et d'établir des objectifs afin de réduire les temps d'attente au plus tard le 31 mars 2006, 21 mois avant l'échéance prévue.
 - Utiliser les points de repère établis par l'ATA et d'autres travaux disponibles pour dégager un consensus au sujet d'un ensemble général de points de repère sur les temps d'attente.
 - Tenir compte de la «Trousse d'outils» de stratégies produite par l'ATA pour élaborer des plans provinciaux-territoriaux d'implantation en utilisant toutes les ressources disponibles du Fonds de réduction des temps d'attente de 5,5 milliards de dollars.
2. Pour s'attaquer au principal obstacle qui empêche le Canada de fournir un accès aux soins en temps opportun, le gouvernement fédéral devrait établir un Fonds de réinvestissement dans les ressources humaines du secteur de la santé d'une durée de cinq ans et d'un milliard de dollars. Le fonds servira à mettre en œuvre un plan intégré, pancanadien et fondé sur les besoins de gestion des ressources humaines de la santé qui reposera sur le principe de l'autosuffisance pour le Canada.
 - Augmenter les possibilités de formation de premier cycle pour les professionnels de la santé et la disponibilité de postes de formation postdoctorale, accélérer l'intégration des travailleurs de la santé formés à l'étranger qui sont qualifiés.
 - Créer un Office canadien de coordination des ressources humaines de la santé qui coordonnerait les initiatives publiques nationales et provinciales-territoriales de recrutement, de maintien en poste et de rapatriement des fournisseurs de soins de santé.
 3. Afin d'améliorer l'accès aux soins et de donner aux patients une meilleure certitude de recevoir des soins dans un délai acceptable, les gouvernements fédéral et provinciaux devraient conjuguer leurs efforts pour créer un nouveau Fonds d'accès aux services de santé du Canada (deux milliards de dollars en cinq ans).
 - Aider les provinces à développer davantage et à appuyer un réseau de registres et de centres de référence régionaux afin d'augmenter les économies d'échelle pour la prestation d'interventions à faibles volumes et très spécialisées.
 - Améliorer la transférabilité des soins pour les patients et leur famille en remboursant le coût de soins
 4. Aider à recueillir et analyser les données nécessaires pour appuyer les stratégies visant à réduire les temps d'attente et à surveiller les progrès :
 - Les gouvernements provinciaux et territoriaux s'entendent sur des définitions communes des données relatives aux temps d'attente et sur les mesures de l'urgence, et collaborent avec l'Institut canadien d'information sur la santé et les sociétés nationales de spécialité pour élaborer une stratégie pancanadienne de collecte de données sur les temps d'attente.
 - Inforoute Santé du Canada accélère les investissements dans les systèmes d'information et de communication.
 - Le Conseil canadien de la santé évalue les progrès réalisés par le Canada pour réduire les temps d'attente.
 5. Pour établir des partenariats et assurer une convergence soutenue des efforts de réduction des temps d'attente, il faudrait créer un Consortium canadien sur les temps d'attente qui défendra un programme pancanadien sur les temps d'attente au cours des trois prochaines années.
 - Revoir les points de repère et les réviser au besoin.
 - Tenir un forum annuel pour partager de l'information sur les progrès réalisés au niveau fédéral, provincial et territorial.
 - Jouer le rôle de centre d'information sur les pratiques exemplaires.
 6. Pour créer les capacités en savoir et appuyer l'élaboration continue de politiques de gestion des temps d'attente, le gouvernement fédéral devrait affecter de nouvelles ressources importantes à un programme intégré de recherche appliquée sur l'accès et les temps d'attente, parrainé par les Instituts de recherche en santé du Canada ou un autre organisme compétent.
 - Financer des initiatives transprovinciales.
 - Étendre l'objet de la recherche pour y inclure les répercussions générales des attentes sur les patients.
- Après la publication de ce rapport final, l'ATA concentrera son attention sur la surveillance de la mise en œuvre de stratégies de réduction des temps d'attente avec l'appui de sociétés de spécialité et des associations médicales des provinces. Les membres de l'ATA ont hâte de collaborer avec les autres intervenants, y compris les patients et les gouvernements, afin d'entreprendre ce travail et d'améliorer en bout de ligne l'accès aux soins pour la population canadienne.

1. Introduction et raison d'être

«Les premiers ministres conviennent que l'accès à des soins en temps opportun dans tout le Canada constitue une plus grande préoccupation et une priorité nationale. Ils se sont réunis et ont conclu d'un plan d'action.»

— Accord des premiers ministres de 2004 (Plan décennal pour consolider les soins de santé)¹

Le Canada a décidé, il y a 40 ans, que le facteur déterminant de l'accès au système de santé devait être la nécessité médicale relative plutôt que la capacité relative de payer. Ce principe de l'accès est accepté de façon générale et en fait protégé par la loi. Or, même si la loi protège le principe de l'accessibilité, on n'a jamais reconnu explicitement le concept de l'accès en temps opportun. Aujourd'hui, les temps d'attente préoccupent beaucoup de Canadiens qui s'interrogent au sujet de la viabilité de l'accès raisonnable promis. «L'accès aux soins en temps opportun» est devenu le grand enjeu des politiques publiques pour les Canadiens, ce qui n'est pas étonnant.

Les premiers ministres ont reconnu l'importance de cette grande question en septembre dernier dans leur Plan décennal pour consolider les soins de santé Accord des premiers ministres de 2004 (Plan décennal pour consolider les soins de santé)¹ et ils se sont engagés à établir, au plus tard le 31 décembre 2005, des points de repère sur des temps d'attente médicalement acceptables dans cinq domaines prioritaires — traitement du cancer, cardiologie, imagerie

Pièce A : L'Alliance sur les temps d'attente

L'Alliance sur les temps d'attente inclut les sociétés nationales de spécialité suivantes : l'Association canadienne des radiologistes, l'Association canadienne de médecine nucléaire, l'Association canadienne des radio-oncologues, la Société canadienne de cardiologie, la Société canadienne d'ophtalmologie et l'Association canadienne d'orthopédie, sans oublier l'AMC qui assure le soutien en recherche et en politiques. Chacune des sociétés nationales de spécialité a mis à contribution des cliniciens chefs de file de sa spécialité pour aider à réunir des données probantes sur les temps d'attente raisonnables.

Dans chacun des cinq domaines prioritaires, l'Alliance veut :

- injecter une perspective médicale dans l'élaboration de paramètres sur les temps d'attente;
- donner des conseils sur la mise en œuvre de stratégies de réduction des temps d'attente;
- définir des indicateurs médicalement acceptables sur l'accès et les temps d'attente.

diagnostique, arthroplastie et rétablissement de la vue — dans le contexte d'un effort visant à «réduire vraiment» les temps d'attente avant le 31 mars 2007.

L'importance de réduire les temps d'attente pour les services de santé financés par le secteur public a été mise en évidence le 9 juin 2005 lorsque la Cour suprême du Canada a dévoilé sa décision historique dans l'affaire Chaoulli/Zeliotis². On analysera pendant un certain temps encore les détails de la décision de la Cour, mais la décision même indique qu'il est urgent pour les gouvernements de collaborer avec les prestataires de soins de santé et les patients afin d'établir un plan directeur qui donnera à la population canadienne accès plus rapidement à des soins de santé de qualité.

Le défi que pose l'amélioration de l'accès en temps opportun est trop lourd pour que les gouvernements ou les prestataires de soins de santé le relèvent sans aide. Le système de santé du Canada est un programme partagé et tous les intervenants doivent contribuer à la réduction des temps d'attente. *Les gouvernements doivent intégrer les prestataires de soins de santé dans le processus d'élaboration de politiques dès le début et de façon continue et significative. Les prestataires, eux, doivent pratiquer dans un système et une culture axés davantage sur le service.*

L'Alliance sur les temps d'attente (ATA) a été créée à l'automne 2004 parce que l'accès aux soins de santé pour les Canadiens préoccupait les médecins. La création de l'Alliance est importante, car elle représente le fruit d'un effort sans précédent déployé pour réunir plusieurs groupes nationaux de spécialité médicale dont les membres participent directement à la prestation de soins dans les domaines prioritaires définis par les premiers ministres (voir Pièce A).

L'ATA a publié son rapport provisoire, *Plus jamais d'attente! Pour une meilleure gestion grâce aux points de repère et aux pratiques exemplaires* le 3 avril 2005³. Le rapport présentait une série de points de repère provisoires sur les temps d'attente dans cinq domaines : traitement du cancer, soins cardiaques, imagerie diagnostique, arthroplastie et rétablissement de la vue. Le rapport a attiré énormément d'attention du public à la fois avant et après la décision Chaoulli/Zeliotis.

La consultation générale qui a suivi a mis à contribution des patients, des membres du public, des représentants

d'autres organismes des secteurs de la médecine et des soins de santé, ainsi que les gouvernements fédéral et provinciaux. Les commentaires du public sur le rapport provisoire ont indiqué que le travail effectué par l'ATA afin d'établir des points de repère sur les temps d'attente, autant pour améliorer l'accès aux soins que pour rendre le système plus transparent et redevable, mobilisait des appuis importants.

Le rapport provisoire reposait principalement sur les activités de recherche et de dégagement d'un consensus entre les sociétés de spécialité médicale et les médecins actifs qui constituent l'Alliance. Le rapport final reflète la contribution importante et constructive que nous avons reçue des patients, d'autres organisations médicales et des intervenants du secteur de la santé.

Le rapport final comporte cinq grands objectifs :

- Résumer les commentaires reçus de patients, du public et d'autres intervenants du secteur de la santé au sujet du rapport provisoire et des points de repère sur les temps d'attente ou objectifs de rendement proposés.
- Proposer un ensemble révisé de points de repère sur les temps d'attente fondés sur les meilleures données médicales disponibles, le consensus clinique et le jugement.
- Discuter de problèmes clés de mise en œuvre auxquels il faut s'attaquer pour se conformer aux points de repère sur les temps d'attente.
- Présenter une trousse d'outils stratégiques (réduire, mesurer, surveiller et gérer) sur les temps d'attente et recommander des mesures à prendre pour placer le Canada sur les rails de la réduction des temps d'attente excessifs.
- Recommander une série de mesures intégrées pour atteindre les objectifs convenus dans l'Accord des premiers ministres¹.

Définition de points de repère sur les temps d'attente

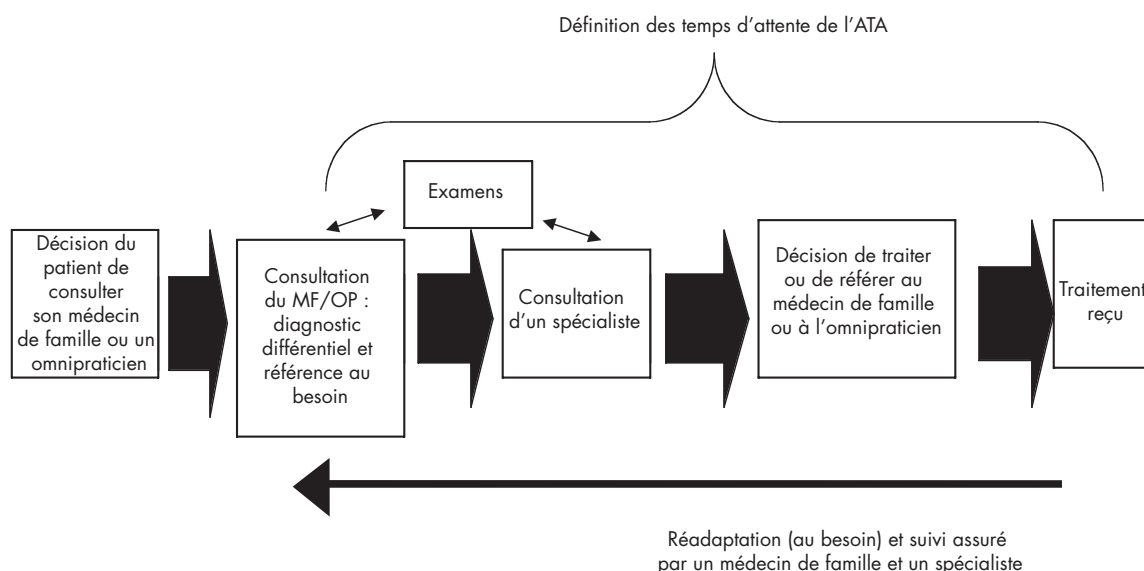
Les premiers ministres ont parlé de «points de repère sur les temps d'attente médicalement acceptables» dans leur Plan décennal¹. L'ATA a utilisé par la suite la même expression dans son rapport provisoire³. Des intervenants se sont prononcés contre l'utilisation de cette expression ou d'autres comme «temps d'attente recommandés» ou «temps d'attente maximaux» par crainte de donner naissance à de fausses attentes qui pourraient avoir des répercussions devant la loi à cause du manque de ressources dans le système.

Dans l'esprit de l'Accord des premiers ministres, l'ATA est d'avis qu'il importe de tenir la promesse d'établir des «points de repère». Pour clarifier et simplifier ce que signifie l'expression, l'ATA définit toutefois, sur le plan opérationnel, les points de repère sur les temps d'attente comme des «*objectifs de rendement du système de santé qui reflètent un consensus général sur les temps d'attente médicalement raisonnables dans le cas des services de santé fournis aux patients*».

Ces points de repère ou objectifs de rendement ont de plus été établis par des experts de la médecine qui se sont fondés sur les meilleures données probantes disponibles. Ils n'entendent pas être normatifs et il ne faudrait pas non plus les interpréter comme une limite au-delà de laquelle un prestataire de soins de santé ou bailleur de fonds n'a pas fait preuve de diligence raisonnable. Ils ne tiennent pas compte non plus des contraintes actuelles imposées à la capacité du système nécessaire pour atteindre ces points de repère, ce qui est important.

Il importe aussi de reconnaître qu'il ne faut jamais considérer que les points de repère sur les temps d'attente sont

Figure 1 : Les temps d'attente du point de vue du patient



Adapté du prototype partagé par le Collège des médecins de famille du Canada et l'ICES, *Access to Health Services in Ontario*⁵, Fig. 1.1.

coulés dans le bronze : ils doivent évoluer avec l'arrivée de nouveaux résultats de recherche, l'évolution de la technologie et les besoins dans le domaine de la santé des populations.

Même si l'ATA préconise l'adoption de points de repère ou objectifs de rendement pancanadiens, le présent rapport ne vise pas à prescrire une seule façon de procéder pour y parvenir. Chaque administration devra déterminer un éventail approprié de stratégies tirées de la trousse d'outils stratégiques en tenant compte de consultations tenues à l'échelon provincial ou régional avec des prestataires, des patients et des contribuables.

Quand le temps commence-t-il à compter?

Au cours de ses consultations, l'ATA a entendu un vaste éventail de patients et d'intervenants. Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a indiqué que le temps commence à compter longtemps avant que le patient arrive dans le bureau du spécialiste⁴. Pour le patient, l'attente peut commencer beaucoup plus tôt et à différents points de son voyage dans le système de santé (Figure 1) :

- Soins primaires (consulter le MF/OP et subir des tests)
- Attendre de voir un spécialiste.
- Consulter un spécialiste (attendre des résultats de tests/examens, consultation d'autres spécialistes au besoin)
- Attendre le traitement (si un traitement s'impose, la priorité dépend de l'état du patient, qui attend en conséquence)
- Attendre des services de réadaptation (au besoin).

Pour l'ATA, la période pendant laquelle le patient attend pour recevoir des soins spécialisés commence lorsqu'il reçoit un diagnostic différentiel du médecin de famille ou de l'omnipraticien, c.-à-d. à compter du moment où le «désir» se traduit en «besoin» et où l'on décide que le patient a besoin d'examens de diagnostic ou d'une intervention clinique. Un OP/MF peut, par exemple, référer le patient directement à un spécialiste ou commander des tests diagnostiques avant de décider d'envoyer le patient consulter un spécialiste.

Dans certaines provinces, il faut référer un patient à un spécialiste avant de pouvoir commander certains tests de diagnostic. Même si cette mesure vise à éviter l'utilisation induite, elle prolonge inutilement les temps d'attente. Autant les spécialistes que les MF/OP devraient avoir accès aux tests de diagnostic en suivant des lignes directrices et des voies de soin appropriées.

Beaucoup de Canadiens n'ont malheureusement pas accès à un MF/OP et ne peuvent commencer à attendre à moins d'entrer autrement dans le système, la voie la plus susceptible étant le service d'urgence de l'hôpital. Le manque d'accès raisonnable aux MF/OP constitue en fait un problème sérieux relié au problème des temps d'attente au Canada. Une enquête menée en 2003 par Statistique Canada a révélé que 3,6 millions de Canadiens (presque 14 % de la population) n'avaient pas de médecin de famille régulier⁶. Un sondage Decima⁷ réalisé en 2004 a révélé que 16 % des Canadiens de plus de 18 ans avaient essayé en vain, au cours des 12 mois précédents, de trouver un médecin de famille pour eux-mêmes ou pour un membre de leur famille. En 2002, le CMFC a calculé qu'il manquait 3000 médecins de famille au Canada⁴. Les patients qui n'ont pas réussi à trouver un MF/OP sont maintenant appelés «patients orphelins».

2. Efforts récents d'établissement de points de repère au Canada

Ce ne sont pas les listes d'attente qui devraient être une source de préoccupation, mais plutôt les attentes dont personne ne veut — des attentes incertaines, injustes ou qui font courir un plus grand risque au patient.

— Conseil canadien de la santé (janvier 2005)

Les avantages qu'offrent les points de repère sur les temps d'attente

Comme médecins du Canada, nous constatons personnellement l'effet négatif que les temps d'attente induisent sur nos patients. Source de grande frustration pour les médecins, l'effet médical de l'attente peut aussi inclure

- la dégradation du problème que l'on cherche à faire traiter, y compris une menace possible pour la vie, un membre ou un organe;
- une probabilité accrue de complications exigeant des traitements plus effractifs et un suivi;
- une baisse de la qualité de vie pour les patients pendant les attentes;
- une augmentation du stress et de l'anxiété pour les patients et les membres de leur famille.

Les attentes inutiles ont, bien entendu, des répercussions socioéconomiques plus vastes, comme la perte de productivité (p. ex., revenu d'un emploi ou soutien à la famille, perturbation des études, etc.)⁸.

Les patients sont très préoccupés par l'effet négatif que la longueur des périodes pendant lesquelles ils doivent attendre pour obtenir des soins peut avoir sur leur état de santé. Ils sont toutefois aux prises aussi avec l'appréhension causée par l'incertitude qui règne souvent au sujet de la durée de leur attente. Cette incertitude empêche à la fois le patient et les membres de sa famille (en tant que soignants) de planifier dûment la période de traitement et de récupération et de réduire au minimum la perturbation de leur travail, de leurs études ou d'autres responsabilités. L'injustice de l'attente préoccupe aussi les patients, surtout s'ils croient que l'on saute les files d'attente dans certains cas sans tenir compte du besoin.

Des points de repère sur les temps d'attente ou des objectifs de rendement peuvent aider à atténuer plusieurs de ces préoccupations en :

- concentrant les efforts sur la réduction des périodes d'attente d'une longueur inutile;
- assurant davantage de certitude (p. ex., établissant des temps d'attente approximatifs);
- assurant l'équité (processus transparent d'attribution des priorités);

- améliorant la responsabilisation (montrant des résultats de rendement et prévoyant des recours si le système ne peut se conformer aux points de repère).

Il ne sera plus acceptable pour le public et nos patients d'attendre une intervention médicale sans avoir d'idée de la longueur des périodes d'attente — et les gouvernements ne devraient plus l'accepter non plus.

«Il y a du stress et de l'inquiétude, non seulement chez les patients, mais aussi chez les membres de leur famille.»

— Participant à un groupe de discussion

Les points de repère sur les temps d'attente sont aussi bénéfiques pour les administrateurs, les prestataires et le public, car ils améliorent la mesure du rendement et la prise de décision au sujet de l'affectation des ressources. Le contrôle des temps d'attente en fonction de points de repère permettra aux responsables du système de santé d'affecter des ressources aux résultats et servira d'élément de motivation qui poussera à trouver les meilleurs moyens pour les atteindre.

Revue du processus d'établissement des points de repère

L'établissement de points de repère sur les temps d'attente n'est pas une science exacte. Des administrations différentes ont suivi des démarches différentes fondées sur leur situation et leurs besoins en particulier. La Figure 2 présente un tour d'horizon du processus d'établissement de points de repère sur les temps d'attente et des étapes connexes (dont certaines sont déjà commencées) qui comportent la contribution de tous les intervenants. Il doit être clair que l'établissement de points de repère ne constitue pas l'aboutissement du travail : c'en est tout simplement le début en fait. Le but ultime consiste à donner aux patients accès aux soins en temps opportun.

«La qualité des soins de santé au Canada est bonne une fois qu'on réussit à entrer dans le système.»

— Participant à un groupe de discussion

Lorsque les points de repère seront établis, il faudra fixer les objectifs pour déterminer le pourcentage des patients qu'il est possible de traiter en deçà du point de repère sur les temps d'attente. Il faudra de plus créer des outils cliniques afin d'aider les médecins à déterminer quels patients ont vraiment besoin d'être traités (pertinence) et à attribuer aux patients une priorité en fonction de l'urgence de leur état clinique. Il faut enfin des systèmes de contrôle et de mesure. Un système de contrôle suit les patients pendant qu'ils attendent. Un système de mesure sert à suivre les temps d'attente des patients et l'évolution de leur état de santé. Les données recueillies peuvent ensuite servir à déterminer s'il faut réviser les points de repère sur les temps d'attente (c.-à-d. que les données peuvent montrer que l'évolution de l'état de santé des patients est meilleure lorsqu'ils attendent moins longtemps).

L'Accord des premiers ministres de 2004

Dans leur *Plan décennal pour consolider les soins de santé*¹ de septembre 2004, les premiers ministres considèrent les temps d'attente comme une priorité. Ils se sont entendus plus précisément sur les mesures suivantes :

- Établir pour toutes les administrations, au plus tard le 31 décembre 2005, des indicateurs comparables de l'accès aux professionnels de la santé, ainsi qu'aux interventions de diagnostic et de traitement.
- Établir des points de repère factuels concernant les «temps d'attente médicalement acceptables», en commençant par le cancer, les soins cardiaques, l'imagerie diagnostique, les arthroplasties et le rétablissement de la vue d'ici au 31 décembre 2005, dans le contexte d'un processus à déterminer par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé.
- Établir des objectifs pluriannuels afin de fixer des points de repère secondaires pour chaque administration au plus tard le 31 décembre 2005.

Leurs plans d'action s'appuient sur un Fonds de réduction des temps d'attente de 5,5 milliards de dollars que les provinces et les territoires peuvent utiliser comme ils le jugent bon. On a aussi annoncé la création d'un Fonds d'accès aux soins de santé dans les territoires afin d'améliorer l'accès aux soins pour la population des trois territoires du Nord du Canada¹.

Les premiers ministres se sont engagés à présenter chaque année à leur population des rapports sur les progrès qu'ils auront réalisés pour atteindre leurs objectifs pluriannuels concernant les temps d'attente. En autorisant l'affectation de fonds pour appuyer le plan décennal (projet de loi C-39), les législateurs fédéraux ont aussi prévu un examen parlementaire obligatoire dans trois ans pour revoir les progrès réalisés dans la mise en œuvre du plan⁹.

Efforts déployés par les gouvernements jusqu'à maintenant

Afin d'aider les provinces et les territoires à respecter les délais du 31 décembre 2005 pour établir des points de repère sur les temps d'attente, les gouvernements ont commandé, en partenariat avec les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), des recherches sur les temps d'attente dans les domaines cliniques prioritaires. On a financé par la suite huit équipes de recherche. Une partie de leur travail de recherche consiste à déterminer des domaines où il existe suffisamment de données probantes pour appuyer des points de repère et ceux où l'on en utilise déjà. Les rapports sur ces recherches sont attendus le 15 octobre 2005.

Des provinces et des territoires vont aussi de l'avant avec leurs propres stratégies afin d'établir des objectifs sur les temps d'attente. Au cours de la conférence «Maîtriser les files d'attente II» qui a eu lieu en mars 2005, toutes les provinces ont présenté des exposés sur les efforts déployés jusqu'alors pour réduire les temps d'attente. L'espace manque pour les résumer, mais l'ATA reconnaît le travail que les gouvernements font dans ce domaine et en a décrit une partie dans son rapport provisoire³.

Le gouvernement fédéral a nommé récemment le D^r Brian Postl conseiller fédéral sur les temps d'attente qui relève du premier ministre et du ministre de la Santé. Le D^r Postl a de grandes connaissances et une vaste expérience dans ce domaine et l'ATA se réjouit des efforts qu'il déploie pour assurer que l'on réduit les temps d'attente le plus rapidement possible.

Autres travaux récents relatifs aux points de repère sur les temps d'attente réalisés au Canada et à l'étranger

L'ATA n'est pas la seule à chercher à établir des points de repère sur les temps d'attente. Outre le rapport provisoire de l'ATA³, on a publié récemment plusieurs rapports sur la question, y compris ceux du Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada (PLAOC)¹⁰, de l'Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU)¹¹ et de l'Institut de recherche en services de santé (IRSS)⁵, qui sont tous mentionnés plus loin.

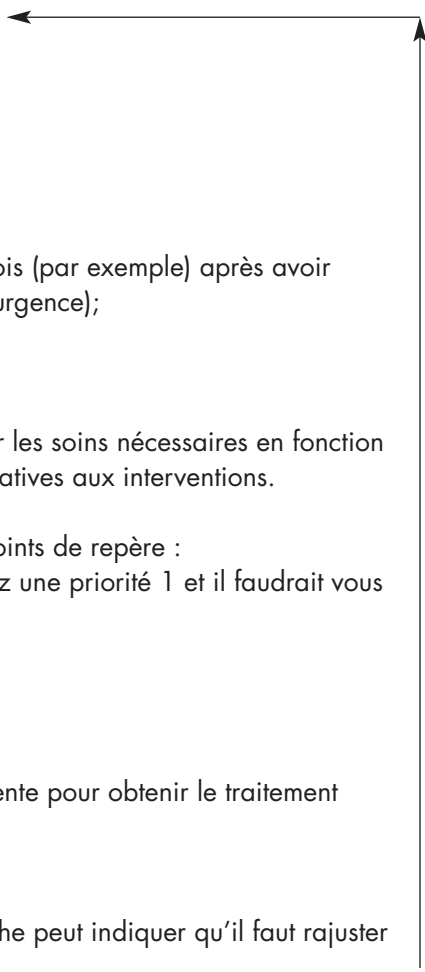
Comme l'ATA en a discuté dans son rapport provisoire, de nombreux pays industrialisés ont déjà des points de repère et des objectifs sur les temps d'attente qui prennent diverses formes. L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) a décrit ces démarches dans une étude innovatrice sur les stratégies relatives aux temps d'attente dans les principaux pays industrialisés⁸. Les groupes de travail d'experts de l'ATA ont intégré ces renseignements dans leur exercice visant à dégager

un consensus relatif aux normes repères pancanadiennes sur les délais d'attente.

Plusieurs pays ont adopté des cibles et des points de repère généralisés qui transcendent les domaines de traitement. L'Australie, le Danemark, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, l'Espagne, la Suède et le Royaume-Uni ont suivi cette approche qui, par définition, est plus arbitraire que le processus d'établissement de points de repère factuels et spécifiques aux interventions que le Canada adopte. Des

pays, dont l'Italie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni, ont déjà établi des points de repère et des cibles spécifiques à des interventions. L'applicabilité des points de repère et des cibles varie d'un pays à l'autre : certains offrent une garantie de service claire et les patients ont des recours si l'on ne respecte pas le temps d'attente garanti, tandis que d'autres suivent une stratégie plus flexible qui vise à améliorer le rendement du système en modifiant les incitations et la conception du système.

Figure 2 : Les stades de l'élaboration et de la mise en œuvre des points de repère sur les temps d'attente

1. Établir des points de repère sur les « pratiques exemplaires » :
 - revoir/réévaluer les résultats de recherche (le cas échéant);
 - point de vue des fournisseurs de soins de santé;
 - contribution des patients;
 - contribution du public et du gouvernement.
 2. Fixer des cibles et des indicateurs :
 - cible : pourcentage des patients (cas prévus) à traiter dans les quatre mois (par exemple) après avoir soumis un problème au système (c-à-d. médecin de famille ou service d'urgence);
 - indicateur : nombre de patients (prévus) traités dans les quatre mois.
 3. Assurer que des lignes directrices sur la pertinence sont en place :
 - lignes directrices visant à aider les médecins à prendre des décisions sur les soins nécessaires en fonction d'une analyse systématique (expérience et recherche) des indications relatives aux interventions.
 4. Attribuer aux patients une priorité fondée sur les catégories d'urgence des points de repère :
 - p. ex., si l'on vous accorde de 80 à 100 points à l'évaluation, vous avez une priorité 1 et il faudrait vous traiter dans les 30 jours.
 5. Surveiller et mesurer avant et après le traitement :
 - utiliser des indicateurs disponibles;
 - en mettre au point de nouveaux;
 - revoir l'évolution de l'état de santé des patients (p. ex., la durée de l'attente pour obtenir le traitement a-t-elle un effet sur les résultats?).
 6. Rajuster le point de repère et la cible au besoin :
 - l'analyse des indicateurs et des résultats ou d'autres données de recherche peut indiquer qu'il faut rajuster le point de repère au besoin.
- 

3. Commentaires sur notre rapport provisoire

L'ATA reconnaît que l'élaboration de points de repère sur les temps d'attente n'est pas la prérogative exclusive des médecins et des sociétés de spécialité qui les représentent. Pour être crédibles, les points de repère sur les temps d'attente doivent être examinés par d'autres intervenants, et en particulier les patients et le public, qui doivent ainsi y contribuer. C'est pourquoi, après avoir publié son rapport provisoire, l'ATA a lancé une vaste consultation — grâce à une aide financière importante de Santé Canada — qui a inclus les activités suivantes :

- Présentation du rapport à des représentants d'organismes du secteur de la santé et de gouvernements, y compris aux participants à la conférence «Maîtriser les files d'attente II» (31 mars 2005).
- Distribution du rapport provisoire de l'ATA et d'un questionnaire à plus de 200 interlocuteurs (taux de réponse de 14 %).
- Tenue, en mai 2005, de 12 groupes de discussion constitués de meneurs d'opinion et de patients dans six centres (cinq agglomérations urbaines et un centre rural/du nord) : Vancouver, Calgary, Toronto, Montréal, Halifax et Moose Factory (Ontario). À chaque endroit, on a organisé un groupe de discussion avec des patients ou un membre de leur famille immédiate qui avaient eu une expérience récente dans un ou plusieurs des cinq domaines prioritaires de la santé. Le deuxième groupe était constitué de meneurs d'opinion.
- Tenue, le 16 juin, d'un atelier national d'intervenants qui a réuni quelque 65 participants, soit des patients, des fournisseurs et des représentants gouvernementaux.
- Réalisation, en juin 2005 (par Ipsos-Reid), d'un

sondage auprès de 1000 Canadiens portant sur les temps d'attente.

- Breffage de dirigeants politiques sur le rapport provisoire (premier ministre, ministre fédéral de la Santé, président du Conseil de la Fédération, premiers ministres provinces et territoriaux, ministres provinciaux de la Santé, etc.).

Nous résumons ci-dessous les commentaires que nous avons reçus.

Réponse au concept de l'élaboration de points de repère sur les temps d'attente

«Les temps d'attente dissiperont la colère des patients qui pourront mieux se préparer et mieux planifier, et qui se sentiront moins stressés.»

«Les points de repère donneront [aux patients] une idée de ce à quoi ils doivent s'attendre sur les plans des résultats et des retombées.»

— Participants à des groupes de discussion

La première question que nous avons posée au cours de notre consultation visait à déterminer si l'on appuyait le concept de l'élaboration de points de repère sur les temps d'attente. Même si le public connaît peu l'enjeu que constituent les points de repère sur les temps d'attente, on appuie de façon écrasante les efforts déployés par l'ATA pour établir des points de repère sur les temps d'attente afin d'aider à améliorer l'accès aux soins et de rendre le système plus transparent et redditionnel. Nous résumons ci-

Tableau 1 : Résumé des opinions générales des participants aux groupes de discussion sur les points de repère sur les temps d'attente¹²

Points de vue positifs	Préoccupations
<p>Considérés comme une amélioration.</p> <p>Donnent aux patients un sentiment de certitude.</p> <p>Moyen positif de gérer les attentes des patients.</p> <p>Bon moyen d'aider le système de santé à gérer ses ressources.</p> <p>On considère qu'ils obligent le système de santé et les professionnels à rendre davantage de comptes.</p> <p>L'attribution normalisée de priorités aux soins signifie un accès égal et une réduction possible de la partialité dans le système (patients et médecins qui ont des contacts).</p>	<p>Préoccupations au sujet de la capacité du système de santé de livrer la marchandise en-deçà des points de repère sur les temps d'attente.</p> <p>Il faut davantage de ressources humaines, financières et matérielles.</p> <p>Distinction entre les temps d'attente dans les cas urgents et semi-urgents.</p> <p>Un peu de confusion au sujet de la catégorie « cas de routine » — il faudrait parler de «cas prévu».</p> <p>Patients et médecins pourraient apprendre à «exploiter le système».</p>

dessous les opinions générales des participants aux groupes de discussion.

Les consultations démontrent en outre clairement que l'on appuie très fermement les médecins du Canada pour qu'ils jouent un rôle de premier plan dans l'établissement des points de repère, en compagnie des patients. D'autres fournisseurs compétents de soins de santé, ainsi que des dirigeants du gouvernement, devraient aussi participer.

«Il faut avoir le point de vue du patient pour tirer des leçons de ses expériences, en ce qui concerne particulièrement l'effet que les longues périodes d'attente ont sur les patients.»

— Participant à un groupe de discussion

Réponse à nos «premiers principes»

L'ATA a formulé dès le départ une série de premiers principes pour guider ses travaux. Ces principes ont reçu un appui très important à la fois chez les participants aux groupes de discussion et chez les répondants au sondage. Certains ont indiqué que quelques-uns des principes contenaient plus qu'un concept et qu'il faudrait donc les séparer en deux énoncés distincts.

L'élaboration de points de repère sur les délais d'attente, ou objectifs de rendement, pancanadiens constitue le principal de ces premiers principes décrits ci-dessous. La majorité des répondants étaient en faveur d'objectifs de rendement pancanadiens. Une faible minorité de représentants des provinces plus importantes ont dit craindre qu'il puisse en découler une baisse des normes dans leur province si l'on vise à uniformiser la démarche dans tout le pays, ou que ces objectifs ne laissent pas de flexibilité aux provinces. Tous ont toutefois appuyé le but qui consiste à donner à tous les Canadiens un accès égal aux services fondés sur le besoin médical relatif.

L'ATA réaffirme le principe selon lequel les points de repère sur les temps d'attente devraient être de nature pancanadienne, fondés sur les meilleures données probantes disponibles, mais non liés par celles-ci. Les points de repère sur les temps d'attente, par exemple, devraient être les mêmes en Colombie-Britannique qu'au Manitoba ou en Ontario — parce qu'ils reposent sur des données de recherche disponibles et l'avis d'expert de médecins au sujet de l'effet que l'attente a sur l'état de santé des patients. Les points repères ne changeront pas d'une province à l'autre. Cela dit, chaque province doit avoir la marge de manœuvre nécessaire pour atteindre ces points de repère en fixant ses propres cibles et délais.

Une stratégie d'élaboration des points de repère sur les temps d'attente axée sur les patients est un autre principe qui a reçu un appui solide. Il faut à cette fin faire participer les patients à l'établissement des points de repère, ainsi qu'à

la mesure des temps d'attente de leur point de vue, pendant leur cheminement dans les divers secteurs du système de santé.

Compte tenu des commentaires reçus de patients et d'autres intervenants, l'ATA a modifié les premiers principes qui régiront son travail (voir pièce B).

On reconnaît que l'affectation des ressources de la santé doit reposer sur les besoins en la matière et l'efficacité des coûts. L'ATA considère ces facteurs comme des éléments distincts — mais tout aussi importants — de l'établissement de points de repère sur les temps d'attente qui doivent reposer sur les meilleures données médicales disponibles.

Commentaires sur les points de repère contenus dans le rapport provisoire

La réaction aux points de repère proposés par l'ATA a été positive dans l'ensemble et les participants aux groupes de discussion publics étaient d'avis qu'ils représentent une amélioration de l'accès aux soins par rapport aux conditions actuelles.

«Un temps d'attente maximal et la possibilité de traitement plus rapide, c'est bien.»

— Participant à un groupe de discussion

La réaction aux points de repère proposés pour les temps d'attente en radio-oncologie et en chirurgie de la cataracte a été positive selon la spécialité. Même si les participants ont appuyé en général les points de repère proposés pour l'imagerie diagnostique, on craignait que les délais soient trop longs étant donné qu'on a souvent besoin de services d'imagerie diagnostique pour appuyer les autres domaines prioritaires. Les points de repère sur l'arthroplastie ont attiré un appui mixte. L'appui augmentait toutefois si l'on garantissait aux patients qu'ils seraient suivis par leur médecin pendant qu'ils attendaient et qu'on les placerait dans une catégorie plus urgente au besoin.

Les groupes de discussion ont exprimé des préoccupations au sujet de la durée des temps d'attente en cardiologie proposés dans le rapport provisoire. Les temps d'attente reposaient sur des programmes provinciaux existants et ne reflétaient pas les points de repère proposés par la Société canadienne de cardiologie (SCC). Ces nouveaux points de repère sont maintenant disponibles et nous les présentons dans ce rapport final.

Beaucoup de participants aux groupes de discussion considèrent le traitement du cancer et les soins cardiaques comme des problèmes qui mettent la vie en danger et pour lesquels les temps d'attentes doivent être immédiats ou très courts — selon eux, il ne devrait pas y avoir de cas de routine ou non urgents en cardiologie ou en oncologie.

À cet égard, le public établit une distinction entre ces problèmes et d'autres priorités dans le domaine de la santé, comme l'arthroplastie et la chirurgie de la cataracte. Cela indique qu'il peut être nécessaire pour le gouverne-

ment et les fournisseurs d'informer le public afin d'aider à mieux comprendre ce qui constitue vraiment un cas d'urgence immédiate ou un cas urgent, et un cas non urgent ou prévu.

Pièce B

“Premiers principes” de l’ATA qui doivent guider l’établissement des points de repère sur les temps d’attente

L’ATA est d’avis qu’il faudrait établir des points de repère sur les temps d’attente pour tous les services de santé essentiels. Elle a défini 10 principes qui régiront son travail d’élaboration de points de repère sur les temps d’attente et accéléreront l’accès aux soins pour tous les Canadiens :

1. Les Canadiens ont le droit de bénéficier de soins en temps opportun et de grande qualité, à commencer par l'accès à un MF/OP. L'établissement et le maintien de points de repère sur les temps d'attente *ne doivent nullement compromettre la qualité des soins* prodigués aux patients.
2. Il faut *établir les points repère sur les temps d'attente du point de vue du patient*. Il faut à cette fin suivre les temps d'attente à compter du premier contact que le patient a avec le système de santé pour faire traiter son problème jusqu'au diagnostic, au traitement et à la réadaptation. Les patients doivent aussi participer à l'élaboration de points de repère sur les temps d'attente et être informés des points de repère approuvés.
3. L'élaboration et l'établissement de points de repère sur les temps d'attente doivent reposer sur une *approche pancanadienne* afin d'aider à assurer que les Canadiens bénéficient d'un accès comparable aux soins nécessaires, d'éviter le double emploi et de maximiser les économies d'échelle. Les points de repère devraient être pancanadiens, mais il est possible de fixer des objectifs provinciaux ou territoriaux qui tiennent compte des capacités et des besoins différents des provinces et des territoires en ce qui concerne l'atteinte des points de repère sur les temps d'attente.
4. Les points de repère sur les temps d'attente *doivent reposer sur les meilleures données probantes disponibles, ainsi que sur un consensus clinique* (entente générale dans les milieux des praticiens de la médecine), qui conviennent au contexte canadien.
5. Les points de repère sur les temps d'attente sont dynamiques et devraient émaner d'un *processus continu et transparent* qui comporte l'évaluation, la mise à jour en temps opportun et l'amélioration des points de repère au besoin. Ce processus doit inclure l'évaluation continue de technologies nouvelles et de l'effet qu'elles peuvent avoir sur les points de repère relatifs aux temps d'attente.
6. L'élaboration, l'amélioration et la mise en œuvre continues et réussies des points de repère sur les temps d'attente passent par la contribution dès le début, *continue et significative des milieux de la pratique* (travailleurs de la santé des premières lignes).
7. Il est des plus importants de *rendre compte au public* par la surveillance des temps d'attente et la production de rapports en la matière afin de maintenir la confiance des patients à l'égard du système de santé. La réduction des périodes pendant lesquelles ils doivent attendre pour obtenir des services de santé dans les cinq domaines prioritaires rehausserait leur confiance dans le système de santé.
8. Les points de repère sur les temps d'attente et les cibles provinciales connexes à viser pour les réduire doivent être *viables*. Il faudra à cette fin engager un financement ciblé continu par le biais du Fonds de réduction des temps d'attente et élaborer des stratégies afin de promouvoir l'utilisation appropriée des services de santé.
9. L'établissement de points de repère sur les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires *ne doit pas se faire au détriment d'une réduction de l'accès aux autres services de santé*. Il faut mettre en place une surveillance pour assurer que cela ne se produira pas.
10. *Il faut mettre en œuvre les points de repère sur les temps d'attente en se fondant sur des lignes directrices relatives à la pertinence et sur des outils d'établissement des priorités qui sont justes, équitables et transparents pour le patient*.

4. Les points de repère révisés de l'ATA

Depuis la publication du rapport provisoire, on a demandé à chaque membre de l'ATA de revoir ses points de repère proposés en tenant compte particulièrement des commentaires issus de la consultation et de se pencher sur les problèmes de mise en œuvre auxquels il faut s'attaquer pour permettre l'adoption de points de repère sur les temps d'attente, particulièrement dans leur spécialité. Ces commentaires comprennent les idées sur la mise en œuvre découlant de l'atelier des interlocuteurs clés tenu le 16 juin.

Même s'il y a des variations entre les spécialités, les groupes de travail constitués de cliniciens experts ont dérivé des points de repère sur les temps d'attente pour chaque spécialité en se fondant sur des intrants comme les suivants :

- une analyse des évaluations cliniques ou données épidémiologiques disponibles sur les temps d'attente médicalement acceptables dans les publications (nationales et internationales)
- une évaluation des normes existantes disponibles sur l'accès aux échelons régional, provincial et national, ainsi que sur la scène internationale
- une analyse de lignes directrices cliniques existantes portant sur la pertinence et les outils prioritaires actuellement utilisés dans d'autres administrations (l'Annexe B contient les rapports de chaque spécialité et une description des méthodes qu'elle utilise).

Dans nombre de cas, les données disponibles sur les temps d'attente acceptables demeurent très limitées. Dans ces cas, les praticiens se sont entendus sur l'approche à suivre pour définir les points de repère jusqu'à ce que d'autres données médicales deviennent disponibles. Le jugement clinique fondé sur les contacts entre les cliniciens et leurs patients constitue toutefois un élément tout aussi important. C'est à cause de ce manque de données de recherche et de l'importance du jugement clinique que l'ATA est d'avis que l'établissement des points de repère doit être factuel sans être lié aux données probantes.

Comme on l'indique dans notre rapport provisoire, les cinq domaines prioritaires sont interdépendants. L'imagerie diagnostique, par exemple, appuie les autres domaines prioritaires parce qu'elle constitue un des principaux intrants de la décision de traiter. Les efforts déployés jusqu'à maintenant pour créer des outils d'établissement des priorités en imagerie diagnostique ont eu tendance à considérer ces domaines dans l'abstrait sans tenir compte de fournisseurs en particulier. Reconnaisant les lacunes de ces efforts, l'ATA s'appuie dans ses démarches sur le concept de l'im-

agerie diagnostique qui appuie les autres interventions prioritaires déterminées par les premiers ministres.

Compte tenu des commentaires que nous avons reçus au sujet du rapport provisoire pendant l'exercice de consultation, l'ATA a apporté plusieurs modifications à son cadre de points de repère et a révisé un peu ses points de repère initiaux. On a remplacé la catégorie d'urgence «de routine», par exemple, par la catégorie «cas prévu» afin de mieux refléter l'utilisation de cette catégorie dans la pratique. Les membres de l'ATA ont en outre convenu d'utiliser les catégories d'urgence qui conviennent le mieux à chaque spécialité en particulier plutôt qu'un système uniforme parce qu'on a cru que chacune des cinq interventions est particulière et, sur le plan médical, la normalisation des catégories d'urgence qui entoure les spécialités ne reflète pas fidèlement les conditions que l'on trouve dans chaque type de soins. Ainsi, même si le sommaire général des points de repère sur les temps d'attente au Tableau 2 indique trois catégories d'urgence (cas d'urgence immédiate, cas urgent et cas prévu), les rapports de certaines spécialités en particulier comportent des sous-catégories (p. ex., cas urgent et cas semi urgent).

Lorsque nous l'avons pu, nous avons aussi inclus des temps d'attente qui commencent au moment de la référence par le médecin de famille ou l'omnipraticien, le cas échéant. Dans la plupart des cas, les patients ont besoin d'une référence d'un médecin pour avoir accès à un spécialiste. Pour recevoir des soins, il est donc essentiel de consulter d'abord un médecin de famille ou un omnipraticien.

En ce qui concerne les points de repère proposés, ceux qui portent sur les soins cardiaques sont nouveaux et plus précis depuis le rapport provisoire, et l'on a modifié ceux qui portent sur la médecine nucléaire (imagerie diagnostique). Le Tableau 2 reflète les points de repère révisés de l'ATA, présentés selon la spécialité médicale dans trois catégories d'urgence. Le résumé de l'élaboration des points de repère par spécialité suit le tableau.

Rapports des spécialités

Dans cette section, nous présentons un tour d'horizon sur les temps d'attente tirés des rapports présentés par les membres de l'ATA dans les cinq spécialités. L'Annexe B contient la version intégrale de leur rapport. Les points de repère présentés dans ce rapport s'appliquent à des catégories médicales générales. Chacun des cinq domaines prioritaires comporte plusieurs interventions dont chacune

Tableau 2 : Résumé des points de repère sur les temps d'attente selon la priorité*

Spécialité et intervention	Points de repère sur les temps d'attente		
	Cas d'urgence immédiate	Cas urgent	Cas prévu
Radiologie (imagerie diagnostique) - TDM et IRM	Immédiate à 24 h	Dans les 7 jours	Dans les 30 jours
Médecine nucléaire (imagerie diagnostique) - Scintigraphie osseuse (pancorporelle) - FDG-TEP - Imagerie nucléaire cardiaque (perfusion; viabilité; fonction du VG) SPECT ou TEP	Immédiate à 24 h Immédiate à 24 h Immédiate à 24 h	Dans les 7 jours Dans les 7 jours Dans les 3 jours	Dans les 30 jours Dans les 30 jours Dans les 14 jours
Arthroplastie - Arthroplastie de la hanche et du genou	Immédiate à 24 h	Dans les 30 jours (priorité 1) Dans les 90 jours (priorité 2)	Consultation : dans les 3 mois Traitement : dans les 6 mois suivant la consultation
Traitement du cancer - Radiothérapie	Immédiate à 24 h	Fondé sur le besoin individuel	Consultation : dans les 10 jours ouvrables Traitement : dans les 10 jours ouvrables suivant la consultation
Rétablissement de la vue - Chirurgie de la cataracte	Sans objet	Les cas sont traités proportionnellement au degré relatif de priorité.	Dans les 16 semaines suivant la consultation
Soins cardiaques[†] - Première consultation du spécialiste - Intervention de diagnostic (cathétérisme de diagnostic) - Services et interventions thérapeutiques Angioplastie Pontage aortocoronarien Chirurgie valvulaire Insuffisance cardiaque Cardiosimulateur Référence à l'électrophysiologiste Test d'électrophysiologie/enlèvement d'un cathéter DISA - Réadaptation cardiaque	Immédiate à 24 h Immédiate à 48 h Immédiate à 48 h Immédiate à 48 h Immédiate à 24 h Immédiate à 24 h Dans les 3 jours Sans objet Sans objet Dans les 3 jours Immédiate	Dans les 7 jours Dans les 3 jours Dans les 7 jours Dans les 14 jours Dans les 14 jours Dans les 14 jours Dans les 14 jours Dans les 14 jours Dans les 30 jours Dans les 14 jours Sans objet Dans les 7 jours	Dans les 6 semaines Dans les 6 semaines Dans les 6 semaines Dans les 6 semaines Dans les 6 semaines Dans les 6 semaines Dans les 6 semaines Dans les 3 mois Dans les 3 mois Dans les 8 semaines Dans les 30 jours

TDM = tomodensitométrie; FDG = fluorodéoxyglucose; DISA = défibrillateur interne à synchronisation automatique; VG = ventricule gauche; IRM = imagerie par résonance magnétique; TEP = tomographie à émission de positrons; SPECT = imagerie de perfusion myocardique par tomographie d'émission monophotonique.

* La priorité ou l'urgence relatives se définit ainsi : Urgence immédiate = danger de mort ou de perte d'un membre ou d'un organe; Cas urgent = situation instable susceptible de se détériorer rapidement et d'entraîner une admission pour urgence immédiate; Cas prévu = situation où le problème cause une douleur, une dysfonction ou une incapacité minimales (aussi appelé cas de «routine» ou «électif»).

[†] On présente ici un échantillon seulement des services et interventions. Le rapport contient des points de repère sur les temps d'attente et des catégories d'urgence plus détaillés.

Note : À moins d'indication contraire, le calcul du temps correspond au nombre de jours civils écoulés entre la décision de faire voir un spécialiste et l'administration du traitement.

a son propre point de repère. La SCC, par exemple, a établi des points de repère pour huit éléments constitutifs qui couvrent le continuum complet des soins en cardiologie. Il en découle un ensemble complexe de points de repère, non seulement pour des interventions en particulier, mais aussi pour différents diagnostics posés dans le contexte de chaque intervention.

Imagerie diagnostique

L'Association canadienne des radiologistes (CAR) et l'Association canadienne de médecine nucléaire (ACMN) ont toutes deux produit des points de repère sur les temps d'attente pour leur domaine de l'imagerie diagnostique. Les deux organismes ont coordonné leurs efforts pour étudier des points de repère sur les temps d'attente dans ce domaine.

Plus un patient doit attendre pour se soumettre à un test de diagnostic, plus il faudra de temps pour procéder au traitement au besoin. Il ne faut donc pas s'étonner que les points de repère proposés par l'ATA dans le cas de l'imagerie diagnostique soient courts comparativement à ceux qu'on propose dans le cas de certaines des autres interventions. On reconnaît aussi que les temps d'attente proposés en imagerie diagnostique peuvent être beaucoup plus courts que ceux qui existent actuellement dans certaines régions du pays. Nous le reconnaissons, mais nous sommes d'avis qu'il importe que les paramètres indiquent des temps d'attente raisonnables afin d'assurer à nos patients un accès approprié.

«Tous les examens d'imagerie diagnostique devraient avoir lieu rapidement afin que l'on puisse être inscrit sur la liste de traitement et faire évaluer l'urgence de son cas.»

— Participant à un groupe de discussion

Radiologie

La CAR s'est penchée sur des points de repère pour la tomodensitométrie (TDM) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) conformément au plan décennal adopté en 2004 par les premiers ministres¹. Au cours de la dernière décennie, l'imagerie par TDM et l'IRM ont réalisé des progrès techniques importants qui ont entraîné une expansion des indications relatives à leur utilisation et une augmentation du nombre d'examen. Ces techniques sont devenues les examens de premier recours pour beaucoup d'indications cliniques et ne sont plus relégués au statut d'outils spécialisés d'investigation.

Dans certaines provinces, il faut référer un patient à un spécialiste pour pouvoir prescrire certains tests d'imagerie diagnostique. Même si cette exigence vise à contrôler l'accès, elle allonge inutilement les temps d'attente sans démontrer de réduction des coûts.

Autant les médecins de famille que les spécialistes devraient avoir accès à l'imagerie diagnostique en se fondant sur des lignes directrices relatives à la pertinence et sur des voies d'accès.

Compte tenu de l'explosion du nombre de références pour des examens de TDM et d'IRM, ainsi que des investissements limités en ressources financières et humaines, il n'est pas étonnant que la longueur des listes d'attente pour avoir accès à ces interventions soit devenue un problème social majeur. On a procédé, par exemple, à 35 millions d'examen radiologiques en 2004, nombre qui devrait passer à 45 millions d'ici à 2010. Dans cette réalité, le besoin de trouver au problème des temps d'attente des solutions autant du côté de l'offre que de celui de la demande augmentera certainement.

Il n'y aura pas de points de repère publiés sur les temps d'attente dans le cas de l'imagerie diagnostique. Des membres de la CAR ont participé aux travaux de trois groupes provinciaux d'experts sur les points de repère pour l'imagerie diagnostique et ont étudié les lignes directrices en vigueur dans d'autres pays.

Les points de repère proposés dans le cas de la radiologie (TDM et IRM) sont les suivants : dans les 24 h pour les cas d'urgence immédiate, dans les 7 jours pour les cas urgents et dans les 30 jours pour les cas prévus.

Ces points de repère (voir le Tableau 3) reposent sur des données solides qui ont trait à l'utilisation appropriée de ces interventions diagnostiques. Les cliniciens les jugent de plus acceptables.

La CAR insiste sur le fait qu'il est essentiel de conjuguer les points de repère aux lignes directrices sur la pertinence afin d'assurer que les appareils d'imagerie diagnostique sont utilisés de la façon la plus efficace et opportune possible (on en discute plus en détail ci-dessous).

Médecine nucléaire

La médecine nucléaire est une spécialité où l'on utilise des radionucléides pour diagnostiquer et traiter des maladies. L'ACMN a choisi d'établir des points de repère sur les temps d'attente pour trois interventions : il n'existe actuellement pas de points de repère publiés. Les interventions sont les suivantes :

- Scintigraphie osseuse par radionucléides : À quelques

Tableau 3 : Résumé des points de repère sur les temps d'attente – Radiologie

Intervention	Cas d'urgence immédiate	Cas urgents	Cas prévus
TDM et IRM	Immédiatement à 24 heures	Dans les 7 jours	Dans les 30 jours

Note : TDM = tomodensitométrie; IRM = imagerie par résonance magnétique

limitations près (myélome multiple et histiocytose X), la scintigraphie osseuse par radionucléides constitue la principale technique d'examen par imagerie utilisée pour détecter la présence de métastases osseuses. La technique est plus sensible que la radiographie simple et offre l'avantage de permettre d'analyser le squelette au complet. Les points de repère proposés sont les suivants : dans les 24 heures pour les cas d'urgence immédiate, dans les sept jours pour les cas urgents et dans les 30 jours pour les cas prévus.

- Tomographie par émission de positrons au fluorodésoxyglucose (TEP-FDG) : Cette technique, qui sert à produire des images du cancer, repose sur le fait que beaucoup de tumeurs hypermétabolisent le glucose. La TEP-FDG est une nouvelle technologie qui a fait son apparition il y a une dizaine d'années et que la plupart des pays de l'OCDE acceptent maintenant sur le plan clinique et financent pour l'évaluation de nombreuses tumeurs. Les points de repère proposés sont les suivants : dans les 24 heures pour les cas d'urgence immédiate, dans les sept jours pour les cas urgents et dans les 30 jours pour les cas prévus.
- Imagerie de perfusion myocardique par tomographie d'émission monophotonique (SPECT) ou tomographie par émission de positrons (TEP) : cette technique sert à diagnostiquer la coronaropathie et à évaluer les patients chez lesquels on en a diagnostiqué une. Les points de repère proposés sont les suivants : dans les 24 heures pour les cas d'urgence immédiate, dans les trois jours pour les cas urgents et dans les 14 jours pour les cas prévus. Les mêmes points de repère s'ap-

pliquent dans le cas de l'imagerie de la viabilité (thallium-201 ou FDG) et de l'imagerie de la fonction ventriculaire par angiographie aux radionucléides.

Ces interventions sont reliées directement aux cinq domaines prioritaires choisis par les premiers ministres. On a aussi établi des points de repère pour d'autres interventions et thérapies, y compris la détermination de la densité osseuse (Tableau 4).

On a modifié les points de repère finals dans le cas de l'imagerie par perfusion myocardique par rapport à ceux que contient le rapport provisoire de l'ATA après avoir consulté des spécialistes en cardiologie qui croyaient que les points de repère initiaux étaient trop longs pour assurer qu'on utiliserait l'examen de la façon appropriée pour évaluer des patients qui ont des syndromes de douleur à la poitrine.

Les temps d'attente pour obtenir ces services varient considérablement et il existe des problèmes d'accès dans le cas des interventions générales en médecine nucléaire, comme la scintigraphie osseuse, des interventions de médecine nucléaire en cardiologie et la mesure de la teneur minérale de l'os.

Comme on l'a constaté en radiologie, un des moyens de contrôler l'accès à la médecine nucléaire consiste à permettre seulement aux spécialistes de prescrire les examens. L'ACMN est d'avis que les médecins de famille autant que les spécialistes devraient utiliser les examens de médecine nucléaire. Le meilleur moyen de garantir l'utilisation appropriée consiste pour le médecin spécialisé en médecine nucléaire à jouer le rôle de médecin-conseil, à filtrer les demandes d'examen et, le cas échéant, à suggérer d'autres voies de diagnostic afin d'assurer que l'on procède à l'examen qui convient le plus.

Tableau 4 : Résumé des points de repère sur les temps d'attente – Médecine nucléaire

Intervention	Cas d'urgence immédiate	Cas urgents	Cas prévus
Scintigraphie osseuse (pancorporelle)	Immédiatement à 24 h	Dans les 7 jours	Dans les 30 jours
TEP-FDG	Immédiatement à 24 h	Dans les 7 jours	Dans les 30 jours
Perfusion myocardique (effort physique)	Immédiatement à 24 h	Dans les 3 jours	Dans les 14 jours
Perfusion myocardique (effort pharmacologique)	Immédiatement à 24 h	Dans les 3 jours	Dans les 14 jours
Viabilité du myocarde (FDG)	Immédiatement à 24 h	Dans les 3 jours	Dans les 14 jours
Viabilité du myocarde (thallium)	Immédiatement à 24 h	Dans les 3 jours	Dans les 14 jours
Angiographie isotopique	Immédiatement à 24 h	Dans les 3 jours	Dans les 14 jours
Densité osseuse	S.O.	S.O.	Dans les 30 jours

Note : TEP-FDG = tomographie par émission de positrons au fluorodésoxyglucose.

Arthroplastie

Le Comité sur les normes nationales de l'Association canadienne d'orthopédie (ACO) surveille le travail que l'Association a fait au sujet des points de repère sur les temps d'attente. Même si le comité s'est penché sur les temps d'attente dans le contexte de plusieurs interventions, ce rapport porte principalement sur les arthroplasties de la hanche et du genou.

La gravité de l'état d'un patient joue un rôle important dans l'étude de points de repère sur des temps d'attente acceptables et l'établissement de priorités. C'est pourquoi il faut un système d'évaluation de la gravité qu'il est

possible d'appliquer de façon universelle et objective, particulièrement lorsque l'on organise l'intervention chirurgicale d'un patient inscrit sur une longue liste d'attente.

Jusqu'à maintenant, le comité a concentré son attention sur les interventions prévues (électives) ou de routine chez les patients qui ne sont généralement pas hospitalisés immédiatement après la consultation (c.-à-d. ceux que l'on renvoie chez eux, mais pour qui on peut prévoir une intervention chirurgicale).

Le comité a aussi établi une distinction entre les temps d'attente pour une consultation (temps écoulé entre la référence et la consultation) et pour une intervention chirurgicale (temps écoulé entre la décision d'opérer et la date de l'intervention même).

Les points de repère sur les temps d'attente qu'on a établis sont les suivants :

- Consultation : dans les 90 jours (si l'on suppose que le patient a été dûment présélectionné et est prêt à subir une intervention chirurgicale)
- Chirurgie : Dans les six mois suivant la décision dans le cas de toute intervention orthopédique prévue (ce qui représente un total de 9 mois pour la consultation et l'intervention chirurgicale).

Les deux points de repère correspondent à ceux qu'on trouve dans les publications nationales et internationales existantes dans la spécialité, y compris l'estimation des temps d'attente pour les arthroplasties du genou et de la hanche établie dans le cadre du PLAOC¹⁰.

Même s'il s'agit de points de repère pour des cas prévus, le comité a toutefois établi un système de priorités :

- Priorité 1 : Dans une situation qui pourrait se détériorer rapidement et entraîner une admission d'urgence, il faudrait opérer dans les 30 jours.
- Priorité 2 : Dans une situation qui cause de la douleur et de l'incapacité, mais qui a peu de chance de se détériorer rapidement au point d'entraîner une admission d'urgence, il faudrait opérer dans les 90 jours.
- Priorité 3 : Dans une situation qui cause une douleur, une dysfonction ou une incapacité mini-mes et qui a peu de chance de se détériorer rapidement au point d'entraîner une admission d'urgence, il faudrait opérer dans les six mois (Tableau 5).

Même si la plupart des personnes interrogées considéraient ces points de repère proposés dans le

cas de l'arthroplastie comme une amélioration importante par rapport aux temps d'attente actuels, certains les ont trouvés trop longs. On craignait particulièrement que l'état de santé des patients change pendant qu'ils attendent et souhaitaient que l'on garantisse que les patients en cause grimperont dans la liste de priorité si leur état se détériore.

*«Six mois, c'est trop long dans le cas d'un soutien de famille. Comment peut-on attendre aussi longtemps?»
«Des millions de personnes attendent une arthroplastie de la hanche ... la majorité d'entre elles seraient satisfaites de neuf mois.»*

— Participants à des groupes de discussion

Traitement du cancer

Parmi les cinq domaines prioritaires, celui du cancer est peut-être le plus complexe à cause de l'éventail de ses multiples tests de diagnostic et de détermination du stade, ainsi que des diverses techniques de traitement qui mettent en cause de nombreux points d'accès et temps d'attente pour les patients¹³. Pour les besoins du présent projet, on a toutefois décidé de concentrer l'attention sur la radio-oncologie, car beaucoup considèrent l'accès à ce traitement comme la plus grande préoccupation.

Il existe actuellement peu de résultats de recherche au sujet des temps d'attente dans le cas de la radio-oncologie et de leur incidence sur l'évolution de l'état de santé des patients. Pour dégager un consensus entre ses membres, l'Association canadienne des radio-oncologues s'est donc fondée sur le principe selon lequel les temps d'attente en radio-oncologie devraient être «les plus courts qu'il soit raisonnablement possible d'atteindre» (ASARA). On a tenu compte d'autres sources d'information, y compris la pratique internationale et le traumatisme psychologique que subissent les patients en attente d'un traitement. Les points de repère présentés ci-dessous ont été établis à l'origine au début des années 90 et ont été revus et évalués par la suite en 2002.

Les points de repère sur les temps d'attente en radio-oncologie sont les suivants :

- Les cas d'urgence immédiate devraient recevoir une radiothérapie le jour même du diagnostic. Les cas

Tableau 5 : Résumé des points de repère sur les temps d'attente – Arthroplastie

Intervention	Cas d'urgence immédiate	Cas prévus		
		Priorité 1	Priorité 2	Priorité 3
Arthroplastie de la hanche et du genou	Immédiatement à 24 h	Dans les 30 jours	Dans les 90 jours	Consultation : dans les 3 mois Traitement : dans les 6 mois suivant la consultation

urgents devraient être traités en fonction du besoin individuel.

- Les cas prévus comportent deux volets : consultation et radiothérapie.

La consultation s'entend du temps écoulé entre la date de la référence initiale en radio-oncologie et celle de la consultation même. Le temps d'attente ne doit pas dépasser 10 jours ouvrables.

- Le temps d'attente pour une radiothérapie s'entend de l'intervalle écoulé entre la date de la commande de services de radiothérapie (qui tient compte de l'état de santé du patient, p. ex., guérison d'une intervention chirurgicale et capacité de recevoir une radiothérapie) ou celle de la consultation, selon l'échéance la plus tardive, et le premier jour de la thérapie. Il ne faut pas attendre plus de 10 jours ouvrables pour recevoir une thérapie.

Le point de repère sur les temps d'attente combiné pour la consultation et le traitement s'établit donc à 20 jours ouvrables (Tableau 6).

- Dans le cas des traitements multimodaux (p. ex., radiothérapie et chimiothérapie), le temps d'attente pour la radiothérapie s'entend de l'intervalle écoulé entre la date cible de début de la radiothérapie et le premier jour de la thérapie même.

Les points de repère pour le traitement du cancer ont été bien accueillis par les patients et les membres du public au cours des groupes de discussion — les participants les ont décrits comme très raisonnables et reflétant l'urgence en cause.

Rétablissement de la vue

La Société canadienne d'ophtalmologie (SCO) a choisi de

Tableau 6 : Résumé des points de repère sur les temps d'attente – Radiothérapie

Intervention	Cas d'urgence immédiate	Cas urgents	Cas prévus
Radiothérapie	Immédiatement à 24 h	En fonction du besoin individuel	Consultation : dans les 10 jours ouvrables Traitement : dans les 10 jours ouvrables suivant la consultation

Tableau 7 : Résumé des points de repère sur les temps d'attente – Chirurgie de la cataracte

Intervention	Cas d'urgence immédiate	Cas urgents	Cas prévus
Chirurgie de la cataracte	Sans objet	Cas traités proportionnellement à la priorité relative	Dans les 6 semaines suivant la consultation

concentrer son attention sur les temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte, problème qui touche le plus grand nombre de patients en attente d'une chirurgie de rétablissement de la vue.

Un groupe de travail en ophtalmologie de la SCO s'est penché sur des publications et des données probantes disponibles au sujet des points de repère sur les temps d'attente, y compris le travail du PLAOC¹⁰. Le comité a reconnu que les publications ne contiennent pas de données empiriques qui définissent un temps d'attente optimal, mais que des données révèlent une morbidité importante chez les patients qui attendent (risques accrus de chutes et de fractures de la hanche, risques plus élevés d'accidents de véhicules à moteur pendant que les intéressés attendent une chirurgie de la cataracte).

Le groupe de travail s'est entendu sur le fait qu'une période d'attente d'au plus 16 semaines convient dans le cas de la chirurgie de routine de la cataracte et qu'il faut réduire cette période proportionnellement à la priorité relative (Tableau 7). Il faudrait idéalement pratiquer 90 % des interventions chirurgicales en deçà de ce délai repère. Ce point de repère est conforme au temps d'attente maximal estimatif pour la chirurgie de la cataracte utilisé par le PLAOC et l'IRSS. Il n'inclut pas le temps pendant lequel le patient a dû attendre pour être référé par son médecin de premier recours ou son optométriste, période qui dure jusqu'au moment où il a pu consulter l'ophtalmologiste.

Ce point de repère sur les temps d'attente correspond aussi aux résultats de sondages antérieurs menés auprès de médecins canadiens au sujet de ce qui constituerait un temps d'attente raisonnable et est un peu plus long seulement que les délais d'attente acceptables tirés des sondages réalisés auprès des patients. Le public et les participants aux

groupes de discussion de patients ont appuyé solidement ce point de repère et beaucoup des intervenants le considéraient comme une amélioration importante par rapport aux conditions actuelles d'accès.

«C'est mieux qu'actuellement!»

— Participant à un groupe de discussion

La SCO signale qu'il y a des temps d'attente importants pour d'autres types de traitement sérieux de la vue, comme la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMA) — principale cause de perte sévère et irréversible de la vue chez les

patients de plus de 50 ans dans beaucoup de pays occidentaux — et les services d'ophtalmologie en pédiatrie.

Soins cardiaques

Au cours des derniers mois, la Société canadienne de cardiologie (SCC) et ses membres ont fait preuve de diligence afin d'établir des points de comparaison sur les temps d'attente dans le cas des soins cardiaques. Le Groupe de travail de la SCC sur l'accès aux soins a créé sept sous-groupes afin d'établir des points de repère sur les temps d'attente et des catégories d'urgence pour l'éventail complet des services et

interventions cardiovasculaires conformément à l'expérience globale des patients (les rapports de chaque sous-groupe seront disponibles sur le site web de la SCC à www.ccs.ca).

Même si la chirurgie cardiaque attire beaucoup d'attention depuis une dizaine d'années environ, beaucoup d'indications cardiaques exigent non pas une intervention chirurgicale, mais plutôt d'autres interventions diagnostiques et thérapeutiques. Même si elle est extrêmement importante, il faut élargir la convergence sur la chirurgie cardiaque pour y inclure ces autres interventions. Le rap-

Tableau 8 : Limite maximale proposée pour les points de repère sur les temps d'attente – Services et interventions cardiovasculaires selon la catégorie d'urgence

Intervention/service	Limite maximale du point de repère sur les temps d'attente			
	Cas d'urgence immédiate	Cas urgents	Cas semi urgents	Cas non urgents
Première consultation du spécialiste	Immédiatement à 24 h	7 jours	4 semaines	6 semaines
Imagerie nucléaire cardiaque	1 jour ouvrable	3 jours ouvrables	S.O.	2 semaines
Cathétérisme diagnostique				
Après STEMI	Immédiatement à 24 h	3 jours	7 jours	S.O.
Après NSTEMACS	Immédiatement à 48 h	3 jours	7 jours	S.O.
Angine stable	S.O.	S.O.	S.O.	6 semaines
Valvulopathie cardiaque stable	S.O.	S.O.	14 jours	6 semaines
Intervention coronarienne percutanée (ICP)				
Après STEMI	Immédiatement	Immédiatement	Immédiatement	S.O.
Après NSTEMACS	Immédiatement	Immédiatement	Immédiatement	S.O.
Angine stable	S.O.	7 jours	4 semaines	6 semaines
Pontage aortocoronarien (PAC)				
Après STEMI	Immédiatement à 24 h	7 jours	14 jours	S.O.
Après NSTEMACS	Immédiatement à 48 h	14 jours	14 jours	6 semaines
Chirurgie valvulaire cardiaque	Immédiatement à 24 h	14 jours	S.O.	6 semaines
Traitement de l'insuffisance cardiaque	Immédiatement à 24 h	14 jours	4 semaines	6 semaines
Électrophysiologie				
Référence à l'électrophysiologiste	S.O.	30 jours	S.O.	3 mois
Cardiostimulateur	Immédiatement à 3 jours	14 jours	30 jours	6 semaines
	S.O.	14 jours	S.O.	3 mois
Examen EP et enlèvement d'un cathéter				
DISA	Immédiatement à 3 jours	S.O.	8 semaines	S.O.
Réadaptation cardiaque	Immédiatement*	7 jours	S.O.	30 jours

Note : STEMI = infarctus du myocarde caractérisé par une élévation du segment ST; NSTEMACS = syndrome coronarien aigu non caractérisé par une élévation du segment ST; EP= électrophysiologie; DISA = défibrillateur interne à synchronisation automatique.

* Leur médecin de famille ou médecin traitant indique que certains patients sont extrêmement déprimés et peuvent avoir des tendances suicidaires. Ces patients doivent être pris en charge en psychiatrie d'urgence ou des soins intensifs.

port inclut des points de repère détaillés afin d'assurer que chaque point d'accès au continuum des soins a un point de repère sur les temps d'attente, depuis la consultation et le diagnostic jusqu'aux interventions thérapeutiques et à la réadaptation. Les interventions traitées dans le rapport comprennent le cathétérisme cardiaque, l'imagerie nucléaire, les études d'électrophysiologie, les interventions coronariennes percutanées (ICP), le pontage aortocoronarien (PAC), la chirurgie valvulaire, l'implantation de cardiostimulateurs et de défibrillateurs internes à synchronisation automatique (DISA), et les ablations percutanées.

Chacun des sous-groupes a procédé autant que possible de la façon suivante :

- trouvé et recruté des spécialistes compétents pour participer aux travaux du sous-groupe, en assurant que les sous-spécialités en cause sont représentés et en respectant les caractéristiques géographiques du Canada;
- procédé à une recherche documentaire sur les temps d'attente et l'accès aux soins;
- procédé à une étude (le cas échéant) des guides de pratique clinique, des temps d'attente et des normes d'accès aux soins existants;
- sondé des centres canadiens au sujet des temps d'attente actuels;
- dégagé et documenté un consensus sur les temps d'attente appropriés;
- établi un groupe d'étude secondaire (habituellement une association d'intervenants canadiens) afin de réunir des commentaires supplémentaires sur les temps d'attente pancanadiens proposés.

Lorsqu'il existait peu de documents pertinents, les sous-groupes ont veillé à ce que le processus de dégagement d'un consensus mette à contribution un groupe d'intervenants vaste et complet : 49 médecins et spécialistes des soins de santé ont participé aux travaux des sous-groupes afin de dégager un premier consensus au sujet de points de repère sur les temps d'attente. Chaque sous-groupe a produit un projet de rapport décrivant ses recherches, son analyse, comment il a dégagé un consensus, ainsi que les points de repère sur les temps d'attente proposés. Les sous-groupes ont présenté leur projet de rapport à six sociétés et

associations nationales, ainsi qu'à des spécialistes en particulier, pour obtenir un deuxième avis. Nous présentons ci-dessous un survol des points de repère en cardiologie selon la catégorie d'urgence (Tableau 8).

En résumé, la SCC s'est entendue sur le fait que personne ne doit attendre plus que :

- 6 semaines pour une première consultation d'un cardiologue;
- 2 semaines pour un examen diagnostique d'imagerie nucléaire cardiaque;
- 6 semaines pour un cathétérisme de diagnostic (lorsque l'état est stable), une IPC dans le cas des états stables, un PAC dans les cas qui ne sont pas des cas d'urgence immédiate, la chirurgie cardiaque valvulaire, l'implantation d'un cardiostimulateur ou des services de traitement de l'insuffisance cardiaque;
- 12 semaines pour une référence à un électrophysiologiste, un examen électrophysiologique ou l'enlèvement d'un cathéter;
- 30 jours pour commencer la réadaptation cardiaque.

La SCC signale qu'on ne peut actuellement se conformer à ces points de repère sur les temps d'attente à cause de la pénurie courante de médecins, d'infirmières et de technologues dans beaucoup de surspécialités (p. ex., insuffisance cardiaque, cardiologie interventionnelle, électrophysiologie, électrocardiographie) au Canada.

Quel est le lien entre les points de repère sur les temps d'attente proposés et la situation actuelle?

Une question que les membres de l'ATA ont entendue souvent à la suite de la publication de leur rapport provisoire porte sur les liens entre les points de repère proposés et la situation actuelle au Canada. Les groupes de discussion tenus d'un océan à l'autre ont aussi posé souvent la même question. La majorité des patients et le public ont affirmé croire que les temps d'attente réels sont plus longs que les points de repère proposés sur les temps d'attente.

Il est difficile de déterminer si l'on respecte actuellement les points de repère pour deux raisons importantes. Tout d'abord, on a recueilli peu de données sur les temps d'attente

de façon systématique et uniforme, particulièrement à l'échelon provincial, pour permettre d'établir des comparaisons interprovinciales. Beaucoup de provinces n'ont pas produit de données sur les temps d'attente pour la série 2004 de rapports provinciaux et fédéraux des indica-

Tableau 9 : Pourcentage des patients de l'Ontario qui subissent une intervention sans dépasser le point de repère sur le temps d'attente maximal recommandé (TAMR) 2003-2004⁵

	Chirurgie de la cataracte (TAMR < 4 mois); %	Arthroplastie (TAMR < 6 mois); %	
		Hanche	Genou
Moyenne de l'Ontario	51	53	40
Meilleure région	65	71	50
Pire région	37	34	24

teurs de rendement comparables pour la santé et le système de santé¹⁴. Deuxièmement, les temps d'attente varient énormément à l'intérieur des provinces et des territoires, ce qui rend les comparaisons interprovinciales difficiles.

Un rapport publié récemment par l'IRSS⁵ nous donne une idée des variations régionales au niveau des temps d'attente dans certains des domaines prioritaires en Ontario. Le Tableau 9 présente le pourcentage des patients de l'Ontario qui sont traités en deçà des temps d'attente maximaux recommandés pour la chirurgie de la cataracte (dans les quatre mois) et l'arthroplastie (dans les six mois). Le tableau présente aussi les résultats de la région sanitaire la plus performante de la province et de la moins performante. Comme on peut le voir, un peu plus de la moitié de la population a subi une chirurgie de la cataracte et une arthroplastie de la hanche en deçà du point de repère recommandé par l'ATA, tandis que 40 % seulement des patients ont subi une arthroplastie du genou dans le délai recommandé par l'ATA. Les temps d'attente varient aussi entre les régions, ce qui limite les avantages qu'offrent les moyennes provinciales. Dans la région la plus performante, par exemple, on a pratiqué 71 % des arthroplasties de la hanche dans les six mois comparativement à 34 % seulement dans la région la moins performante.

Les membres de l'ATA signalent aussi une variation importante de l'accès et des temps d'attente pour leurs patients d'un bout à l'autre du Canada. En Saskatchewan et à l'Île-du-Prince-Édouard, par exemple, moins de 25 % des patients subissent une chirurgie de la cataracte dans les 16 semaines et les temps d'attente des chirurgiens peuvent varier de quelques semaines seulement jusqu'à 18 mois. Selon l'ACMN, les temps d'attente dans les cas non urgents dépassent considérablement les points de repère dans de nombreuses administrations et il semble que la majorité des patientes attendent trop longtemps, ce qui leur cause un préjudice, ou cherchent d'autres services ou voies de diagnostic.

Si l'objectif consiste à permettre à la plupart des patients d'être traités en deçà des points de repère établis sur les temps d'attente, il est alors clair qu'il y a beaucoup de travail à faire. De plus, comme il est peu probable qu'aucun système ne pourra traiter régulièrement 100 % des patients dans les délais convenus, quel niveau de rendement sera acceptable? Le respect des points de repère dans 70 % des cas sera-t-il acceptable après la décision Chaoulli?

Le besoin de points de repère sur les temps d'attente dans le cas d'autres interventions de soins de santé

Les membres de l'ATA sont d'avis que la question des réductions des temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires constituera une «marée montante pour tous les intéressés» en attirant l'attention sur le concept selon lequel les longues périodes d'attente pour n'importe quel type de soins essentiels sont inacceptables. Même si l'ATA s'est concentrée naturellement sur les cinq domaines prioritaires de la santé définis par les premiers ministres, ses membres reconnaissent qu'il faut établir des points de repère pour les temps d'attente dans le cas d'autres interventions aussi. Par exemple, comme l'a démontré le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (Comité Kirby)¹⁵, les Canadiens de nombreuses régions du pays font face à d'importants problèmes d'accès aux services de santé mentale. Le besoin d'établir des points de repère sur les temps d'attente dans le cas de l'accès aux services de santé mentale a aussi constitué un problème sérieux soulevé au cours de l'atelier des intervenants du 16 juin. Une coalition de professionnels de la santé mentale effectue actuellement des travaux dans ce domaine.

Les soins reçus aux services d'urgence des hôpitaux constituent un autre type de soins auxquels beaucoup de Canadiens ont recours et qui peuvent avoir un effet important sur les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires. La longueur des temps d'attente aux services d'urgence constitue une plainte courante des Canadiens au sujet de leur système de santé et un problème que les participants ont soulevé fréquemment au cours des groupes de discussion pancanadiens. Un hôpital utilise un pourcentage considérable de son temps d'opération pour des patients reçus à l'urgence, ce qui a des répercussions sur les temps d'attente pour les chirurgies.

Beaucoup de lits d'hôpitaux sont en outre occupés par des patients admis pour «un autre niveau de soins», ce qui bloque des admissions du service d'urgence, surplus de patients qui entraîne en fin de compte l'annulation d'interventions chirurgicales. De plus, lorsqu'un patient attend trop longtemps à l'urgence pour être soigné, son état peut se détériorer. L'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) a défini des temps d'attente acceptables : son échelle canadienne de triage et de gravité (ETG) sert actuellement dans 80 % des services d'urgence du Canada (voir Annexe C).

5. Problèmes de mise en œuvre

L'ATA a demandé aux répondants ce qu'ils pensent des problèmes auxquels il faut s'attaquer pour se conformer aux points de repère sur les temps d'attente proposés et améliorer finalement l'accès aux soins pour les patients. Les problèmes de mise en œuvre se présentent sous forme d'obstacles des côtés de l'offre et de la demande qui contribuent à la longueur des temps d'attente et à leur variabilité selon la région.

Les obstacles du côté de l'offre comprennent une offre insuffisante de ressources humaines en santé, un manque d'infrastructures et une coordination médiocre à l'intérieur du système. Les problèmes du côté de la demande comprennent la prévention des maladies, le besoin de lignes directrices sur la pertinence et la gestion des attentes.

Un dernier problème de mise en œuvre réside dans le manque de données sur les temps d'attente qui fait que l'on comprend mal l'ampleur du problème et les difficultés à surveiller les solutions que nous voulons mettre en œuvre.

Problèmes du côté de l'offre

«Tant que nous n'aurons pas plus de médecins, de salles d'opération, d'appareils et de personnes pour les utiliser, comment pourra-t-on y parvenir?»

— Participant à un groupe de discussion

L'accès ne veut rien dire sans ressources humaines et matérielles suffisantes. Les résultats des consultations sont clairs — même si l'on appuie de façon écrasante l'établissement de points de repère sur les temps d'attente, le public demeure sceptique au sujet de la capacité du système à atteindre les objectifs de rendement ou points de repère si l'on n'augmente pas les ressources de façon stratégique. L'ATA craint que sans ressources supplémentaires, affectées aux bons endroits pour les bonnes raisons — les efforts de réduction des temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires puissent entraîner une diminution de l'accès à d'autres types de soins.

À la suite d'une étude réalisée en 2003, l'OCDE¹⁶ a constaté qu'il y a un lien négatif clair entre les temps «d'attente» et la capacité du système entre les pays. Les liens sont mesurés en fonction du nombre de lits ou du nombre de médecins actifs. Dans le cadre d'une comparaison entre les pays de l'OCDE qui déclarent des temps d'attente importants et ceux qui n'en déclarent pas, l'étude a révélé qu'un nombre plus élevé de lits de soins actifs joue un rôle clé dans l'explication des temps d'attente plus courts. De plus, parmi les pays qui signalent des temps d'attente importants, la disponibilité de médecins explique la plupart des variations au niveau des temps d'attente.

Comme on peut le voir aux figures 3 et 4, l'analyse de la situation au Canada semble appuyer le lien entre une capacité relativement faible et des temps d'attente plus longs. Sans compter qu'il compte relativement peu de médecins et de lits de soins actifs, le Canada a aussi un des taux d'occupation des lits de soins actifs les plus élevés parmi les pays de l'OCDE (Figure 5). Globalement, ces indica-

Figure 3 : Temps d'attente et effectifs médicaux (2000)¹⁶

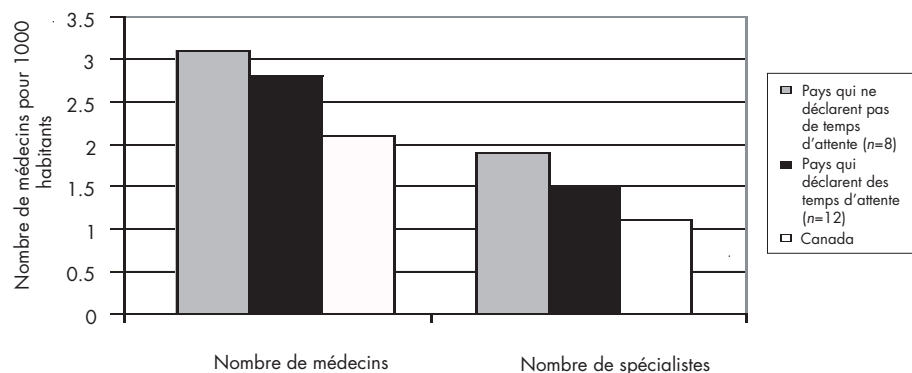
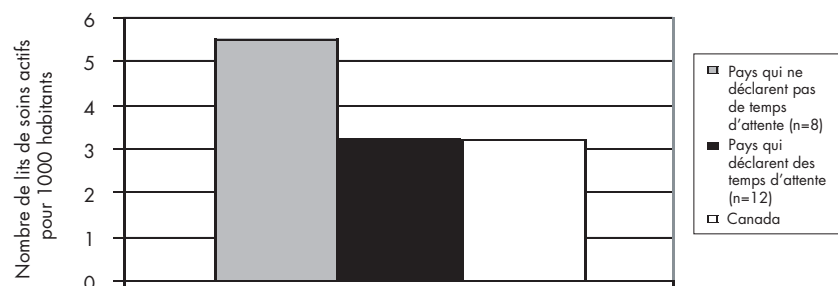


Figure 4 : Temps d'attente et nombre de lits de soins actifs (2000)¹⁶



teurs indiquent fortement que la création de capacité constitue un défi clé pour mettre en œuvre n'importe quelle série d'objectifs de rendement visant à réduire les temps d'attente au Canada.

Ces problèmes d'offre sont particulièrement marqués dans les régions rurales et du nord des provinces et des territoires, ainsi que dans certains secteurs de la région de l'Atlantique. Nous discutons ci-dessous de problèmes particuliers à l'offre.

Ressources humaines de la santé

« Sans un nombre suffisant de prestataires de soins qui conjuguent leurs efforts, tous les autres efforts de réforme de la santé seront vains. »

— Michael Decter, président du Conseil canadien de la santé¹⁷

La pénurie de ressources humaines de la santé (RHS) constitue le défi lié à la mise en œuvre mentionné le plus souvent au cours de la consultation. Les pénuries sont difficiles à quantifier et varient d'une région à l'autre. Les pénuries de spécialistes, de médecins de famille (qui réfèrent les patients et les prennent en charge pendant qu'ils attendent) et d'infirmières ont un effet direct sur les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires. Le ratio de radiologistes diagnosticiens actifs au Canada pour 100 000 habitants, par exemple, n'a pas changé au cours de la dernière décennie, même si le volume de travail a augmenté considérablement¹⁸. De même, il y a toujours eu une sérieuse pénurie de médecins certifiés en médecine nucléaire pour satisfaire à la demande¹⁹ et l'on s'attend à ce que le nombre d'ophtalmologistes au Canada diminue de moitié au cours des 20 prochaines années. Dans beaucoup de cas, la technologie et le matériel sont disponibles, mais on manque de personnel.

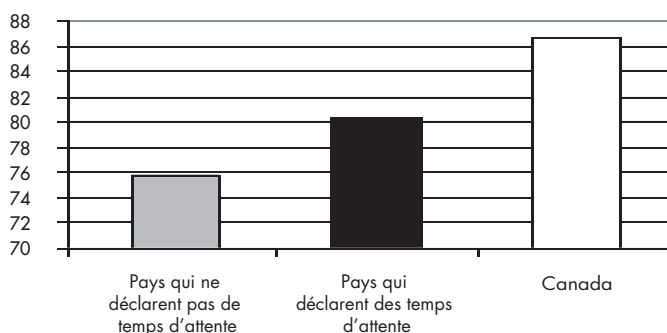
Dans son rapport sommaire sur les points de repère en cardiologie, la SCC a mis en évidence le besoin de ressources humaines supplémentaires dans le domaine de la santé : « Nous connaissons déjà une pénurie de professionnels de la santé qui crée des goulots d'étranglement et rend les temps d'attente inacceptables. Nous avons désespérément besoin de professionnels formés pour aider à éliminer les accumulations et assurer que les listes d'attente ne s'allongent pas de nouveau après qu'on les a ramenées à un niveau acceptable. » La SCC signale en outre que la pénurie de RHS entraîne une baisse du taux d'utilisation, qui est très inférieur au taux approprié fondé sur les données probantes actuelles, ce qui signifie que beaucoup de patients qui ont besoin de soins ne les reçoivent pas.

L'ATA reconnaît aussi le rôle que d'autres médecins

spécialistes jouent dans tout effort visant à réduire les temps d'attente. Nous entendons souvent parler des pénuries d'anesthésistes et des répercussions qu'elles ont en nuisant à l'accès à la chirurgie. De même, compte tenu de l'étendue et de la complexité des services en oncologie, il est essentiel de surveiller d'autres spécialités pertinentes, y compris la chirurgie générale, la pathologie et l'oncologie médicale, pour déterminer l'impact qu'elles ont sur les temps d'attente dans le cas des services reliés au cancer*.

L'ATA reconnaît que les médecins de famille et les omnipraticiens ont un rôle pivot à jouer dans toute stratégie visant à réduire les temps d'attente pour des soins médicaux. Premier point de contact pour la plupart des patients, ils cherchent à assurer que les patients qui ont besoin de soins plus spécialisés les reçoivent d'une façon plus appropriée et opportune. Il y a toutefois un autre aspect à la question, soit le rôle que les médecins de famille jouent en dispensant des soins continus, particulièrement pendant que le patient attend de recevoir des soins spécialisés (consultation et traitement au besoin). Pour les médecins de famille, le temps pendant lequel le patient doit attendre pour consulter un spécialiste signifie qu'ils doivent dispenser des soins plus complexes à leurs patients pendant l'attente⁴. C'est pourquoi il doit exister un lien solide et efficace entre les médecins de famille et le spécialiste pour fournir les soins de qualité dont le patient a besoin. Même si le présent rapport vise principalement les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires, l'ATA reconnaît que les médecins de famille et les omnipraticiens constituent un élément très important de la solution. Les stratégies visant à augmenter l'offre de médecins de famille contribuent en retour à atténuer les problèmes posés par les temps d'attente (voir La médecine familiale au Canada : Une vision d'avenir, chapitre 44, où l'on analyse des stratégies afin d'assurer une offre viable de médecins de famille).

Figure 5 : Temps d'attente et pourcentage des lits de soins actifs occupés (2003)



Source : Éco-Santé OCDE, 2005.

* Le Réseau des soins chirurgicaux de la Saskatchewan, comité consultatif de Santé Saskatchewan, a établi des délais cibles pour les soins en chirurgie, soit de procéder à 95 % des interventions chirurgicales contre le cancer et la présence soupçonnée de cancer dans les trois semaines.

Problèmes d'infrastructure

On a aussi mentionné fréquemment comme obstacle important à la mise en œuvre des points de repère sur les temps d'attente de l'ATA le manque d'infrastructure (matériel et appareils technologiques) et le vieillissement de l'infrastructure en place. Beaucoup de répondants ont toutefois signalé que ces problèmes d'infrastructure sont reliés étroitement au défi posé par les RHS. On a souvent mentionné, par exemple, le temps limité en salle d'opération — problème d'infrastructure — mais on considère qu'il reflète des problèmes de financement et de RHS (c.-à-d. horaire limité à une plage de 8 h à 15 h 30 la plupart du temps à cause de problèmes de personnel). On réduit aussi le temps en salle d'opération pour contrôler les coûts des hôpitaux, ce qui permet aux administrateurs de respecter leur budget.

On considère le manque d'infrastructure matérielle adéquate en médecine nucléaire comme le facteur le plus important qui contribue aux temps d'attente pour cette méthode d'imagerie diagnostique. Le bassin d'installations de médecine nucléaire varie considérablement d'un bout à l'autre du Canada et il y en a très peu dans la région de l'Atlantique. On considère aussi le manque de disponibilité de services FDG et TEP comme un facteur important qui contribue à l'ouverture de services privés payés par les patients qui essaient de compenser la pénurie dans le système financé par le secteur public.

La FDG-TEP est une nouvelle technologie en médecine nucléaire disponible dans la plupart des pays industrialisés pour évaluer des tumeurs. Le Canada n'a toutefois pas approuvé le produit radiopharmaceutique émetteur de positrons utilisé le plus souvent en imagerie du cancer. Les coûts élevés nécessaires pour que les centres universitaires assurent une offre suffisante de FDG et la brièveté de la période du projet, soit 109 minutes, qui oblige à le produire dans des installations situées à proximité de l'établissement d'imagerie, sont au nombre des autres obstacles à surmonter dans le cas de ces technologies.

Problèmes de gestion et de coordination du système

Les patients et les intervenants du secteur des soins de santé considèrent aussi une amélioration de la gestion du système et de la coordination des ressources existantes comme un moyen d'améliorer l'accès en temps opportun. En fait, la plupart des provinces et des régions sanitaires constateront que les points de repère proposés par l'ATA constituent un défi si elles ne prennent pas les moyens suivants : intégration appropriée des soins à l'échelon local, régional et provincial; intégration des fournisseurs aux niveaux primaire, secondaire et tertiaire/quaternaire; modèles innovateurs de soins qui permettent le triage et les soins multidisciplinaires intégrés.

La gestion appropriée des temps d'attente oblige à reconnaître leur importance et à y affecter des ressources exclusives comme des services centraux ou régionaux de réservation appuyés par des systèmes adéquats de TI. On a calculé que la gestion appropriée des files d'attente peut à elle seule réduire les temps d'attente de 20 % (Peter Glynn, Atelier de l'Alliance sur les temps d'attente, Ottawa, 16 juin 2005). Si les files d'attente ne sont pas bien gérées, la confiance des patients disparaîtra rapidement — problème que le système défaillant de soins de santé du Canada ne peut vraiment se permettre d'affronter.

La gestion systémique des temps d'attente passe par la coordination des cinq domaines prioritaires avec d'autres types de soins. Comme on l'a mentionné plus tôt, par exemple, les services d'urgence constituent une source importante de patients qui entrent dans le système pour obtenir des ressources et des soins spécialisés (p. ex., lits, examens). La gestion efficace des temps d'attente doit donc inclure une protection contre les variations inhérentes à la charge de travail des services d'urgence et des calculs distincts de capacité fondés sur des volumes prévus²⁰.

La disponibilité de services de soins continus et la coordination avec ceux-ci peuvent aussi avoir un effet important sur les temps d'attente. Sans les appuis communautaires nécessaires, les patients ne peuvent recevoir leur congé de l'hôpital et céder ainsi la place pour d'autres interventions chirurgicales. L'absence d'appui communautaire peut aussi réduire les interventions en service externe si l'on ne peut s'occuper du patient à domicile. Par ailleurs, la disponibilité de services de soins continus et de soins communautaire peut aider les patients à gérer leur état pendant qu'ils attendent de recevoir des soins spécialisés.

Problèmes du côté de la demande

Les problèmes du côté de la demande sont tout aussi importants lorsque vient le temps de raccourcir les temps d'attente, à commencer par le besoin de prévenir les maladies, ce qui inclut la prévention primaire et secondaire par la gestion appropriée des maladies et des problèmes chroniques comme le diabète et la demande qu'ils peuvent imposer dans les cinq domaines prioritaires. Les médecins peuvent jouer un rôle important dans l'atténuation de la demande de soins spécialisés, et ils le font déjà, en conseillant leurs patients au sujet de la prévention des maladies et des blessures, ainsi que d'habitudes de vie saines.

«Il faut faire davantage pour promouvoir les habitudes de vie saines.»

— Participant à un groupe de discussion

Gestion des attentes

La gestion des attentes joue un rôle dans toute stratégie sur

les temps d'attente. Il faut informer les patients afin de favoriser les opinions réalistes sur la façon d'établir les priorités et des temps d'attente médicalement raisonnables pour obtenir des traitements, particulièrement dans les cas non urgents.

Même si les participants aux groupes de discussion ont appuyé par une forte majorité les points de repère proposés sur les temps d'attente, ils ne comprenaient pas comment on prendrait en charge les patients qui attendent. Comme on l'a déjà dit, cette incertitude préoccupe la plupart des gens²¹. La capacité du système d'attribuer à des patients une priorité appropriée en fonction de l'urgence de leur cas et de l'adapter à tout changement de l'état du patient qui attend (p. ex., le cas d'un patient deviendra-t-il plus urgent si sa santé se détériore et, le cas échéant, le temps d'attente recommencera-t-il de nouveau dans la nouvelle catégorie) préoccupe particulièrement. Les patients veulent être tenus au courant de leur situation face aux temps d'attente. Ils veulent aussi que leurs médecins leur garantissent que l'attente n'entraînera pas de préjudices irréversibles. S'ils sont «supplantés», ils veulent qu'on les prévienne dûment, leur explique clairement pourquoi on les supplante et fixe nouvelle date pour leur intervention.

«Je penserai toujours que mon cas est un cas d'urgence — je m'inquiète. Il faudra me rassurer au sujet des cas semi-urgents ou de routine.»

«Je voudrais connaître le risque qu'entraîne l'attente. Y a-t-il un danger à attendre?»

— Participants à des groupes de discussion

Il faudra des outils d'établissement des priorités qui sont justes, équitables et transparents — qui attirent le respect et la confiance, autant des médecins que des patients. La mise en commun des listes d'attente afin de refléter la pratique de tous les médecins imposera un changement au niveau des attentes à la fois chez les praticiens et chez les patients. Les médecins devront peut-être partager leurs listes de patients afin que les prochains prestataires disponibles voient les patients dont le cas est le plus urgent. Les patients doivent comprendre que cela signifiera qu'ils pourront être traités par un autre spécialiste du groupe. Ils pourront quand même choisir leur propre spécialiste pour qu'il pratique l'intervention, mais ils devront peut-être accepter d'attendre plus longtemps. Une recherche plus poussée sur les préférences des patients, y compris le choix des prestataires, s'impose.

Lignes directrices sur l'utilisation appropriée

Les lignes directrices sur l'utilisation appropriée sont considérées comme un autre élément nécessaire dans la mise en œuvre réussie de points de repère sur les temps d'attente.

Les guides sont des énoncés systématiques qui visent à aider les praticiens et les patients à prendre des décisions sur les soins de santé appropriés dans des circonstances cliniques précises²².

On ne conteste pas que l'application de critères d'utilisation appropriée réduit la demande dans le cas de certains services de santé. La CAR estime qu'environ 10 % des demandes d'examen radiologiques ne satisfont pas aux critères d'utilisation appropriée (voir pièce C). Une réduction de 10 % du nombre des examens au Canada libérerait 225 radiologistes et réduirait d'environ 550 millions de dollars les coûts des soins de santé. Ce total équivaut à la charge de travail de 125 hôpitaux ou à celle des quatre provinces de l'Atlantique combinées. Cette capacité libérée aiderait fort probablement à éliminer l'accumulation d'examen en retard et permettrait de réduire avec succès les temps d'attente, étant donné particulièrement que la demande d'examen augmente, comme on en a discuté plus tôt.

Dans un environnement où le volume de l'information augmente exponentiellement, il est toutefois difficile pour chaque praticien de demeurer à jour au sujet de l'information sur la pertinence. L'intégration, dans les systèmes d'information des hôpitaux et des établissements, d'outils d'aide à la décision et de voies de soin pourrait toutefois aider les médecins et d'autres praticiens à prendre des décisions appropriées sur l'utilisation. Il faut donc surveiller et appliquer ces lignes directrices. Travaillant en consultation avec d'autres prestataires de soins de santé, y compris l'ACMN, la CAR a produit, à l'intention des médecins, des lignes directrices détaillées sur l'utilisation appropriée de l'imagerie diagnostique qui visent à s'attaquer au problème dans la mesure où il s'applique à la radiologie et à la médecine nucléaire²³.

Manque de données sur les temps d'attente

La plupart des répondants ont convenu que des données opportunes et exactes sur les temps d'attente jouent un rôle clé dans leur gestion. Il faut établir des systèmes de TI non seulement pour saisir efficacement les données nécessaires, mais aussi pour en faciliter l'analyse et la production de rapports à cet égard.

Un défi clé consistera à assurer le maintien des données sur l'utilisation et les temps d'attente pour les établissements privés et publics. Il s'agit certes là d'un problème lorsqu'il faut estimer le nombre d'appareils de médecine nucléaire en Ontario, où la plupart se trouvent dans des établissements de santé indépendants qui ne figurent pas actuellement dans les données de l'ICIS. Les données sont difficiles à interpréter à cause de l'absence de données provenant de ces établissements de santé indépendants. Pour pouvoir opérer, tous les établissements qui reçoivent

du financement public devraient être tenus de fournir de l'information sur les temps d'attente et les ressources, comme les effectifs, le type de matériel, le nombre et l'âge des appareils.

Des prestataires de soins de santé ont soulevé une préoccupation sérieuse en affirmant que la convergence sur les cinq domaines prioritaires prolongera les temps d'attente dans le cas d'autres types de soins. Les systèmes de données efficaces jouent donc un rôle crucial lorsqu'il s'agit d'assurer que l'accès aux services de soins de santé ailleurs que dans les cinq domaines prioritaires ne devient pas plus difficile. Il faut contrôler les temps d'attente pour les services de santé. Les gouvernements provinciaux et territoriaux et le Conseil canadien de la santé doivent en faire rapport pour assurer que cela ne se produit pas.

«La gestion des temps d'attente exige des ressources et du financement réservés pour mettre en œuvre, surveiller et faciliter le plan. Une fois le plan établi, il faut assurer un appui continu et permanent afin de garantir que le processus fonctionne de la façon prévue et établie.»

— Répondant au questionnaire de l'ATA

Ramifications du non-respect des points de repère

Les mesures à prendre (s'il en est) dans les cas où l'on ne se conforme pas aux points de repère sur les temps d'attente sont reliées à la mise en œuvre des points de repère. Faut-il

Pièce C

Pourquoi faut-il des lignes directrices sur l'utilisation appropriée?

Le cas de l'imagerie diagnostique²³

Un examen utile est un examen dont le résultat — positif ou négatif — modifiera la prise en charge clinique ou étayera le diagnostic du médecin. De nombreux examens radiologiques n'atteignent pas ces buts et peuvent augmenter inutilement l'irradiation du patient. Les principales causes de gaspillage de services de radiologie sont les suivantes :

1. On répète des examens déjà faits : p. ex., à un autre hôpital, dans un service externe, ou dans d'autres départements. **A-T-ON DÉJÀ PROCÉDÉ À CET EXAMEN?** Il faut faire tous les efforts pour obtenir les films et les rapports antérieurs. Le transfert de données numériques par des moyens électroniques comme le système PACS/RIS (systèmes d'archivage et de communication d'images) aidera à cet égard.
2. Examen pratiqué lorsqu'il est peu probable que les résultats auront un effet sur la prise en charge du patient : parce que le résultat «positif» prévu est habituellement non pertinent, p. ex., dégénérescence de la moelle (aussi «normale» que les cheveux gris qui apparaissent à compter du début de l'âge adulte) ou parce qu'un résultat est tellement peu probable. **EST-CE QUE J'EN AI BESOIN?**
3. Examens effectués trop tôt : c-à-d. avant que la maladie ait pu progresser, se résorber, ou que les résultats puissent avoir un effet sur le traitement. **EST-CE QUE J'EN AI BESOIN MAINTENANT?**
4. Mauvais examen. Les techniques d'imagerie évoluent rapidement. Il est souvent utile de discuter d'un examen avec un spécialiste en radiologie clinique ou en médecine nucléaire avant de le demander. **S'AGIT-IL DU MEILLEUR EXAMEN?**
5. Non-communication de renseignements cliniques appropriés et de questions auxquelles l'examen d'imagerie devrait répondre. Les lacunes à ces égards peuvent entraîner l'utilisation de la mauvaise technique (p. ex. l'omission d'une vue essentielle). **EST-CE QUE J'AI EXPLIQUÉ LE PROBLÈME?**
6. Examens excessifs. Certains médecins ont tendance à compter plus que d'autres sur les examens, qui réconfortent certains patients. **EST-CE QU'ON EFFECTUE TROP D'EXAMENS?**

les utiliser comme carotte ou bâton? C'est une question que l'on a posée couramment à la suite de la publication du rapport provisoire de l'ATA et à laquelle il faut répondre en deux temps.

Tout d'abord, les difficultés à respecter les points de repère sur les temps d'attente peuvent être attribuables à plusieurs facteurs (non seulement un système mal géré, ce que laisse entendre le recours aux pénalités), y compris une pénurie de spécialistes de ressources hospitalières, ainsi qu'une forte demande attribuable à des taux de morbidité élevés. Il est impossible de régler ces problèmes du jour au lendemain.

Deuxièmement, l'ATA est d'avis qu'il faut considérer les points de repère comme des buts plutôt que des normes. On peut fixer les objectifs pour aider à atteindre les buts ou les points de repère (p. ex., 80 % des patients devraient être traités dans le délai repère d'ici à 2007). C'est pourquoi nous sommes d'avis qu'il faut concentrer notre attention non pas sur les cas de non-respect des points de repère, mais plutôt sur les mesures à prendre pour atteindre les objectifs à cet égard. Comme la conformité aux points de repère variera non seulement entre les provinces, mais aussi entre les régions d'une province, nous ne croyons pas qu'il faut chercher à établir un mécanisme punitif — qu'il soit fédéral, provincial ou régional. Une meilleure solution consisterait à modifier

les incitatifs ou en créer de nouveaux (p. ex., financement fondé sur les activités). La transparence et l'imputabilité accrues aux échelons local, régional, provincial et national joueront aussi un rôle clé dans l'amélioration du rendement.

Enfin, la décision de la Cour suprême dans l'affaire Chaoulli/Zeliotis souligne l'importance d'assurer que les Canadiens ont accès aux soins nécessaires dans des délais raisonnables. En collaboration avec les prestataires de soins de santé, les gouvernements ont une obligation absolue d'aider les patients à avoir accès aux soins en temps opportun, même s'ils doivent se déplacer pour recevoir les soins en cause. À cet égard, l'ATA appuie l'établissement d'un nouveau Fonds d'accès aux services de santé du Canada afin d'aider les provinces à développer davantage et à appuyer un réseau de registres et de centres de référence régionaux qui pourraient accepter des références provenant de l'extérieur de la province ou du territoire. Le Fonds servirait aussi à aider financièrement les patients et les membres de leur famille à chercher à obtenir un traitement préautorisé en dehors de la province, du territoire ou du pays (voir la recommandation 3 qui contient plus d'information). Il faudra des systèmes efficaces de contrôle pour aider les médecins à trouver les ressources disponibles les plus proches.

6. Stratégies d'amélioration de l'accès aux soins en temps opportun

Il ne faut pas considérer seulement comme un «problème gouvernemental» le besoin de raccourcir les longues périodes d'attente. Le système de santé du Canada est un programme partagé et tous les intervenants doivent contribuer à réduire les temps d'attente. C'est pourquoi l'ATA a produit à la fois un Code sur les temps d'attente et une trousse d'outils stratégiques afin d'atténuer, de mesurer, de surveiller et de gérer les périodes d'attente. Les deux moyens sont très tributaires de partenariats entre tous les intervenants.

Le code sur les temps d'attente

Il est urgent de renouveler l'engagement aux partenariats entre les gouvernements, les prestataires de soins de santé et la population canadienne si l'on veut améliorer l'accès aux soins en temps opportun. La Commission royale sur les soins de santé (Commission Hall) de 1964 a proposé de créer une Charte canadienne de la santé en reconnaissant que tous les partenaires ont un rôle équilibré à jouer pour appuyer le système²⁴.

Le concept d'une charte de la santé est réapparu récemment en plusieurs formats (p. ex., La Charte canadienne de la santé de l'Association médicale canadienne, le pacte sur la santé de la commission Romanow). Le mouvement est attribuable en partie à l'érosion de la confiance du public dans le système, mais aussi à une meilleure convergence sur le point de vue des patients et au désir de promouvoir une culture de normes de services et de mesures de rendement dans les systèmes de santé²⁴.

L'ATA est d'avis que le concept d'une charte ou d'un code qui établit un équilibre entre les droits et les responsabilités de tous les intervenants clés du système de santé est très applicable au problème des temps d'attente. C'est pourquoi on a établi un Code sur les temps d'attente qui précise comment chaque intervenant devrait bénéficier de l'adoption de points de repère sur les temps d'attente ou d'objectifs de rendement, ainsi que leurs responsabilités à l'égard de la mise en œuvre réussie de ces objectifs. (Voir Tableau 10)

Pour les besoins du code, les «droits» s'entendent des avantages que chaque interlocuteur peut s'attendre à tirer de l'adoption des points de repère ou d'objectifs de rendement. Les «responsabilités» désignent les mesures que chaque intervenant doit prendre pour que les points de repère produisent des résultats. Les patients devraient, par exemple, avoir le droit de s'attendre à avoir accès à des

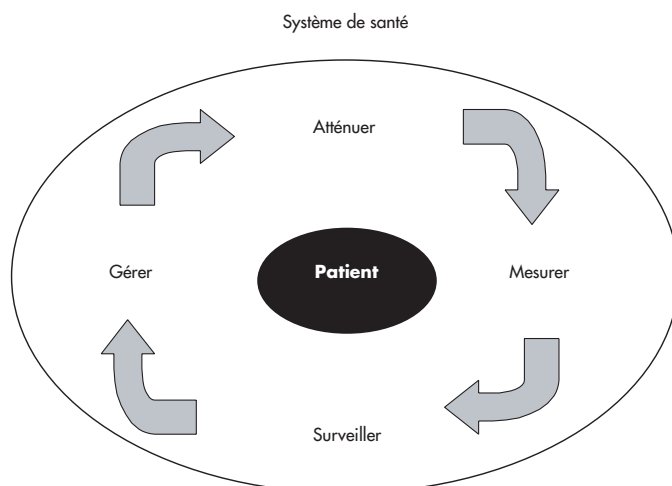
soins de qualité en temps opportun, mais ils doivent en même temps accepter les outils d'établissement de priorités et la création de files d'attente pour les soins en fonction des besoins. Les fournisseurs devraient s'attendre à recevoir les ressources dont ils ont besoin pour dispenser à leurs patients des soins en temps opportun. Par ailleurs, ils doivent suivre l'état de leurs patients pendant la période d'attente et assurer que toute détérioration de leur état leur donnera plus rapidement accès aux services.

La trousse d'outils stratégiques de l'ATA pour réduire, mesurer, surveiller et gérer les périodes d'attente

L'adoption de points de repère sur les temps d'attente constituera une étape importante dans la réduction des périodes d'attente et l'amélioration de l'accès aux services de santé. Si l'on veut qu'elle porte fruit, l'adoption de points de repère sur les temps d'attente doit toutefois s'inscrire dans le cadre d'une stratégie plus générale de mesure aux échelons pancanadien, provincial et régional. L'ATA a créé une trousse d'outils stratégiques (voir Annexe A) offrant un éventail de moyens que les gouvernements provinciaux, les régies régionales de la santé, les établissements de soins de santé et les praticiens peuvent utiliser pour réduire, mesurer, surveiller et gérer les temps d'attente.

Comme on peut le voir dans le schéma (Figure 6), les quatre principales catégories de stratégies de notre trousse

Figure 6 : Illustration d'une trousse d'outils stratégiques



d'outils stratégiques fonctionnent tant au niveau du patient en particulier qu'à celui de l'ensemble du système :

Réduire le besoin de listes d'attente

- Pour les patients : la prévention des maladies et la promotion de la santé réduisent la probabilité d'avoir besoin de services spécialisés et améliorent celle d'obtenir des résultats positifs pour la santé s'ils y ont recours.
- Pour le système : réduit la demande globale de services de santé et assure que l'accès aux services de santé spécialisés est fondé sur le besoin médical relatif.

Mesurer les temps d'attente

- Pour les patients : produit les connaissances nécessaires pour prendre des décisions éclairées sur l'accès aux services de santé.
- Pour le système : des données pancanadiennes comparables et normalisées sur les temps d'attente constituent la « pierre angulaire » de l'évaluation du rendement du système sur le plan de la réduction des temps d'attente.

Surveiller les temps d'attente

- Pour les patients : la surveillance régulière de l'état du patient pendant qu'il attend de recevoir des soins

Tableau 10 : Code sur les temps d'attente pour les patients, les fournisseurs et les gouvernements

	Droits*	Responsabilités
Patients/citoyens	<ul style="list-style-type: none"> • Accès à des soins opportuns et de qualité • Capacité de suivre l'état de l'accès au système • Recours à des solutions de rechange si le système public ne livre pas la marchandise • Choix du prestataire de soins de santé • Sécurité et confidentialité des renseignements personnels sur la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation prudente des ressources • Acceptation des outils de détermination des priorités et d'établissement des files d'attente fondées sur le besoin • Contribution financière sous forme d'impôt et de partage des coûts
Fournisseurs (professionnels, institutions)	<ul style="list-style-type: none"> • Accès aux ressources nécessaires pour dispenser des soins en temps opportun • Consultation/participation à la prise de décision à tous les niveaux • Autonomie professionnelle et indépendance clinique • Choix du mode d'exercice 	<ul style="list-style-type: none"> • Représentation des patients • Gestion et utilisation prudente des ressources comme systèmes centralisés de réservation et mise au point et utilisation d'outils efficaces d'établissement des priorités. • Prestation de soins factuels de grande qualité, y compris observation des guides de pratique clinique, le cas échéant. • Surveillance de l'état des patients pendant qu'ils attendent. • Collaboration avec d'autres disciplines • Production de rapport sur le rendement du système
Gouvernements	<ul style="list-style-type: none"> • Coopération entre tous les intervenants, y compris les praticiens, à l'élaboration et à l'étude de points de repère sur les temps d'attente • Détermination du modèle de gouvernance pour surveiller les réductions des temps d'attente • Accès à l'information nécessaire pour mesurer le rendement du système 	<ul style="list-style-type: none"> • Établissement d'attentes et de garanties relatives à la rapidité et à la qualité des soins. • Collaboration avec les prestataires de soins de santé et d'autres intervenants. • Financement suffisant et stable • Production de rapports publics sur le rendement du système de santé • Respect du caractère privé des renseignements personnels sur la santé.

*Pour les besoins du code, les droits s'entendent non pas de droits légaux, mais plutôt de services raisonnables. *Ordonnance pour la viabilité*²⁴.

atténue l'anxiété à la fois pour le patient et pour sa famille.

- Pour le système : la surveillance continue du système aide à évaluer les progrès réalisés et à étalonner des stratégies de gestion des temps d'attente.

Gérer les temps d'attente

- Pour les patients : assure que les patients pourront avoir accès aux bons services fournis par le bon prestataire au bon moment.
- Pour le système : améliore la productivité des ressources existantes et augmente la capacité du système de répondre à des besoins définis.

Comme l'a démontré l'étude de l'OCDE⁸ sur les temps d'attente, il n'y a pas d'ensemble uniforme de stratégies afin de réduire les temps d'attente. Les pays qui ont réussi à le faire ont constaté que la «meilleure solution» réside dans un ensemble mixte de mesures visant à accroître la capacité, à augmenter la productivité et l'efficacité et à mieux gérer la demande²⁵.

Beaucoup de ces stratégies visant à réduire les temps d'attente sont déjà appliquées au Canada et ailleurs (voir Pièce D). Les hôpitaux d'enseignement et les régies régionales de la santé au Canada, par exemple :

- augmentent les volumes dans les salles d'opération;
- mettent en œuvre des voies de soin afin d'améliorer la circulation dans les salles d'opération (p. ex., arthroplastie de la hanche et du genou);
- achètent à des établissements privés du temps en salle d'opération;
- examinent la productivité des interventions chirurgicales en salle d'opération afin d'assurer que les ressources sont utilisées de la façon la plus efficace et efficiente possible;
- améliorent la coordination avec des partenaires des soins continus (p. ex., réadaptation);
- créent un point d'entrée centralisé et des critères normalisés sur le triage régional;
- investissent dans des systèmes de TI (p. ex., dossiers de santé électroniques, logiciels d'ordonnancement des

clients afin de contrôler et de suivre les déplacements des patients dans le système)¹¹.

L'ATA reconnaît que chaque province et territoire voudra collaborer avec des professionnels de la santé compétents pour établir son propre éventail optimal de stratégies possibles de réduction des temps d'attente.

Pièce D

Quelles stratégies d'autres pays suivent-ils pour réduire les temps d'attente prolongés?

Les pays de l'OCDE qui signalent des problèmes reliés aux temps d'attente utilisent de nombreux moyens stratégiques pour s'attaquer à la fois à l'offre et la demande de services. Du côté de l'offre, on a augmenté le financement de nombreuses façons : aux fournisseurs dont les listes d'attente sont plus longues; aux fournisseurs qui effectuent des activités supplémentaires, ainsi qu'à d'autres fournisseurs à condition à la fois qu'ils augmentent leurs activités et réduisent les temps d'attente (p. ex., l'Espagne). Des pays ont aussi appliqué le financement fondé sur l'activité dans le cas des hôpitaux et des chirurgiens et ce mode de financement est plus courant dans les pays qui ne signalent pas de problèmes de temps d'attente excessifs. Une autre stratégie a consisté à mieux gérer les listes d'attente et les unités chirurgicales, p. ex., en utilisant le filtrage préalable à l'admission, en planifiant mieux les congés et les soins communautaires de façon à réduire la durée des séjours après l'intervention⁸.

Sur le plan des politiques reliées à la demande, huit pays ont essayé de resserrer les critères d'admissibilité à la chirurgie (p. ex., Nouvelle-Zélande) ou l'attribution des priorités. D'autres ont augmenté le recours à l'assurance privée (réduisant ainsi la demande imposée au secteur public). Le fait de compter davantage sur l'assurance privée ne réduira toutefois pas nécessairement les temps d'attente dans le système public s'il y a pénurie de prestataires de soins de santé.

7. Conclusions et recommandations

Les Canadiens s'attendent légitimement à ce que leur système de santé financé par le secteur public leur donne accès en temps opportun à des soins de santé fondés sur le besoin relatif. On s'attend à ce que les gouvernements prennent les mesures nécessaires pour tenir leur promesse de réduire les temps d'attente. Par ailleurs, d'autres intervenants — y compris les prestataires de soins de santé et les patients — doivent faire leur part.

L'ATA a établi des points de repère sur les temps d'attente ou des objectifs de rendement en fonction des meilleures données médicales disponibles, ainsi que du consensus et du jugement cliniques. Elle a aussi formulé des stratégies qu'il est possible d'utiliser pour améliorer l'accès aux soins en temps opportun. D'autres pays comme le Royaume-Uni et l'Espagne ont réussi à adopter des stratégies précises de réduction des temps d'attente.

La question des temps d'attente demeurera un sérieux problème de politique publique pour la population canadienne pendant un certain temps encore. La décision Chaoulli/Zeliotis a en fait souligné l'urgence d'améliorer l'accès aux soins en temps opportun.

Ce rapport présente aux gouvernements les bases dont ils ont besoin pour accélérer leur calendrier d'adoption de points de repère sur les temps d'attente, l'établissement d'objectifs et la mise en œuvre de stratégies afin de les atteindre. Même si nous reconnaissons qu'une démarche «taille unique» ne donnera pas de résultat, l'ATA recommande les mesures intégrées suivantes pour instaurer des normes repères pancanadiennes sur les délais d'attente et améliorer l'accès aux soins pour les patients.

1. Pour répondre à la décision Chaoulli/Zeliotis et au besoin pressant de démontrer des réductions significatives des temps d'attente, l'ATA demande aux dirigeants fédéraux, provinciaux et territoriaux de raccourcir le calendrier de leur stratégie sur les temps d'attente.
 - a) Si l'on veut leur redonner foi dans le système, les Canadiens doivent commencer à voir les temps d'attente diminuer considérablement beaucoup plus tôt qu'on l'avait prévu au moment de la signature de l'Accord de 2004 des premiers ministres. C'est pourquoi nous proposons que :
 - les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux respectent leur engagement d'établir des points de repère sur les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires au plus tard le 31 décembre 2005;
 - les gouvernements provinciaux et territoriaux fixent des objectifs de réduction des temps d'attente au plus tard le 31 mars 2006, 21 mois plus tôt que prévu;
 - b) Pour assurer que l'on établit au plus tard le 31 décembre 2005 des points de repère sur les temps d'attente nationaux dans les cinq domaines prioritaires, l'ATA demande aux premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux d'utiliser les points de repère établis par l'ATA et d'autres intervenants afin de dégager un consensus au sujet d'un ensemble général de points de repère sur les temps d'attente. Cet exercice doit inclure les membres de groupes d'intervenants clés, y compris les médecins, par l'intermédiaire de leurs sociétés nationales de spécialité, ainsi que des représentants gouvernementaux.
 - c) Pour réduire les temps d'attente de façon mesurée et équilibrée, les gouvernements pourraient tenir compte de la Trousse d'outils stratégiques de l'ATA dans l'élaboration de leur plan de mise en œuvre en utilisant toutes les ressources disponibles du Fonds de réduction des temps d'attente de 5,5 milliards de dollars. Les gouvernements devraient mettre à contribution les sociétés nationales de spécialité et leurs homologues provinciales afin d'aider à définir des stratégies appropriées de réduction des temps d'attente et d'en assurer la mise en œuvre efficace.
2. Pour s'attaquer au principal obstacle qui empêche le Canada de fournir un accès aux soins en temps opportun, le gouvernement fédéral devrait établir un Fonds de réinvestissement dans les ressources humaines du secteur de la santé d'une durée de cinq ans et d'un milliard de dollars. Le fonds servira à mettre en œuvre un plan intégré, pancanadien et fondé sur les besoins de gestion des RHS qui reposera sur le principe de l'auto-suffisance pour le Canada.

Les éléments clés d'un plan pancanadien de gestion des RHS que le fonds appuierait incluraient des augmentations des possibilités de formation au premier cycle pour les professionnels de la santé, des augmentations du nombre de postes disponibles de formation postdoctorale, l'accélération de l'intégration de travailleurs de la santé étrangers qualifiés et la création d'un office canadien de coordination des RHS qui coordonnerait les initiatives provinciales et nationales de recrutement, de maintien en poste et de rapatriement des fournisseurs de la santé.

3. Afin d'améliorer l'accès aux soins et de garantir davantage aux patients qu'ils recevront des soins dans un délai acceptable, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient conjuguer leurs efforts pour créer un nouveau Fonds d'accès aux services de santé du Canada (2 milliards de dollars en cinq ans).

Compte tenu du précédent établi par le Fonds d'assurance-maladie complémentaire créé au cours des années 60, le Fonds canadien d'accès aux services de santé appuierait des initiatives provinciales et nationales visant à réduire les temps d'attente et à promouvoir la transférabilité interprovinciale et internationale afin de maintenir les temps d'attente dans les limites établies par les points de repère nationaux. Le gouvernement fédéral fournirait 200 millions de dollars par année pendant cinq ans. On s'attendrait à ce que les provinces investissent autant pour partager le risque. (Il faudrait entreprendre une étude de programmes fédéraux-provinciaux courants et antérieurs de financement conjoint afin d'établir une entente de partage prévoyant un niveau approprié d'appui pour l'ensemble des provinces et des territoires.) Le fonds servirait à :

- Aider les provinces à développer davantage et appuyer un réseau de registres et de centres de référence régionaux afin d'augmenter les économies d'échelle pour la prestation d'interventions à faibles volumes et très spécialisées.
- Améliorer la transférabilité des soins pour les patients et leur famille en remboursant le coût de soins reçus à l'extérieur de la province ou du pays lorsque les services ne sont pas disponibles dans la province conformément aux points de repère acceptés sur les temps d'attente (sous réserve de l'approbation préalable du médecin qui devrait normalement prodiguer ou surveiller les soins et de celle d'un groupe d'examen médical).

4. Afin d'aider à recueillir et analyser les données nécessaires pour appuyer les stratégies visant à réduire les temps d'attente et à surveiller les progrès, on recommande les mesures suivantes :

- a) Que les ministres provinciaux et fédéral de la Santé s'entendent sur des définitions de données communes en ce qui a trait aux temps d'attente et aux mesures de l'urgence et qu'ils collaborent avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et les sociétés nationales de spécialité pour élaborer une stratégie pancanadienne de collecte de données sur les temps d'attente qui garantit une mesure et un contrôle uniformes des temps d'attente au Canada, y compris dans le cas des établissements privés.
- b) Que l'Inforoute Santé du Canada accélère les

investissements dans les systèmes d'information et de communication (p. ex., en créant des registres anonymes de patients qui consignent les contacts des patients avec le système) qui permettraient de surveiller les temps d'attente et de les comparer aux points de repère établis.

c) Que le Conseil canadien de la santé soit chargé de faire fonction d'évaluateur indépendant des progrès réalisés par le Canada pour réduire les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires et dans tout le système de santé, en cherchant particulièrement à garantir que la réduction des temps d'attente dans les domaines prioritaires n'a pas d'effet indésirable sur l'accès à d'autres services de santé.

5. Pour établir des partenariats et assurer une convergence soutenue des efforts de réduction des temps d'attente, il faudrait créer un Consortium canadien sur les temps d'attente qui défendra un programme pancanadien sur les temps d'attente au cours des trois prochaines années.

Le consortium regrouperait un vaste éventail d'intervenants du secteur de la santé, y compris des organismes prestataires de soins de santé, des organisations de recherche en santé, des groupes de patients et des représentants gouvernementaux (membres d'office). Son rôle consisterait notamment à revoir périodiquement les points de repère sur les temps d'attente en fonction de nouvelles sources de données probantes et à suggérer les changements qui s'imposent, à tenir un forum annuel (comme les colloques Maîtriser les files d'attente) afin de revoir les progrès réalisés à l'égard des temps d'attente par les gouvernements et les prestataires, et à servir de centre d'information sur les pratiques exemplaires en réduction et gestion des temps d'attente pour les milieux des soins de santé. La période de trois ans coïnciderait avec l'examen parlementaire triennal de l'efficacité prévu au projet de loi C-39 afin de mettre en œuvre le plan décennal des premiers ministres. Le travail du groupe pourrait constituer un intrant de cet examen.

6. Pour créer les capacités en savoir et appuyer l'élaboration continue de politiques de gestion des temps d'attente, le gouvernement fédéral devrait affecter de nouvelles ressources importantes à un programme intégré de recherche appliquée sur l'accès et les temps d'attente, coiffé par les IRSC ou un autre organisme compétent.

Le financement devrait aussi être disponible pour assurer que les initiatives transprovinciales comme le PLAOC peuvent continuer de jouer un rôle de premier plan et de phare en ce qui concerne la mesure, le contrôle et la gestion des temps d'attente. La recherche

devrait porter notamment sur les impacts généraux de l'attente et la question du choix des prestataires par les patients afin de comprendre davantage les préoccupations et les attentes des Canadiens en ce qui a trait à l'accès aux soins en temps opportun.

Après la publication de ce rapport final, l'ATA concentrera son attention sur la surveillance de la mise en œuvre de stratégies de réduction des temps d'attente avec l'appui de sociétés de spécialité et des associations médicales des

provinces. Les membres de l'ATA ont hâte de collaborer avec les autres intervenants, y compris les patients et les gouvernements, afin d'entreprendre ce travail et d'améliorer en fin de compte l'accès aux soins pour la population canadienne.

«C'est au fruit qu'on juge l'arbre — après un an, voyons si ces temps d'attente se comparent avec la réalité».

— Participant à un groupe de discussion

Annexe A : Trousse d'outils stratégiques afin de réduire, mesurer, contrôler et gérer les temps d'attente

L'adoption de points de repère sur les temps d'attente constituera une étape importante dans la réduction des périodes d'attente et l'amélioration de l'accès aux services de santé. Si l'on veut qu'elle réussisse, l'adoption des points de repère sur les temps d'attente doit toutefois s'inscrire dans le cadre d'une stratégie plus générale de mesure aux échelons pan-canadien, provincial et régional. Ce document présente une trousse d'outils stratégiques que des administrations du Canada et des groupes des milieux de la santé à l'étranger utilisent pour réduire, mesurer, contrôler et gérer les temps d'attente.

Réduire le besoin de listes d'attente

La meilleure façon de raccourcir les longues listes d'attente pour des services de santé consiste à réduire la probabilité que des personnes aient besoin de services de santé par la prévention des maladies, la promotion de la santé, la prise en charge des maladies chroniques, l'information du public et des patients et l'utilisation appropriée des services de santé. Les mesures suivantes sont des exemples d'initiatives qui aident à atténuer la demande de services de santé dans le contexte de la stratégie générale de réduction des temps d'attente :

- Mettre en œuvre des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies qui s'attaquent à des facteurs de risque courants comme l'alimentation, l'activité physique, le tabagisme, etc.
- Mettre en place des stratégies de gestion des maladies chroniques afin d'aider les prestataires à utiliser des protocoles de traitement établis.
- Élaborer, adopter et faire connaître des guides cliniques qui aident les prestataires à prendre des décisions appropriées sur les références et les aident à attribuer une priorité aux cas d'urgence.
- Éduquer et informer le public et les patients au sujet des normes de service sur les temps d'attente en vigueur dans le cas des services de santé et sur les options qui s'offrent à eux s'ils connaissent des attentes excessives (p. ex., ombudsman des patients).
- Élaborer et adopter des outils d'établissement de priorités cliniques afin de faciliter les références aux spécialistes

et d'assurer que les patients qui ont besoin de traitements ou d'une intervention chirurgicale obtiennent une priorité uniforme.

Mesurer les temps d'attente

Pour les patients, la mesure des temps d'attente et la production de rapports à ce sujet génèrent les connaissances dont ils ont besoin pour prendre des décisions éclairées sur l'accès aux services de santé. La mesure est aussi la pierre angulaire de la production de rapports sur le rendement amélioré et de la reddition de comptes au public à l'égard du système dans l'ensemble. Les initiatives dans ce domaine comprennent les suivantes :

- Élaborer des définitions de données normalisées sur les temps d'attente qui reflètent le cheminement du patient dans le système.
- Assurer que l'information sur les temps d'attente pour des services de santé est tenue à jour et que les patients y ont facilement accès par des ressources en ligne et d'autres moyens de communication.
- Mesurer d'autres dimensions de l'accessibilité des services de santé et produire des rapports à cet égard pour compléter l'information sur les temps d'attente.
- Assurer que l'on mesure les résultats pour les patients avant et après l'intervention.
- S'entendre sur des mesures communes de l'urgence dans une intervention et entre les interventions.
- Créer des registres anonymes spécifiques à une maladie ou systémiques de patients qui consignent les éléments de données essentiels sur tous les contacts du patient avec le système.
- Assurer la vérification périodique des registres des patients pour garantir la qualité des données.

Surveiller les temps d'attente

Lorsque des systèmes normalisés de mesure seront en place, la surveillance régulière de l'état du patient pendant qu'il attend de recevoir des soins atténue l'anxiété à la fois pour le patient et pour sa famille. La surveillance systémique joue aussi un rôle crucial lorsqu'il s'agit d'évaluer les pro-

grès réalisés pour réduire les temps d'attente et d'aider à étalonner les stratégies de gestion des temps d'attente. Les activités clés à cet égard comprennent les suivantes :

- Fournir aux patients de l'information facile d'accès sur leur état pendant qu'ils attendent de recevoir des services de santé.
- Assurer la surveillance active de l'état des patients par des prestataires de soins primaires pendant qu'ils attendent.
- Prévoir la production de rapports périodiques et réguliers sur les temps d'attente en fonction de points de repère aux échelons national, provincial, régional et à celui de l'établissement.
- Lorsqu'il n'y a pas de points de repère sur les temps d'attente, assurer la surveillance des temps d'attente pour les services de santé et la production de rapports réguliers à cet égard au moyen d'indicateurs qui saisissent la répartition statistique des temps d'attente (p. ex., selon le percentile), en plus des indicateurs classiques que constituent les temps d'attente moyens et médians.
- Implanter les dossiers électroniques des patients dotés d'une connectivité transsystème afin d'assurer le suivi exact des temps d'attente entre les installations et les prestataires.
- Inclure des politiques et des pratiques sur la gestion des temps d'attente au nombre des critères d'agrément des établissements de santé.
- Consacrer des ressources supplémentaires à la recherche sur les temps d'attente afin de produire de nouvelles connaissances au sujet de l'effet que les temps d'attente ont sur les patients, ainsi que des pratiques exemplaires de gestion des temps d'attente dans l'éventail complet des services de santé.

Gérer les temps d'attente

En dernière analyse, il faut gérer les temps d'attente de façon à assurer que les patients auront accès aux bons services dispensés par le bon prestataire au bon moment. À l'échelon du système, il faut adopter de nombreuses stratégies pour améliorer la productivité et l'efficacité des ressources actuelles, ainsi que pour accroître la capacité du système à répondre aux besoins définis.

Même si les systèmes de santé fonctionnent presque à pleine capacité dans de nombreux domaines, il y a beaucoup de façons d'améliorer la productivité et l'efficacité de l'utilisation qu'ils font des ressources actuelles, comme on peut le voir ci-dessous :

- Améliorer la gestion des interventions chirurgicales prévues par la voie des soins cliniques, y compris l'amélioration des services dispensés avant l'admission

et au moment de celle-ci, des systèmes de réservation centralisés, l'utilisation accrue de la chirurgie d'un jour, l'optimisation de l'horaire de la salle d'opération, la réduction de la durée du séjour, la réduction du nombre des annulations et l'éducation des patients.

- Mettre en œuvre des mécanismes de financement mixte ou fondé sur les activités dans le cas des services hospitaliers afin de faciliter les augmentations du volume des interventions au besoin pour éliminer les accumulations et assurer que l'on respecte les points de repère du système.
- Récompenser financièrement ou autrement les établissements qui atteignent les buts visés sur le plan des temps d'attente.
- Offrir des incitations pour l'utilisation d'installations et de prestataires après les heures normales.
- Regrouper les listes d'attente entre fournisseurs de soins de santé afin d'assurer que les temps d'attente pour des niveaux semblables d'urgence sont raisonnablement uniformes dans tout le système.
- Colocaliser et mieux intégrer des grappes de services nécessaires au diagnostic et au traitement afin de rationaliser le parcours du patient et d'accroître l'efficacité globale.
- Créer des centres d'excellence régionaux afin d'accroître les économies d'échelle de prestation d'interventions très spécialisées et à faible volume.
- Investir dans les technologies de la télémédecine et de la télésanté qui permettent de consulter des spécialistes à distance et de transférer électroniquement des images médicales.
- Assurer qu'il existe des mécanismes de transfert des patients entre établissements, à l'extérieur de la région, de la province et du pays afin de faire face aux fluctuations de la capacité du système et prévoir aussi de l'aide appropriée aux déplacements des patients et des membres de leur famille.

Dans certains secteurs du système de santé, il peut être impossible de respecter les points de repère sur les temps d'attente sans augmenter la capacité du système. Les initiatives de cette catégorie comprennent les suivantes :

- Élaborer un plan pancanadien de gestion des ressources humaines du secteur de la santé afin d'assurer la planification à long terme efficace des besoins en la matière en fonction du principe de l'autosuffisance.
- Accroître la disponibilité de postes de formation postdoctorale dans les spécialités médicales qui connaissent une pénurie de longue durée qu'il est impossible de corriger par des mesures à court terme.
- Accroître le nombre et la disponibilité des médecins de famille et d'autres prestataires de soins primaires afin d'assurer que les patients qui peuvent avoir besoin de

traitements spécialisés ne connaissent pas de retard indu lorsqu'il s'agit de consulter un médecin, de se soumettre à un examen de diagnostic ou de consulter un spécialiste.

- Augmenter la production des écoles d'infirmières et des programmes de formation technique afin d'assurer que les salles d'opération et les services de diagnostic disposent d'un personnel adéquat.
 - Faciliter l'utilisation appropriée des adjoints aux médecins ou déléguer des interventions à des technologues ou des membres du personnel infirmier en supprimant les obstacles à la rémunération.
 - Augmenter le nombre de salles d'opération ou prolonger les heures de disponibilité dans les établissements de soins actifs afin de produire le volume souhaité d'activité chirurgicale élective.
 - Intégrer une capacité de pointe dans les hôpitaux afin de faire face aux fluctuations du nombre des admissions à l'urgence.
- Créer des centres de traitement ambulatoire afin d'augmenter le volume d'interventions de court séjour dans des domaines ciblés.
 - Accroître la disponibilité du matériel médical et diagnostique pour produire le volume d'activité souhaité.
 - Acheter au besoin, et comme mesure palliative seulement, de la capacité supplémentaire à l'étranger en négociant des ententes avec des fournisseurs de l'extérieur de la province ou du pays.
 - Assurer qu'il existe en aval une capacité suffisante pour accepter le volume prévu de soins hospitaliers après intervention, de réadaptation et de soins à domicile aux patients.
 - Désinstitutionnaliser la prestation d'interventions diagnostiques non effractives (p. ex., épreuve d'effort, échographie et tests nucléaires).

Annexe B : Rapports de sociétés spécialisées

Introduction

Dans l'Accord sur la santé de 2004, les premiers ministres se sont engagés à réduire considérablement les temps d'attente dans cinq domaines clés : traitement du cancer, chirurgie cardiaque, imagerie diagnostique, arthroplastie et rétablissement de la vision.

L'imagerie diagnostique joue un rôle clé dans quatre de ces cinq domaines prioritaires, puisqu'il faut des examens d'imagerie avant et après le traitement dans le cas de la chirurgie cardiaque, de l'arthroplastie de la hanche et du genou, ainsi que du cancer. La capacité de traiter les listes d'attente dans ces disciplines dépend de celle de la radiologie diagnostique de leur fournir des services. Les patients ne sont en outre pas prêts à attendre longtemps pour avoir accès aux examens d'imagerie diagnostique dont leur médecin a besoin pour poser un diagnostic et arrêter un protocole de traitement.

L'imagerie diagnostique fait partie de l'information nécessaire pour redonner la santé à un patient. C'est le guichet d'entrée que ces patients doivent franchir pour avoir accès au reste du système de santé.

L'Association canadienne des radiologistes (CAR) a participé à de nombreuses études sur les temps d'attente pour des interventions d'imagerie diagnostique au Canada et en a lancé un grand nombre. Toutes les études ont déterminé qu'il y avait des problèmes majeurs d'accès aux examens d'imagerie, et plus précisément aux services de tomodensitométrie, d'imagerie par résonance magnétique, de teneur minérale de l'os et d'échographie.

Contrairement à d'autres examens d'imagerie diagnostique, la tomodensitométrie peut produire une image combinée de tissus mous, d'os et de vaisseaux. La tomodensitométrie est particulièrement utile pour chercher des lésions, des tumeurs et des métastases et révèle non seulement le site d'une tumeur, mais aussi sa grosseur, l'endroit où elle se trouve et son étendue. La TMD est devenue le premier moyen d'évaluer ou de détecter de nombreux cancers ou cardiopathies. C'est pourquoi elle constitue vraiment une priorité dans le contexte du plan 5 en 5 du gouvernement.

L'utilisation de l'IRM pour l'investigation d'accidents vasculaires cérébraux et de l'angiographie par résonance magnétique (ARM) pour évaluer des anévrismes intracrâniens et des occlusions vasculaires pathologiques font de cette technique un outil de choix dans la prise en

charge de tels cas. Les appareils d'IRM servent aussi à analyser des endroits comme les articulations et le cerveau pour définir un vaste éventail de problèmes. C'est très important dans le domaine de la chirurgie orthopédique, et en particulier de l'arthroplastie de la hanche et du genou. C'est pourquoi cette méthode d'examen constitue une priorité sur le plan de l'accès.

Comme l'Accord sur la santé vise spécifiquement les listes d'attente ou les services de TDM et d'IRM comme premières priorités, le groupe d'experts a décidé de limiter ses commentaires à ces deux techniques de recherche.

L'échographie est bien établie et utilisée dans de nombreux domaines de la médecine. Parmi ses applications courantes, mentionnons le diagnostic de calculs biliaires, de tumeurs du foie ou du rein, ainsi que la détermination du sexe, de la position et de la grosseur des bébés dans l'utérus. L'avènement de l'imagerie en 4D aux États-Unis permet maintenant aux cliniques de voir les mouvements, le comportement et l'anatomie de surface du fœtus, ce qui fera de l'échographie un outil de diagnostic clé. Si l'on ne réduit pas les problèmes actuels d'accès, une autre crise pourrait être imminente.

La même affirmation vaut pour la TMO. Les fractures constituent un problème de santé répandu chez les femmes âgées et une cause importante de morbidité, d'incapacité et de diminution de la qualité de vie.

L'ostéoporose prédispose les femmes aux fractures et la fracture de la hanche préoccupe particulièrement. Un examen de TMO aide à prévenir les fractures et les complications qui en découlent et évite ainsi des coûts importants pour le système de santé. Le problème des listes d'attente est donc très important et il faudrait s'y attaquer le plus tôt possible.

Méthodologie

Dans le cas de chaque technique, nous avons extrait des publications au moyen d'une stratégie de recherche précise. Sur le système Dialog, et dans les bases de données Medline, Embase, Inspec, Biosis Previews et Pascal, on a effectué une recherche croisée en utilisant la fonction extraction en double. La stratégie de recherche incluait des descripteurs et des mots clés pour la TDM et l'IRM dans les domaines cardiovasculaire, thoracique et neurologique.

Le comité a utilisé des lignes directrices sur l'imagerie produites récemment par la CAR et l'on a cherché des guides d'utilisation appropriés dans les documents suivants :

1. Guides de pratique clinique de l'Infobanque AMC
2. Critères de pertinence de l'American College of Radiology (ACR)
3. Lignes directrices du Royal College of Radiologists

Le comité s'est aussi servi des travaux récents de comités provinciaux et de rapports sur le même sujet :

1. Rapport du Comité consultatif sur l'imagerie diagnostique de l'Alberta
2. Rapport du Comité sur les temps d'attente en imagerie diagnostique de la Nouvelle-Écosse
3. Rapport du Comité d'experts sur les listes d'attente en TDM/IRM de l'Ontario

On a adopté les principes suivants au sujet des temps d'attente, paramètres de comparaison des examens diagnostiques :

- Ils reposent sur la vitesse avec laquelle on tient compte de l'information pour planifier ou exécuter le traitement et il faut donc les relier à l'indication clinique précise.
- Il ne faut pas considérer l'accessibilité limitée à la technologie d'imagerie diagnostique comme un obstacle qui empêche de mettre en œuvre un plan de traitement convenu.

Une recherche supplémentaire d'information relative aux objectifs reliés aux temps d'attente effectuée sur le web a produit de nombreuses sources affichant les périodes pendant lesquelles il faut attendre actuellement pour avoir accès à des services de radiothérapie, de chirurgie orthopédique, de cathétérisme cardiaque, de pontage aortocoronarien, d'angioplastie cardiaque, de chirurgie vasculaire et de chirurgie orthopédique. On a utilisé ces données pour calculer des temps d'attente appropriés en fonction des principes ci-dessus.

Il faut des repères pour assurer que les patients ont accès en temps opportun aux examens d'imagerie diagnostique essentiels pour qu'ils reçoivent rapidement des traitements appropriés. L'utilisation de lignes directrices sur la pertinence joue toutefois un rôle clé en assurant que les patients sont référés comme il se doit. Comme on effectue 35 millions d'examen d'imagerie diagnostique par année et comme leur nombre augmente de 3 % par année, il est essentiel d'éviter les références inutiles et les coûts connexes qui en découlent pour le système de santé. On peut établir des listes d'attente notamment lorsque des médecins réfèrent indûment des patients parce qu'ils ne sont pas sûrs du meilleur examen ou que la longueur des listes d'attente pour l'examen qui convient le plus rend plus intéressant un examen moins approprié.

Un comité de la CAR a établi des lignes directrices sur la pertinence pour le recours aux services d'imagerie diag-

nostique. Les lignes directrices proposent un système d'évaluation à trois niveaux. Les données scientifiques indiquent que l'examen d'imagerie diagnostique coté «A» est le plus efficace pour évaluer un symptôme clinique donné, tandis qu'une cote «C4» indique qu'il y a le moins de preuves scientifiques à l'appui d'une référence.

Repères

Il n'y pas de points de repère publiés dans le cas des temps d'attente pour des examens d'imagerie diagnostique. Nous avons toutefois établi ces repères en fonction de données probantes solides sur utilisation appropriée de ces méthodes. Les cliniciens les jugent de plus acceptables.

Nous avons adopté les définitions suivantes :

Urgence immédiate : Risque imminent de mort ou de perte d'un membre. Accès repère : dans les 24 heures.

Urgence : Situation instable qui pourrait se dégrader rapidement et où l'on préfère attendre les résultats de l'examen d'imagerie diagnostique pour commencer le traitement. Accès repère : dans les sept jours.

Prévu : Situation qui cause une douleur, un dysfonctionnement ou une incapacité minimales (aussi appelée «de routine» ou «électif»). Accès repère : dans les 30 jours.

Critères relatifs à la priorité

On entend par outils d'établissement des priorités une façon uniforme d'attribuer une priorité à un cas. Même s'ils peuvent être utiles pour déterminer les cas les plus urgents inscrits sur une courte liste de patients qui attendent d'avoir accès à des services de TDM ou d'IRM, les outils de détermination des priorités sont très difficile à utiliser efficacement pour attribuer une priorité aux patients inscrits sur une longue liste d'attente. Il faudrait appliquer ces outils à la situation globale d'un patient — non seulement à certains aspects en particulier, puisqu'un patient qui a des symptômes limités pourrait être dans une situation critique.

Il y a un autre défi à relever : si un médecin peut déterminer l'évolution de l'état de santé d'un patient, cela indique qu'il peut avoir déjà posé un diagnostic et soulève des questions sur le besoin d'un examen d'imagerie diagnostique. Les efforts déployés pour créer des outils efficaces de détermination des priorités afin de gérer les listes d'attente indiquent qu'ils ont une valeur limitée. L'Initiative sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada, par exemple, a été incapable d'établir des critères de détermination des priorités pour une IRM du cerveau qui ont débouché sur des critères d'établissement des priorités utiles sur le plan clinique.

Conclusion

Au cours de leur réunion sur l'avenir des soins de santé en septembre, les premiers ministres ont déterminé que l'imagerie diagnostique était un des cinq domaines clés où il fallait raccourcir les listes d'attente. La radiologie joue un rôle crucial dans le système de santé, comme précurseur des traitements pour les patients. Sans diagnostic, on ne peut traiter les patients et leur redonner la santé. Étant donné l'évolution rapide de la technologie et son incidence sur l'imagerie diagnostique, il est difficile de proposer des repères factuels. Trois groupes d'experts qui ont analysé indépendamment des données disponibles provenant du monde entier sont toutefois parvenus aux mêmes conclusions et ont formulé des recommandations semblables au sujet des repères. Ce sont les repères que l'Association canadienne des radiologistes propose d'utiliser comme repères nationaux pour les listes d'attente. Il est essentiel que l'on utilise des repères conjugués à des lignes directrices appropriées afin d'assurer que les appareils d'imagerie diagnostique sont utilisés de la façon la plus efficace et opportune possible.

Bibliographie

1. Age profile of medical devices in Europe: the need for sustained investment! COCIR News 2003 March. Disponible : http://www.cocir.org/news/Special_AgeProf.pdf (consulté le 24 nov. 2004).
2. American College of Radiology. ACR appropriateness criteria, Reston; American College of Radiology.
3. American College of Radiology Imaging Network. Current Protocols (www.acrin.org/current_protocols.htm).
4. American College of Radiology. *Risk contracting in managed care: a handbook for the diagnostic radiologist*. Reston (VA) : American College of Radiology.
5. Andriole KP. Computer radiography overview. Dans : Siebert, JA, Fillipow L, Andriole KP, réd. *Practical Digital Imaging and PACS*. Madison (WI) : Medical Physics Publishing; 1999.
6. Arenson RL. PACS: Current status and cost effectiveness. *Eur Radiol* 10 (1): 354-356, 2000.
7. Becker C. Imaging: the next generation. *Modern Healthcare*. 27 novembre, 27:48-50, 2000.
8. Berland LL, Smith JK. Multidetector-array CT: once again technology creates new opportunities. *Radiology* 209:327-329, 1998.
9. Binkhuysen, BFH. Socioeconomic trends in radiology. *Eur Radiol* 8:323-325, 1998.
10. Brealey S. What is evidence based medicine? An emerging science not fashionable rhetoric. *Radiography* 7, 7-10, 2001.
11. Burkhardt JF, Sunshine JH. Utilization of radiologic services in different payment systems and patient populations. *Health Policy and Practice* 200: 201-207, 2000.
12. Buyer's guide. Tucson (AZ) : AuntMinnie.com; 2004. disponible : <http://auntminnie.com/index.asp?sec=def> (consulté le 24 nov. 2004).
13. Association canadienne des radiologistes. Special Ministerial Briefing, Outdated radiology equipment: a diagnostic crisis. Association canadienne des radiologistes, Septembre, 2000.
14. Association canadienne des radiologistes. Vision 2000: medical imaging services in Canada. Document préparé en collaboration avec les chefs des départements universitaires de radiologie et l'industrie de l'imagerie diagnostique. Association canadienne des radiologistes, 2000.
15. Association canadienne des radiologistes. *Timely access to quality care: the obligation of government, the rights of Canadians*. Association canadienne des radiologistes, 2001.
16. Institut canadien d'information sur la santé. *Medical Imaging in Canada*. Ottawa, 2003.
17. Cascad PN, Webster EW, Kazerooni EL. Ineffective use of radiology: the hidden cost. *Am J Roentgenol* 170:561-564, 1998.
18. Cheng F. *US diagnostic imaging procedures trends*. Academic Advisory Council, 12th Annual GE Medical Systems, 2001.
19. Cook LM., Appropriate use of MRI's-clarifying the boundaries. *Medical Utilization Management* juin 1995.
20. Dehn TG, O'Connell B, Hall RN, Moulton T. Appropriateness of imaging examinations: current state and future approaches. *Imaging Economics* mars-avril 2000, 21-25.
21. Dhingra M. Cost justification may loosen purse strings of enterprises considering PACS installation. *Diagnostic Imaging* mai 2000.
22. Erikson, V. CT Angio: future outlooks for care. *Diagnostic Imaging*, novembre 2000, 161-167.
23. Esmail N, Walker M. *Waiting your turn, hospital waiting lists in Canada* (14^e éd.). Critical Issues Bulletins. The Fraser Institute (www.fraserinstitute.ca).
24. European Commission. Referral guidelines for imaging [Radiation Protection 118]. Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities; 2001. Disponible : <http://europa.eu.int/comm/environment/radprot/118/rp-118-en.pdf> (consulté le 21 janv. 2005).
25. Evidence-Based Radiology Working Group. *Evidence-based radiology: A new approach to the practice of radiology*. Evidence-based Radiology 2001.
26. Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in medicare spending. Part 1: The content, quality and accessibility of care. *Annals of Internal Medicine* 2003;138:273-287.
27. Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in medicare spending. Part 2: Health outcomes and satisfaction with care. *Annals of Internal Medicine* 2003;138:288-298.
28. Fletcher JG, Johnson CD, MacCarty RL, Welch TJ, Reed JE, Hara AK. CT colongraphy: potential pitfalls and problem solving techniques. *ARJ* 1271-1278, 1999.
29. Friedenberg R. The future of medicine and radiology: part 1. *Radiology* 212:301-304, 1999.
30. Friedenberg R. The future of medicine and radiology: part II. *Radiology* 213, 3-5, 1999.
31. Frost and Sullivan. World imaging markets to double, top \$5 billion by 1999 as new entrants offer lower-cost PC options. Frost Reports, 1999.
32. Fryback DG, Thornbury JR. The efficacy of diagnostic imaging. *Med Decis Making* 1991; 11(2):88-94.
33. Fyke K. *Caring for medicare: sustaining a quality system*. Saskatchewan Commission on Medicare, avril 2001.
34. Hadorn DC, and the Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. Developing priority criteria for magnetic resonance imaging: results from the Western Canada Waiting List Project. *Can Assoc Radiol J* 2002.
35. Hanwell LL et al. AHRA survey trends in radiology. *Radiology Management* janvier-février 1996, 51.

36. Harriman D, McArthur W, Zelder M. The availability of medical technology in Canada: an international comparative study. Fraser Institute. *Public Policy Sources* 28, 1998.
37. Hay Group. Magnetic Resonance Imaging Services in Ontario: Submission, Report Submitted to the Ontario Ministry of Health and Long Term Care, Hay Group, 2001.
38. Health Canada. *A 10-year plan to strengthen health care*. First Ministers' meeting on the future of Health Care (16 sept. 2004). www.hc-sc.gc.ca/english/hca2003/fmm/index.html.
39. Health Care Advisory Board, Washington (DC). Imaging Scanner Volumes. Nov. 1997.
40. Health Care Advisory Board. Washington (DC). Trends in imaging services-executive summary. Juill. 1997.
41. Health Care Advisory Board. Washington (DC). PET scanning. Mars 1998.
42. Health Care Advisory Board. Washington (DC). Richest sources of savings: lessons from America's lowest-cost hospitals. Health Care Advisory Board, 1997.
43. Health Care Advisory Board, Washington (DC). Volume of Radiology Procedures Performed Per Radiology Room. Mars 1999.
44. Health Care Financing Administration. Federal Register, Vol. 66, no 149. Août 2001.
45. Health Care Financing Administration. Medicare Coverage Issues Manual. Medicare and Medicaid Services, 2000.
44. Hensley S. MRI renaissance. *Modern Healthcare*. Déc, 1997, 56-59.
45. Hillman BJ. Medical imaging in the 21st century. *Lancet* 350:731-733, 1998.
46. Iron K, Przybysz R, Laupacis A. *Access to MRI in Ontario: Addressing the Information Gap*. Institute for Clinical Evaluative Sciences. 2003:1-37 www.ices.on.ca.
47. Khorasani R, Goel PK. Utilization of radiologic services in different payment systems and patient populations. *Radiology* 200;201-207, 1996.
48. Khorasani R. Computerized Physician Order Entry and Decision Support: Improving the Quality of Care. *Radiographics* 21: 1015-1018, 1999.
49. Levin DC. The practice of radiology by nonradiologists; cost, quality and utilization issues. *AM J Roentgenol* 162:513-518, 1994.
50. Levy D. Disease management in patient-centered care. Dans : Couch JB, réd. *Physicians Guide to Disease Management*. Chapitre 10. Gaithersburg (MD) : Aspen Publishers, 1997.
51. Mallin S. Report: evidence based medicine. *Diagnostic Imaging* Nov. 2000, 94-102.
52. Noseworthy TW, McGurran JJ, Hadorn DC. Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. Waiting for scheduled services in Canada: Development of priority-setting scoring systems. *J Eval Clin Pract* 2003.
53. OECD health data: a comparative analysis of 30 countries [CD-ROM]. Paris : Organisation pour la coopération et le développement économiques, 2004.
54. Papathefanis F. Technology assessment in radiology. Decisions in Imaging Economics, Nov.-déc. 1995.
55. Practice Guideline for the Performance of Computed Tomography, (CT) ACR Practice Guideline.
56. Rachils MM. Medicare for the twenty-first century. BC Health Innovation Forum. British Columbia Ministry of Health and Ministry responsible for Seniors, 1999.
57. Reed G, Hobe-Reed D. Consider alternative funding when planning for PACS. *Diagnostic Imaging* Nov. 1998.
58. Romanow R. *Shape the future of health care: commission on the future of health care in Canada*. Rapport provisoire, 2002.
59. Rothschild JM, Khorasani R, Bates DW. Guidelines and decision support help improve image utilization. *Imaging Economics* Nov. 2000.
60. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is and what isn't. *BMJ* 3112:(1), 1996.
61. Silverman P. CT technology, expanded application blossom. Proceedings of the 86th Scientific Assembly and Annual Meeting of the Radiological Society of North America, 2001.
62. Smith R. The importance of RIS. *Imaging Economics* Avr. 2001 www.imagingeconomics.com/library/200101-04.asp.
63. Sorensen AG. The Link Between Diagnosis and Therapy. *American Journal of Neuroradiology* 20: 3-4, 1999.
64. Stiell IG, Greenberg GH, R.D. M, Nair RC, McDowell I, Reardon M, et al. Decision rules for the use of radiography in acute ankle injuries. Refinement and prospective validation. *JAMA* 1993;269(9):1127-32.
65. Sunshine JH, Bushee GR, Mallik R. U.S. radiologists workload in 1995-1996 and trends since 1991-1992. *Radiology* 208:190-24, 1998.
66. Tu J, Pinfold P, Laupacis A, réd. *Access to Health Services in Ontario* Toronto, 2005.
67. Utilization Management Key to Successful Capitation of Diagnostic Imaging Services. Capitation Rates and Data. Mai 2001, 54.

Remerciements

I. Comité principal de la CAR sur les temps d'attente

Président : D^r Lawrence A. Stein (Montréal)
 Membres : D^r Leonard Avruch (Ottawa)
 D^r George Andrew (Edmonton)
 D^r George Murphy (Halifax)
 M. Normand Laberge (dirigeant de la CAR)

II. Comité de révision

D^r Robert M. Miller (Halifax)
 D^r David-Ian Hammond (Gloucester)
 D^r David B. Vickar (Edmonton)
 D^r Gregory J. Butler (Kentville)
 D^r Martin H. Reed (Winnipeg)
 D^r Nancy A.T. Wadden (St. John's)
 D^r Blake M. McClarty (Winnipeg)
 D^r Gaétan Barrette (Montréal)

III. Nous remercions particulièrement les organismes ci-après pour les premiers travaux sur les temps d'attente pour les services d'ID cliniquement indiqués :

- la Société des radiologistes de l'Alberta;
- l'Association des radiologistes de l'Ontario;
- l'Association des radiologistes de la Nouvelle-Écosse.

Association canadienne de médecine nucléaire

Introduction

Dans l'Accord de 2004 sur la santé, les premiers ministres se sont engagés à réduire considérablement les temps d'attente dans quatre domaines cliniques clés, soit le traitement du cancer, la chirurgie cardiaque, l'arthroplastie et le rétablissement de la vision, ainsi que dans un cinquième, celui de l'imagerie diagnostique. La médecine nucléaire est une spécialité qui utilise des radionucléides pour diagnostiquer et traiter des maladies. Les études d'imagerie diagnostique constituent la majorité des interventions en médecine nucléaire. À l'exception du rétablissement de la vision, les interventions diagnostiques en médecine nucléaire jouent un rôle important dans la prise en charge des patients atteints d'une maladie dans les domaines visés par les ministres. Les traitements de médecine nucléaire jouent aussi un rôle de plus en plus important dans le traitement des maladies malignes. Nous ne traitons toutefois pas dans ce rapport de la médecine nucléaire thérapeutique.

De plus en plus de documents présentent des lignes directrices au sujet de l'utilisation appropriée des techniques de médecine nucléaire sur les plans autant diagnostique que thérapeutique. Ces lignes directrices présentent des orientations quant à l'utilisation de ces technologies, mais il y a peu de données disponibles sur le délai approprié dans lequel il faudrait y avoir accès. Ce document résume les publications qui ont traité de l'utilisation appropriée, présente des données sur les temps d'attente tirés des publications disponibles et résume d'autres renseignements d'experts sur la question en comparant les temps d'attente en question à ceux qui existent actuellement d'un bout à l'autre du Canada.

Méthodologie

Un comité d'experts en médecine nucléaire a dressé une liste d'interventions établies et nouvelles en médecine nucléaire qu'on utilise pour évaluer des patients atteints d'athérosclérose, d'un cancer, d'affections des os et des articulations. Le Tableau 2 présente une liste de ces interventions. On a effectué sur les sites suivants des recherches pour y trouver des lignes directrices sur l'utilisation des interventions en question :

1. Guides de pratique de l'Infobanque AMC (mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp)

2. American College of Radiology (www.acr.org/)
3. The Royal College of Radiologists (www.rcr.ac.uk/)
4. The American College of Cardiology (www.acc.org/)
5. Société canadienne de cardiologie (www.ccs.ca/)
6. American Society of Nuclear Cardiology (www.asnc.org/)
7. Cancer Care Ontario (www.cancercare.on.ca/)

Nous avons intégré dans un rapport une étude des évaluations de la technologie émergente que constitue la tomographie par émission de positrons au 18F-fluorodésoxyglucose (TEP-FDG) dans le traitement du cancer. Le rapport a paru dans le bulletin PHOTON de la Société canadienne de médecine nucléaire.

On a réuni de l'information sur des critères relatifs aux temps d'attente pour des interventions et des traitements cliniques reliés aux interventions en médecine nucléaire en question en effectuant sur le web une recherche fondée sur les mots clés «wait times for medical procedures (temps d'attente pour des interventions médicales)». L'information sur les temps d'attente appropriés pour la TEP provient du Centre des sciences de la santé de Hamilton (Ontario), qui a établi des lignes directrices sur des temps d'attente en particulier en dégagant un consensus auprès d'équipes spécialisées dans le site de maladies au Centre du cancer Juravinski. L'Annexe A contient une partie de ce rapport.

On a procédé à un sondage auprès des établissements de médecine nucléaire du Canada pour déterminer les délais pendant lesquels il faut attendre pour subir une intervention urgente et élective figurant sur la liste, ainsi que les facteurs qui contribuent à allonger les temps d'attente. À la suite de ce sondage, l'Alliance sur les temps d'attente a décidé d'utiliser les catégories **Cas d'urgence immédiate, Cas urgents et Cas prévus**. La catégorie «Cas urgents» utilisée au cours du sondage englobe les cas d'urgence immédiate et les cas urgents. La catégorie des «Cas de routine» équivaut à celle des Cas prévus. Le formulaire de sondage est joint l'Annexe B.

On a communiqué les renseignements préliminaires réunis aux autres membres de l'Alliance sur les temps d'attente. La SCC a créé un sous-groupe spécialisé dans les temps d'attente en cardiologie nucléaire qui a étudié les documents, ajouté d'autres documents pertinents et modifié les temps d'attente suggérés. Les points de repère proposés pour la cardiologie nucléaire reflètent donc un consensus dégagé chez des cliniciens en cardiologie et en

médecine nucléaire, ainsi que des experts en cardiologie nucléaire. Des parties du présent rapport qui ont trait à la cardiologie nucléaire pourront se retrouver dans le rapport de la SCC.

On a enfin rajusté les points de repère proposés pour les temps d'attente après avoir reçu des commentaires provenant d'autres organisations médicales et intervenants du secteur de la santé, y compris des patients, à la suite de la consultation organisée par l'AMC et appuyée par Santé Canada. Les points de repère proposés pour les temps d'attente dans le présent rapport représentent un consensus dégagé après cette consultation détaillée.

Classification des données probantes

On a utilisé un certain nombre de systèmes pour classer les degrés de certitude. Le tableau suivant, qui présente une comparaison des systèmes d'évaluation utilisés dans les rapports cités dans le présent document, est adapté du Comité consultatif de l'Ontario sur les lignes directrices¹. Les critères de pertinence de l'ACR sont dérivés d'un processus qui classe au début les données probantes portant sur des critères reliés à une intervention qui ressemblent à ceux de l'Agency for Health Care Policy and Research. On utilise ensuite une technique Delphi modifiée pour dégager un consensus à partir du temps qui convient le moins à celui qui convient le plus (1 à 10)².

Temps d'attente pour des techniques d'imagerie diagnostique

Il y a pénurie de données au sujet des temps d'attente recommandés pour avoir accès à des techniques de diagnostic. Divers sites web affichent des données sur les temps d'attente courants pour des examens de TDM et d'IRM. Le Manitoba affiche des temps d'attente pour l'ostéodensitométrie et l'imagerie par perfusion myocardique (MIBI à l'effort), examens abordés dans le présent rapport⁵. Dans ce document, nous adoptons le point de vue

selon lequel les temps d'attente appropriés sont reliés à la vitesse à laquelle l'information fournie est nécessaire pour planifier ou exécuter le traitement. Par exemple, on peut utiliser l'imagerie par perfusion myocardique (IPM) pour déterminer quels patients qui ont des syndromes coronariens instables il faut faire avancer de toute urgence sur la liste d'attente pour un cathétérisme cardiaque. Dans ce cas en particulier, on a démontré qu'il y a un sous-groupe de patients très vulnérables à des événements cliniques indésir-

Tableau 1 : Comparaison des taxonomies sur les données probantes des producteurs de lignes directrices

Niveau de certitude à recommander (Comité consultatif des guides de l'Ontario, GAC)	American College of Cardiology* (3)	Lignes directrices de la SCC* (4)	Agency for Health Care Policy & Research*	Initiative sur les guides de pratique d'Action Cancer Ontario	American College of Radiology
Excellent/bon(pour)	Classe I	Grade A	Grade A	Grade EV	8,9,10
Excellent/bon(contre)					
	Classe III	Grade C			
Moyen	Classe IIa	Grade B	Grade B	Grade PE	4-7
Insuffisant	Classe IIb			Grade O	1,2,3
Consensus			Grade C	Grade C Grade E Grade X	

* Pour éviter la confusion dans l'évaluation des niveaux de certitude entre l'ACC et la SCC, les grades A, B et C de la SCC seront indiqués comme niveaux I, II, III

Tableau 2 : Interventions et thérapies en médecine nucléaire et temps d'attente recommandés

	Cas d'urgence Sur-le-champ	Cas urgent	Cas prévu
Scintigraphie osseuse (corps au complet)	Sur-le-champ à 24 h	Dans les 7j	Dans les 30j
TEP-FDG	Sur-le champ à 24 h	Dans les 7j	Dans les 30j
Perfusion myocardique — effort physique	Sur-le champ à 24 h	Dans les 3j	Dans les 14j
Perfusion myocardique – effort pharmacologique	Sur-le champ à 24 h	Dans les 3j	Dans les 14j
Viabilité du myocarde — FDG	Sur-le champ à 24 h	Dans les 3j	Dans les 14j
Viabilité du myocarde — Thallium	Sur-le champ à 24 h	Dans les 3j	Dans les 14j
Angiographie isotopique	Sur-le champ à 24 h	Dans les 3j	Dans les 14j
Densité osseuse	S.O.	S.O.	Dans les 30j

Tableau 3. Établissements de médecine nucléaire selon la province

Province	Nombre total d'établissements de médecine nucléaire			Nombre total d'établissements indiquant des temps d'attente		
	Hôpital	ESI	Total	Hôpital	ESI	Total
Terre-Neuve	4	0	4	4 (100 %)	0	4 (100 %)
Nouvelle-Écosse	10	0	10	8 (80 %)	0	8 (80 %)
Nouveau-Brunswick	6	0	6	3 (50 %)	0	3 (50 %)
Île-du-Prince-Édouard	1	0	1	1 (100 %)	0	1 (100 %)
Québec	49	2	51	27 (55 %)	0 (0 %)	27 (53 %)
Ontario	73	42	115	41 (56 %)	31 (74 %)	72 (62 %)
Manitoba	6	3	9	5 (83 %)	2 (66 %)	7 (77 %)
Saskatchewan	3	0	3	3 (100 %)	0	3 (100 %)
Alberta	13	10	23	11 (85 %)	6 (60 %)	17 (74 %)
Colombie-Britannique	22	1	23	18 (82 %)	1 (100 %)	19 (86 %)
Total	187	58	245	121	40	161 (66 %)

ables importants même au cours des semaines et des mois qui suivent leur présentation initiale. On a de plus démontré que les interventions pratiquées chez ces patients pour soulager l'obstruction coronarienne réduiront considérablement la probabilité de tels événements si l'intervention est pratiquée à temps. Les interventions d'imagerie non effractives jouent un rôle important lorsqu'il s'agit d'identifier les patients les plus susceptibles d'être victimes d'événements indésirables et ceux qui sont les plus susceptibles de bénéficier de l'intervention (p. ex., patients atteints de coronaropathie multiple et de dysfonction du ventricule gauche, ou qui ont une coronaropathie de la souche principale gauche)^{3,6} Cette «stratification du risque» permet d'utiliser de la façon la plus efficace possible des interventions de revascularisation coûteuses en ressources⁷. C'est particulièrement important dans le système de santé du Canada afin de maximiser les avantages tirés des ressources utilisées.

C'est pourquoi il faut aborder les points de repère sur les temps d'attente appropriés pour un examen d'imagerie diagnostique comme l'IPM dans le contexte clinique où se présente le patient. Lorsqu'un patient est hospitalisé avec un syndrome coronarien aigu, il est urgent de stratifier le risque qu'il présente afin de déterminer si des interventions effractives s'imposent pendant l'hospitalisation. Un point de repère approprié pour le temps d'attente serait d'une journée dans de telles circonstances. Par ailleurs, lorsqu'on utilise l'IPM pour stratifier le risque avant une intervention chirurgicale non cardiaque importante et si les temps d'attente dépassent trois mois dans le cas de l'intervention en question, un temps d'attente de routine d'un mois pour subir une IPM pourrait alors être acceptable.

Une recherche d'information sur les objectifs relatifs aux temps effectuée sur Internet a produit de nombreuses sources indiquant pendant combien de temps il faut attendre actuellement pour avoir accès à des services de radiothérapie, de chirurgie orthopédique, de cathétérisme cardiaque, de pontage aortocoronarien, d'angioplastie cardiaque et de chirurgie vasculaire. On a utilisé ces données pour estimer des points de repère sur les temps d'attente appropriés pour des interventions connexes en médecine nucléaire^{5,8-12}. Dans chaque cas, nous avons choisi les temps d'attente les plus courts recommandés entre toutes les indications cliniques possibles pour une intervention comme le point de repère qui convient le plus pour fournir les meilleurs soins cliniques. Dans tout le rapport, les temps d'attente sont indiqués en jours.

L'évaluation de l'urgence relative d'interventions de diagnostic en est au mieux au début du développement. Le besoin d'estimer la probabilité que l'intervention qui produira des renseignements diagnostiques critiques, la disponibilité d'autres voies de diagnostic et le besoin d'estimer la probabilité que des changements de traitement

subséquents amélioreront l'évolution de l'état de santé de l'intéressé la compliquent. Le Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada présente un aperçu des difficultés liées à l'établissement et à la surveillance de temps d'attente acceptables pour des examens de diagnostic. Le projet a créé un outil d'évaluation pour chacun des domaines suivants : chirurgie de la cataracte; interventions chirurgicales générales; arthroplastie de la hanche et du genou; santé mentale chez les enfants; imagerie par résonance magnétique (IRM). Les critères ont été les plus fiables dans le cas de la chirurgie générale et de l'arthroplastie de la hanche et du genou et les moins fiables dans celui de l'IRM¹³. Comme il n'y avait pas de critères établis, l'ACMN et la CAR se sont entendues sur les définitions suivantes pour évaluer l'urgence :

Cas d'urgence immédiate : Danger immédiat pour la vie ou la personne.

Cas urgent : Situation instable qui peut se détériorer rapidement et entraîner une admission d'urgence.

Cas prévu : Situation qui met en cause une douleur, une dysfonction ou une incapacité minimale (aussi appelé intervention «de routine» ou «élective»).

Résumé des données probantes pour les interventions recommandées en médecine nucléaire et justification des temps d'attente recommandés.

On a résumé pour chaque intervention les données probantes disponibles pour les utiliser comme il se doit. On en a dérivé des temps d'attente recommandés, que l'on a justifiés dans chaque cas. Le tableau qui suit présente la liste des temps d'attente actuels selon la province et les compare aux temps recommandés. Ces résumés constituent les Annexes C à H. Le tableau ci-dessous résume les temps d'attente maximaux recommandés dans les cas d'urgence et de routine pour chaque indication.

Le tableau qui suit démontre la répartition des établissements qui ont produit des données pour ce rapport. Le caractère intégral des rapports varie considérablement selon la province. Au cours de notre sondage, nous avons sondé un pourcentage important des établissements du Canada, y compris des établissements de santé indépendants (ESI).

Facteurs qui ont un effet sur la disponibilité d'interventions et de thérapies en médecine nucléaire

On a demandé aux établissements d'indiquer les facteurs qui ont contribué à prolonger les temps d'attente ou au manque d'accès aux services. Le Tableau 4 résume ces réponses. Dans le cas des postes vacants à la fois chez le personnel technique

et le personnel médical, on indique d'abord le nombre d'établissements qui signalent une vacance, suivi du nombre total de postes vacants entre parenthèses.

Cette étude dégage trois facteurs dominants, dont le premier est l'insuffisance de l'infrastructure en équipement, le deuxième, l'incapacité d'offrir des services de TEP, et le troisième, le nombre relativement important de postes de médecins qui sont vacants. Le nombre de postes de techniciens vacants a diminué par rapport aux années précédentes. Les établissements de formation ont suivi la situation et réagi en augmentant de la façon appropriée le nombre de postes de formation. En dehors du Québec, l'insuffisance des budgets de fonctionnement n'est pas souvent une cause de préoccupation, ce qui est intéressant.

Matériel

La variabilité des temps d'attente pourrait être attribuable à la disponibilité du matériel ou à son entretien, qui varient d'une administration à l'autre. Dans son récent rapport intitulé *L'imagerie médicale au Canada, 2004*(14), l'ICIS présente des données sur le nombre d'appareils de médecine nucléaire déclarés par million d'habitants dans chaque province («le taux»). Ces taux, qui varient d'un minimum de 14,5 à l'Î.-P.-É. à un maximum de 25,8 en Nouvelle-Écosse, donnent une moyenne canadienne de 19,5. Dans son rapport, l'ICIS décrit toutefois combien il a été difficile d'obtenir, au cours du sondage, de l'information des établissements de santé indépendants (ESI), ce qui a presque certainement produit une erreur importante dans le calcul du «taux» de présence d'appareils en Ontario, où seulement quatre des 48 ESI ont produit de l'information, ainsi qu'en Alberta, où quatre ESI sur 10 ont produit un rapport. Comme le montre le Tableau 5, les ESI constituent un pourcentage important des établissements d'imagerie.

Le sondage en cours de l'ACMN recueille de l'information sur les appareils. Nous cherchons à obtenir un taux de réponse de 100 %. Si nous réussissons, il en découlera une base de données unique sur le matériel de médecine nucléaire au Canada qui devrait aider à formuler des recommandations sur les «taux» du matériel nécessaire pour raccourcir les temps d'attente et tendre vers les points de repère recommandés. Il est presque certain que dans des administrations où les temps d'attente sont excessifs (p. ex., Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve), on recommandera d'ajouter d'autres appareils d'imagerie.

TEP et FDG

L'Annexe D présente une discussion plus complète sur la situation de cette technologie que l'on est en train d'implanter dans la pratique au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse, au Québec, en Ontario, au Manitoba, en Alberta et en Colombie-Britannique. Il y a un grand facteur contraignant important : le FDG, produit radiopharmaceutique utilisé le plus souvent en imagerie du cancer, n'est pas approuvé au Canada. À cause de la brièveté de sa période (109 minutes), il faut fabriquer le produit dans des installations situées à proximité du centre d'imagerie. Au Canada, les sites de production actuels se trouvent tous dans des centres universitaires confrontés à un fardeau réglementaire qui les menotte, leur impose des contraintes financières et limite la production universitaire. La DPBG accepte deux demandes d'étude accélérée de médicaments nouveaux, mais le ministère a du retard et l'on craint que ces demandes ne soient pas étudiées avant trois ans.

Ressources humaines de la santé

a. Effectifs médicaux

Le Collège royal des médecins et chirurgiens a fait de la médecine nucléaire une spécialité de la médecine en 1976. La spécialité était établie au Québec depuis plusieurs années. Le lancement de la spécialité a coïncidé mal-

Tableau 4 : Établissements indiquant des facteurs qui limitent le service (161 établissements déclarants)

Province	Fonds de fonctionnement insuffisants	Postes vacants – personnel technique (nombre d'ETP)	Postes vacants – personnel médical (nombre d'ETP)	Pénurie de gamma caméras ou TMO (nombre d'appareils)	Manque d'accès aux appareils TEP et FDG
Terre-Neuve	3	4 (7)	2 (2)	4 (4)	X
Nouvelle-Écosse	0	2 (0.8)	0	3 (7)	X
Nouveau-Brunswick	1	0	2 (1)	1 (1)	X
IPÉ	0	1 (1)	0	1 (1)	X
Québec	13	13 (6)	3 (4)	7 (13)	
Ontario	9	16 (15)	13 (13)	22 (40)	
Manitoba	3	3 (6)	1 (1)	0	
Saskatchewan	1	2 (4)	0	3 (11)	X
Alberta	2	1 (2)	4 (4)	3 (8)	
Colombie-Britannique	5	3 (4)	2 (2)	7 (12)	
Total	37	45 (45.8)	27 (27)	51 (97)	

Note : X indique que le service n'est pas disponible.

heureusement avec le début des réductions du nombre de postes de résidents au Canada et c'est pourquoi il n'y a jamais eu suffisamment de praticiens certifiés en médecine nucléaire pour doter tous les postes au Canada en dehors de la province de Québec.

Dans son rapport de 1999, le Groupe de travail de l'ACMN a dégagé plusieurs préoccupations, comme en médecine générale au sujet des effectifs médicaux de la médecine nucléaire.

Dans le rapport, on a estimé que sur un effectif de 530 praticiens à temps plein ou à temps partiel de la médecine nucléaire, quelque cinq médecins actifs à temps plein prendront leur retraite chaque année au cours de la décennie suivante et que six autres médecins qui pratiquent la médecine nucléaire dans le contexte de leur pratique en radiologie ou en cardiologie prendront aussi leur retraite. Les stagiaires (neuf par année) provenant des programmes canadiens de résidence ne suffiront pas pour remplacer ces départs à la retraite. Il faut en outre d'autres stagiaires pour répondre à la demande accrue qui découle

- a) de l'implantation de la TEP dans la pratique clinique,
- b) de la reconnaissance du besoin de normes de formation améliorées de cardiologues désireux d'intégrer la cardiologie nucléaire dans la pratique et c) du besoin d'améliorer la qualité de leur pratique en assurant que plus de médecins qui pratiquent la médecine nucléaire obtiennent la certification du CRMCC ou du Collège des médecins du Québec.

En 1999, l'ACMN et la CAR ont toutes deux recommandé que :

- a) l'on augmente le nombre de postes de formation afin d'assurer l'entrée dans la pratique de 15 médecins spécialisés en médecine nucléaire par année au lieu des neuf actuels (c.-à-d. que l'on augmente de 50 % le nombre de postes de formation);
- b) 50 % des stagiaires cherchent à obtenir la double certification en radiologie et en médecine nucléaire.

Même si l'on a réalisé des progrès importants à l'égard de la deuxième recommandation, il n'y en a eu à peu près aucun dans le premier cas. Le manque de personnel formé s'est donc aggravé depuis six ans. Il est maintenant urgent de s'attaquer au problème.

Entre-temps, on pourrait adopter les stratégies suivantes, notamment :

- a) délégation d'interventions à des technologues ou des membres du personnel infirmier (p. ex., épreuves d'effort ou administration de médicaments);
- b) transmission électronique d'images afin de permettre aux médecins de couvrir plus d'un établissement;
- c) création de groupes de pratique multicentriques afin d'aider les médecins en pratique autonome;
- d) augmentation de l'efficacité et amélioration de la qualité par la production de rapports structurés.

b. Effectifs scientifiques

La médecine nucléaire est pratiquée à la fois par des physiciens et par des spécialistes des produits radiopharmaceutiques. Dans le premier cas, il existe des programmes de formation adéquats dans les universités canadiennes et des programmes appropriés de bourses de recherche et de certification postdoctorales. La situation n'est pas aussi garantie en sciences radiopharmaceutiques. Même si la production routinière d'agents radiopharmaceutiques dans les grands centres est devenue une activité commerciale, les établissements des petites localités dépendent de technologues experts pour la préparation de ces agents. Les technologues ont en général été formés par des spécialistes des produits radiopharmaceutiques dans des centres universitaires en voie de disparition.

Avec l'implantation de la technologie TEP d'un bout à l'autre du Canada et comme Santé Canada a imposé récemment les bonnes méthodes de fabrication des produits radiopharmaceutiques émetteurs de positrons, il faudra davantage de spécialistes des produits radiopharmaceutiques pour appuyer la production sur place de ces matériaux à période courte.

Au cours de sa réunion de 2005, la Société canadienne de la médecine nucléaire a voté pour appuyer financièrement l'établissement d'un programme de formation et d'un mécanisme de certification de la Canadian Association of Radiopharmaceutical Scientists afin d'assurer que les établissements de santé du Canada continuent d'avoir accès à des personnes qui ont reçu une solide formation dans ce domaine important et en pleine croissance.

Discussion

Temps d'attente

Les Canadiens ont un accès inégal aux interventions et aux thérapies en médecine nucléaire. La situation varie énormément d'une province à l'autre et à l'intérieur de chaque province. Dans beaucoup de centres, les temps d'attente dépassent considérablement les points de repère indiqués dans le présent rapport, nuisent à la prestation efficace des soins et pourraient réduire la qualité des soins fournis. Aucune intervention de médecine nucléaire n'est disponible dans les trois territoires du Canada. La création de points de repère sur les temps d'attente et la collecte normalisée d'information en la matière devraient inciter les régies régionales de la santé à affecter des ressources appropriées afin de réduire les temps d'attente.

Limitations que représente l'utilisation des temps d'attente pour mesurer l'efficacité du système

Une liste de temps d'attente donne une idée de la capacité présente dans le système en amont du point de collecte des

données. L'allongement des heures de fonctionnement par l'ajout de personnel technique ou l'amélioration de l'efficacité découlant du remplacement d'équipements désuets peuvent avoir des répercussions spectaculaires sur les temps d'attente. Il est important de déterminer si les temps d'attente pour une intervention ou thérapie en particulier augmentent, diminuent ou demeurent stables. La plupart des données sur les temps d'attente dont on établit actuellement la liste ne sont pas affichées dans ce format même si une discussion directe avec les établissements qui fournissent les services démontre qu'ils sont conscients de l'importance de surveiller l'évolution des temps d'attente. L'ajout de 1,0 équivalent temps plein (ETP) de technologie en médecine nucléaire à l'Île-du-Prince-Édouard a entraîné, par exemple, une augmentation de 40 % de la disponibilité des examens d'ostéodensitométrie et devrait ramener les temps d'attente de 14 à 1 mois au cours de la prochaine année.

Lorsqu'on applique l'analyse des temps d'attente aux examens de diagnostic plutôt qu'aux traitements chirurgicaux ou radiologiques, plusieurs facteurs confusionnels font leur apparition. Les cliniciens et leurs patients s'attendent à avoir accès à des données diagnostiques assez rapidement pour pouvoir créer et mettre en œuvre un plan de traitement dans un délai acceptable. Par exemple, on reconnaît en général qu'une intervention chirurgicale contre le cancer doit être pratiquée rapidement. L'évaluation préopératoire appropriée des patients et la préparation en vue de la chirurgie peuvent toutefois prendre jusqu'à quatre à six semaines. C'est pourquoi un temps d'attente de trois à quatre semaines pour un examen de détermination du stade par TDM ou TEP/TDM peut être acceptable. Lorsque les temps d'attente dépassent ces points de repère, les cliniciens utiliseront d'autres méthodes de détermination du stade pour accélérer les soins : examen au gallium ou échographie, par exemple.

D'autres méthodes de diagnostic peuvent être moins exactes (p. ex., échographie abdominale pour la détection de métastases provenant d'un cancer du côlon plutôt que TEP-FDG/TDM), plus effractives (p. ex., médiastinoscopie pour détermination du stade du cancer du poumon non à petites cellules plutôt que TEP-FDG/TDM) ou plus coûteuses (p. ex., angiographie coronarienne pour diagnostiquer une coronaropathie par rapport à la scintigraphie par perfusion myocardique). Lorsque l'attente pour l'examen diagnostique le plus approprié présente un risque plus important qu'une autre stratégie d'examen et de traitement moins appropriée, le médecin choisira la dernière après avoir consulté son patient. L'ajout de la collecte de données sur l'utilisation inappropriée de technologies produirait donc un tableau plus complet des «goulots d'étranglement» dans le système et de leurs répercussions.

La tomographie par émission de positrons est une

technologie nouvelle au Canada, même si la plupart des pays de l'OCDE l'acceptent comme outil clinique. Comme la plupart des administrations n'ont pas accès à cette technologie, les temps d'attente ne sont pas disponibles, mais il ne faut pas interpréter le manque de données en la matière comme une absence de demande.

Systemes d'information

La collecte de données nécessaires à la production de ce rapport a été difficile et a pris beaucoup de temps (et demeure incomplète). Il n'est pas nécessaire que ce soit le cas. La majorité des services de médecine nucléaire utilisent le Système d'information radiologique (SIR) de leur établissement pour réserver des études et produire et distribuer des rapports. Le SIR est de plus en plus le moteur de la création de listes de travail en imagerie pour chaque intervention et établit des liens avec les systèmes d'archivage et d'extraction d'images afin de produire un ensemble de données complet que l'établissement utilise à l'interne pour gérer le programme. On suit des paramètres comme les temps d'attente pour des interventions urgentes et de routine, le temps écoulé entre la réservation et la fin de l'examen, entre la fin de l'examen et la production du rapport, et entre la production du rapport et la transcription. Il devrait être possible de recueillir de façon routinière les données portant sur certaines études en particulier afin de suivre à la fois les temps d'attente et leurs tendances.

Malheureusement, les données contenues dans le SIR sont souvent recueillies en fonction des grilles d'honoraires particulières à la province et ne sont pas comparables directement entre administrations. Par exemple, une étude de perfusion myocardique (imagerie seulement) SPECT identique est représentée par quatre codes d'honoraires en Ontario et par un seul en Alberta. Même si ces grilles sont reliées à un système fédéral de mesure de la charge de travail, le système est incapable de produire de l'information sur les listes d'attente. La création d'une liste pancanadienne d'interventions indiquant lesquelles on pourrait relier pour produire des grilles d'honoraires particulières à la province permettrait de recueillir ces données de façon routinière.

Données intégrées

Le document intitulé *L'imagerie médicale au Canada, 2004*¹⁴ publié récemment a démontré combien il est difficile d'obtenir de l'information d'établissements de santé indépendants. L'absence de données provenant de ces établissements rend difficile l'interprétation des données. Le chapitre sur le matériel décrit un exemple précis. En communiquant directement avec chaque établissement et en expliquant le besoin de données exactes sur lesquelles fonder les décisions, nous avons réussi beaucoup mieux à obtenir de l'information. Il semble que les établissements indépendants joueront un rôle de plus en plus important

dans la prestation de services dans certaines provinces. Comme condition d'obtention d'un permis, ils devraient être tenus de fournir de l'information statistique, notamment sur les temps d'attente, ainsi que de l'information sur les appareils. Il est crucial de disposer d'information complète pour mieux gérer le système de prestation des soins de santé.

Gestion régionale

Les données recueillies jusqu'à maintenant démontrent d'importantes variations au niveau des temps d'attente à l'intérieur des régions. Un système régional centralisé de réservation pour les examens pourrait aider à réduire les temps d'attente. L'expérience d'établissements fusionnés récemment dans une localité indique toutefois que les patients autant que les médecins traitants hésitent énormément à accepter d'autres rendez-vous plus rapides dans un autre établissement. Il faut des protocoles et des normes de production de rapports normalisés pour assurer que les médecins traitants acceptent cette stratégie.

Lignes directrices sur la pertinence et réduction de la demande

L'ACMN a participé à l'exercice dirigé par la CAR qui visait à modifier les lignes directrices sur la pertinence du Collège royal des radiologistes de la Grande-Bretagne afin de les adapter au milieu de la pratique du Canada. Il faudra diffuser largement ces lignes directrices chez les médecins de famille et les spécialistes du Canada. L'intégration de modules d'aide à la décision dans des systèmes d'entrée des ordonnances aiderait aussi à assurer l'utilisation la plus appropriée des examens et à limiter les examens inutiles.

L'utilisation appropriée des interventions et l'importance accrue du rôle de médecin-conseil que joue le médecin spécialisé en médecine nucléaire constituent des stratégies de réduction de la demande. L'éducation du public au sujet des indications des interventions d'imagerie pourrait être un moyen efficace d'aider les médecins de famille et les médecins spécialistes qui essaient de réduire l'utilisation inutile. La création de groupes de pratique de la médecine nucléaire dans des régions locales ou des réseaux de santé pourrait faciliter la surspécialisation des médecins en médecine nucléaire, ce qui

améliorerait leur intégration et celle de leurs collègues cliniciens et aiderait à bien utiliser la technologie.

Conclusion

Nous avons réussi à établir des points de repère sur les temps d'attente pour un certain nombre d'interventions diagnostiques en médecine nucléaire en nous fondant sur de l'information tirée des publications et sur un consensus dégagé par un groupe d'experts. Nous avons modifié ces points de repère après avoir consulté à fond d'autres médecins, des patients et le public.

Nous avons déterminé que les temps d'attente existants dépassent souvent ces points de repère, ce qui entraîne probablement une utilisation inappropriée des examens diagnostiques. Nous avons défini certains des facteurs qui contribuent à allonger les temps d'attente.

L'ACMN prévoit terminer son enquête et utiliser ces données détaillées pour aider le gouvernement et les établissements d'enseignement à planifier les établissements et les effectifs.

Remerciements

Groupe de travail sur les temps d'attente de l'ACMN

Karen Y. Gulenchyn, MD, présidente	Hamilton
John Power, MD	Vancouver
A.J.B. McEwan, MD	Edmonton
Christopher O'Brien, MD	Brantford
Daniel Picard, MD	Montréal
Peter Hollett, MD	St. John's

Sous-groupe de la SCC sur les temps d'attente en cardiologie nucléaire

Rob Beanlands, MD, président	Ottawa
Michael Freeman, MD	Toronto
Marla Keiss, MD	Vancouver
Karen Gulenchyn, MD	Hamilton

Groupe secondaire de la cardiologie nucléaire

Terrence D. Ruddy, MD	Ottawa
Gerry Wisenburg, MD	London
Ross A. Davies, MD	Ottawa
Peter Bogarty, MD	Québec

Annexe A : Temps d'attente pour examen TEP – Centre des sciences de la santé de Hamilton et Centre du cancer Juravinski

Site de la maladie Groupe	Tumeur	Indication	Attente maximale acceptable
Sein	Tous les sous-types	Essai sur le cancer du sein de l'OCOG	1 semaine
		Autre – non indiqué	S.O.
GI	Colorectal	? réapparition locale	6 semaines
		? métastase isolée au foie	6 semaines
	Œsophage	Réapparition ou métastases après thérapie primaire	3 semaines
GU	Toutes	Non indiqué	S.O.
Poumon	CPNPC	Essai ELPET de l'OCOG	2 semaines
		Essai START de l'OCOG	2 semaines
	Autres	Nodule pulmonaire isolé	6 semaines
Peau	Mélanome (y compris vulvaire)	Réapparition ou métastases après thérapie primaire	3 semaines
Mycose	Mycose	Non indiqué	S.O.
Hématologie	Lymphome	Étude CSSH	2 semaines
		Tumeur résiduelle	2 semaines
		Réaction précoce au traitement	2 semaines
		Hodgkin pédiatrique	2 semaines
Sarcome	Sarcome	Essai ACRIN – pédiatrique	1 semaine
Neuro-oncologie	Toutes	Non indiqué	S.O.
Crâne et cou	Crâne et cou	OCOG PREVENT	1 semaine
	Thyroïde (différenciée)	Réapparition après thérapie primaire, avec thyroglobuline élevée	6 semaines
Gynécologie	Col	Détermination du stade de tumeurs de stade 1B à risque élevé avant Sx	4 semaines
		Définition de la présence de métastases ganglionnaires avant la radiothérapie	4 semaines
		Redétermination du stade après thérapie sous-optimale	4 semaines
	Ovaire-épithélium Cellules germinales	Redétermination du stade	2 semaines
		Détection de la réapparition	2 semaines
	Ovaire	Ganglions lymphatiques équivoques révélés par TDM/IMR pour déterminer les champs d'irradiation	4 semaines
	Vulve	Marqueurs tumoraux élevés après thérapie primaire	4 semaines
Néoplasie trophoblastique gravidique			

Annexe B : Sondage sur les temps d'attente

Veillez fournir des renseignements sur votre établissement seulement. Si vous travaillez à plus d'un établissement, veuillez remplir un formulaire dans chaque cas.

Nom de l'établissement _____

Ville _____

Province _____

Code postal _____

Hôpital universitaire

Hôpital communautaire

Établissement de santé indépendant

Temps d'attente (veuillez indiquer en jours ouvrables)

Scintigraphie osseuse — Détermination du stade du cancer ou réapparition

Non disponible Urgent _____ Routine _____

Évaluation du cancer — ¹⁸F-FDG (appareil TEP spécialisé)

Non disponible Urgent _____ Routine _____

Évaluation du cancer — ¹⁸F-FDG (gammacamera à coïncidence)

Non disponible Urgent _____ Routine _____

Imagerie par perfusion myocardique – Effort à l'exercice

Non disponible Urgent _____ Routine _____

Imagerie par perfusion myocardique – Effort avec Persantine

Non disponible Urgent _____ Routine _____

Viabilité du myocarde — ¹⁸F-FDG

Non disponible Urgent _____ Routine _____

Viabilité du myocarde — Tl-201

Non disponible Urgent _____ Routine _____

Angiographie isotopique (MuGA)

Non disponible Urgent _____ Routine _____

Teneur minérale de l'os

Non disponible Urgent _____ Routine _____

Thérapie isotopique

^{131}I pour affection bénigne de la thyroïde

Non disponible Urgent _____ Routine _____

^{131}I pour tumeur maligne de la thyroïde

Non disponible Urgent _____ Routine _____

Palliation des douleurs osseuses (p. ex., ^{89}Sr)

Non disponible Urgent _____ Routine _____

Radio-immunothérapie pour un lymphome (p. ex., Zevalin ou Bexxar disponible selon le protocole ou PAS)

Non disponible Urgent _____ Routine _____

Indiquez les autres services de médecine nucléaire qui ne sont pas disponibles ou pour lesquels les patients doivent attendre longtemps.

Facteurs limitatifs

Veuillez indiquer tous les facteurs qui limitent la prestation du service.

- Budget de fonctionnement (Mon établissement respecte le budget accordé, mais il ne suffit pas pour répondre à la demande.)

Veuillez indiquer le changement de votre budget de fonctionnement de l'exercice 2003 à l'exercice 2004.

N'a pas changé A augmenté _____ A diminué _____

- Postes vacants – Personnel technique

Nombre de postes vacants _____

- Postes vacants – Personnel médical

Nombre de postes vacants _____

- Manque de matériel – Veuillez indiquer le nombre d'appareils supplémentaires nécessaires

Ostéodensitomètre _____ nombre d'appareils _____

Gammacamera – planaire _____ nombre d'appareils _____

Gammacamera – SPECT _____ nombre d'appareils _____

Appareil TEP _____ nombre d'appareils _____

- Incapable d'avoir accès à des produits radiopharmaceutiques

FDG

Autre – Veuillez énumérer. _____

Annexe C : Scintigraphie osseuse – Examen du corps au complet pour le dépistage de métastases

À quelques limitations près (myélome multiple et histiocytose X), la scintigraphie osseuse isotopique constitue la principale technique d'examen par imagerie utilisée pour détecter la présence de métastases osseuses. Cette technique est plus sensible que la radiographie ordinaire et offre l'avantage de permettre d'analyser le squelette au complet. (Pertinence ACR 9, catégorie CRR B) Lorsque la prévalence de métastases est faible (p. ex., cancer du sein au stade I), la scintigraphie osseuse n'est pas indiquée¹⁵.

La scintigraphie osseuse peut aussi servir à évaluer l'ef-

ficacité du traitement et aide à déterminer quand une thérapie palliative aux radio-isotopes peut être indiquée¹⁶.

Comme la scintigraphie osseuse sert à aider à déterminer le stade de maladies dans le cas desquelles il s'est écoulé de deux à 10 semaines entre la référence et le début du traitement⁸, la scintigraphie osseuse pour l'évaluation de patients qui ont un cancer devrait être disponible dans les sept jours pour les cas urgents et les 30 jours pour les cas de routine.

Tableau C-1 : Intervention : Scintigraphie osseuse – Examen du corps au complet

Temps d'attente recommandé; Cas d'urgence immédiate : 1 jour; Cas urgent : 7 jours; Cas de routine : 30 jours

Province	Cas urgent – Périodes d'attente (jours)		Cas de routine – Périodes d'attente (jours)	
	Moyenne	Plage	Moyenne	Plage
Terre-Neuve	Non disponible en urgence		71	35-105
Nouvelle-Écosse	2	1-13	13	7-20
Nouveau-Brunswick	1	1	10	10
IPÉ	5	5	73	73
Québec	18	1-270	68	1-660
Ontario	2	1-8	10	1-42
Manitoba	2	1-6	10	2-14
Saskatchewan	6	1-15	15	10-20
Alberta	2	1-5	7	1-14
Colombie-Britannique	3	1-17	13	2-35

Annexe D : TEP ¹⁸F FDG

Les patients du Canada n'ont pas accès à cette technologie qui, sans compter qu'elle pourrait améliorer les soins dispensés aux patients atteints d'un cancer, a aussi démontré sa rentabilité comme technique¹⁷⁻¹⁹. De nombreuses initiatives provinciales portent sur cette question. Le Québec, l'Alberta, le Nouveau-Brunswick, la Colombie-Britannique, la Nouvelle-Écosse et le Manitoba ont affecté un financement limité pour permettre l'utilisation clinique de la technologie. L'Ontario a mis en œuvre la technologie en finançant cinq essais cliniques qui visent à évaluer la technologie contre le cancer du poumon, le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du crâne et du cou.

En décidant de soumettre au fardeau réglementaire complet l'évaluation des produits pharmaceutiques émetteurs de positrons, la Direction des produits biologiques et des thérapies génétiques de Santé Canada a compliqué la situation au Canada. La technologie TEP-FDG est mise en œuvre sans danger dans la pratique clinique dans la plupart des niveaux de compétence réglementaires et dans ceux où les autorités responsables de la réglementation ont toujours amélioré le cadre de réglementation afin de faciliter cette mise en œuvre — comme la FDA l'a fait, par exemple, aux États-Unis²⁰. Cette amélioration vise en partie à recon-

naître que les produits radiopharmaceutiques émetteurs de TEP sont sans danger. Le produit radiopharmaceutique est administré habituellement en quantité nano ou picomolaire et une étude prospective sur l'innocuité menée auprès de plus de 80 000 patients n'a révélé aucun événement indésirable²¹.

Cette TEP clinique a été approuvée et financée dans presque tous les pays de l'Union européenne, en Australie et aux États-Unis. Le Tableau D résume les pays où la technologie TEP FDG a été approuvée et le Tableau D-2, les indications pour lesquelles elle a été approuvée en Australie, dans l'Union européenne et aux États-Unis²²⁻²⁹.

Le Collège royal des radiologistes affirme que la TEP-FDG est indiquée pour évaluer une récurrence locale soupçonnée chez les patients qui ont un cancer colorectal, pour procéder à une évaluation avant la résection de métastases au foie (niveau de certitude A) et pour 1) détecter un cancer récidivant de la tête et du cou; 2) déterminer le stade d'un cancer du poumon; 3) déterminer le stade d'un cancer de l'œsophage; 4) détecter un cancer récidivant ou persistant du testicule lorsque les concentrations de marqueurs tumoraux sont élevées; 5) déterminer le stade d'un lymphome (niveau de certitude B). On présente plusieurs autres indications où le degré de certitude est coté C : 1) détermination du stade du cancer de l'ovaire et du col; 2) détermination de l'étendue de la tumeur issue d'une tumeur primitive inconnue¹⁶.

L'ACR affecte un niveau de pertinence 6 à la TEP-FDG pour évaluer les patients qui ont un seul nodule pulmonaire et pour déterminer le stade du cancer du poumon non à petites cellules³⁰. Beaucoup d'autres documents de l'ACR qui ont trait à la prise en charge du cancer n'ont pas été revus depuis 1999 et la classification de la TEP-FDG qu'on y présente est expérimentale et n'est plus pertinente.

En 2004, le Département de médecine nucléaire du Centre des sciences de la santé de Hamilton a défini, en collaboration avec les équipes des sites de maladie du Centre du cancer Juravinski associé, des temps d'attente acceptables pour les services d'imagerie TEP-FDG. Ces périodes variaient de deux à quatre semaines (Annexe A). Comme il n'y a pas d'autres données publiées, nous avons utilisé les temps en question dans le présent document.

Tableau D-1. Situation de la réglementation internationale du ¹⁸F-FDG

Pays	Situation de l'approbation	Renseignements particuliers au produit	Indications cliniques approuvées
Argentine	Approuvé	Oui	
Australie	Approuvé	Oui	Oui
Autriche	Approuvé (UE)	Oui	Oui
Belgique	Approuvé (UE/National)	Oui	Oui
République tchèque	Approuvé	Oui	
Danemark	Approuvé (UE/National)	Oui	Oui
Finlande	Approuvé (UE)	Oui	Oui
France	Approuvé (UE/National)	Oui	Oui
Allemagne	Approuvé (UE/National)	Oui	Oui
Grèce	Approuvé (UE)	Oui	Oui
Irlande	Approuvé (UE)	Oui	
Italie	Approuvé (UE/National)	Oui	Oui
Japon	Approuvé		
Luxembourg	Approuvé (UE)	Oui	Oui
Pays-Bas	Approuvé (UE/National)	Oui	Oui
Portugal	Approuvé (UE/National)	Oui	Oui
Espagne	Approuvé (UE/National)	Oui	Oui
Suisse	Approuvé		
Taiwan	Approuvé		
Turquie	Approuvé		
Royaume-Uni	Approuvé (UE/National)	Oui	Oui
États-Unis	Approuvé	Oui	Oui

Tableau D-2 : Indications relatives à l'utilisation clinique du ¹⁸F-FDG

Indication	États-Unis	Union européenne	Australie
Cerveau			E
Sein	S,R,M		
Colorectal	D,S,R	E,M	S,R
Crâne et cou	D,S,R,	A	
Poumon	C,D,S,R	D,A,E	E,S
Lymphome	D,S,R	A,D	
Mélanome	D,S,R	A	E
Thyroïde	R		
Col			S
Œsophage	D,S,R		S
Ovaire			E
Estomac			S
Viabilité du myocarde	D	D	D

A = détermination E = évaluation R = redétermination du stade
C = caractérisation M = surveillance S = détermination du stade
D = diagnostic

Tableau D-3 : Intervention : TEP-FDG

Temps d'attente recommandés: Cas d'urgence immédiate : 1 jour; Cas urgent : 7 jours; Cas prévu : 30 jours

Province	Cas urgent – temps d'attente (jours ouvrables)		Cas de routine – temps d'attente (jours ouvrables)	
	Moyenne	Plage	Moyenne	Plage
Terre-Neuve	Non disponible		Non disponible	
Nouvelle-Écosse	Non disponible		Non disponible	
Nouveau-Brunswick	Non disponible		Non disponible	
IPÉ	Non disponible		Non disponible	
Québec	14	14	28	40
Ontario	6	1-14	21	7-42
Manitoba	Non disponible		Non disponible	
Saskatchewan	Non disponible		Non disponible	
Alberta	2	2	12	12
Colombie-Britannique	1	1	3	3

Annexe E : Tomographie par perfusion myocardique (IPM SPECT) (Effort à l'exercice et pharmacologique)

IPM (SPECT ou TEP) d'effort à l'exercice ou d'effort pharmacologique pour indications cliniques acceptées : les temps d'attente recommandés devraient être les suivants : **Cas d'urgence immédiate, en moins d'une journée; Cas urgent, dans les trois jours; Cas prévu, dans les 10 jours ouvrables.**

Les indications cliniques acceptées sont notées ci-dessous :

Syndromes coronariens aigus

Les lignes directrices conjointes de l'ACC/AHA/ASNC(3) sur l'utilisation clinique de l'imagerie cardiaque isotopique contiennent les recommandations suivantes sur l'utilisation de l'imagerie par perfusion myocardique pour la détermination des syndromes coronariens aigus :

1. Évaluation du risque myocardique par IPM SPECT des patients qui peuvent avoir un syndrome coronarien aigu (SCA), par ECG non diagnostique et détermination des concentrations initiales de marqueurs et d'enzymes sériques, catégorie I, niveau A;
2. diagnostic de coronaropathie chez les patients qui peuvent avoir un SCA et se plaindre de douleurs à la poitrine, par ECG non diagnostique, détermination des concentrations d'enzymes et de marqueurs sériques négatifs, ou scintigraphie au repos normale, catégorie I, niveau B;
3. évaluation du risque myocardique par IPM SPECT de stress pharmacologique suivant une élévation du segment ST (STEMI) aiguë traitée au moyen d'agents thrombolytiques sans cathétérisme, catégorie I, niveau B;
4. évaluation du risque myocardique après NSTEMI ou AI chez les patients qui ne subissent pas de cathétérisme, catégorie I, niveau A;
5. évaluation du risque myocardique après NSTEMI ou AI suivant un cathétérisme lorsque l'importance hémodynamique d'une lésion est incertaine, catégorie I, niveau A.

Les comités ont considéré toutes les indications ci-dessus comme émergentes ou urgentes lorsqu'il s'agit de déterminer les patients qui bénéficieraient le plus d'autres interventions effractives, et en particulier d'une angioplastie percutanée avec mise en place d'un stent, ou d'un pontage aortocoronarien pendant leur hospitalisation témoin.

Évaluation du risque de coronaropathie et pronostic

Les lignes directrices indiquent l'utilisation de l'IPM

SPECT comme recommandation de catégorie I (ACC/AHA/ASNC et SCC) pour diagnostiquer une coronaropathie ou évaluer le risque et le pronostic chez les **patients qui présentent une probabilité clinique intermédiaire de coronaropathie**, dans les circonstances suivantes :

1. IPM SPECT à l'exercice pour déterminer l'étendue, la gravité et l'emplacement de l'ischémie chez les patients qui n'ont pas de BBG ni de rythme électro-entraîné, mais qui présentent une anomalie ECG de la ligne de base qui nuit à l'interprétation des changements du segment ST provoqués par l'exercice, catégorie I, niveau B;
2. IPM SPECT à l'adénosine (dipyridamole) chez les patients qui ont un BBG ou un rythme électro-entraîné, ou ceux qui sont incapables de faire de l'exercice, catégorie I, niveau B;
3. IPM SPECT à l'exercice ou à l'adénosine (dipyridamole), le cas échéant, pour évaluer l'importance fonctionnelle de lésions coronariennes intermédiaires (25 à 75 %), catégorie I, niveau B;
4. IPM SPECT à l'exercice ou à l'adénosine (dipyridamole), le cas échéant, chez les patients qui présentent un résultat intermédiaire à l'épreuve sur tapis roulant Duke, catégorie I, niveau B;
5. IPM SPECT à l'exercice ou à l'adénosine (dipyridamole), le cas échéant, chez les patients dont les symptômes ont changé pour définir le risque d'événements cardiaques, catégorie I, niveau C.

On peut aussi procéder à une IPM par imagerie TEP avec du ¹³N ammoniac ou du ⁸²Rubidium. La TEP n'est pas aussi généralement disponible que l'imagerie SPECT, mais dans leurs lignes directrices, l'ACC/AHA/ASNC et la SCC recommandent d'utiliser l'IPM à l'adénosine ou au dipyridamole avec la TEP dans le cas des **patients hospitalisés qui présentent une probabilité clinique intermédiaire de coronaropathie**, de la façon suivante :

1. Pour poser un diagnostic ou stratifier le risque chez les patients pour lesquels une IPM SPECT indiquée de la façon appropriée a produit des résultats équivoques, catégorie I, niveau B
2. Pour diagnostiquer ou stratifier le risque chez les patients qui ont un BBG ou un rythme électro-entraîné, catégorie IIa (ACC/AHA/ASNC); catégorie I (SCC), niveau B.

Dans ces circonstances, la définition du risque et le pronostic reliés aux temps d'attente appropriés sont plus difficiles. Des données probantes appuient toute-

fois l'utilisation d'une stratégie d'utilisation de l'IPM SPECT pour définir le besoin d'un cathétérisme cardiaque^{3,6}. Il semble donc raisonnable de fixer les temps d'attente à l'intérieur de ceux que recommandent, pour le cathétérisme cardiaque, des groupes comme le Réseau des soins cardiaques de l'Ontario³¹. Cette méthodologie produirait les temps d'attente recommandés suivants : Cas d'urgence immédiate, moins d'un jour; Cas d'urgence, dans les trois jours; Cas de routine, dans les 10 jours ouvrables pour les indications ci-dessus.

Stratification du risque avant une intervention chirurgicale non cardiaque

Les lignes directrices recommandent enfin l'utilisation de l'IPM SPECT comme recommandation de catégorie I pour la stratification du risque avant une intervention chirurgicale non cardiaque lorsque la chirurgie est non émergente et que la revascularisation cardiaque pourrait être indiquée :

1. diagnostic initial de coronaropathie chez des patients qui présentent, avant le test, une probabilité intermédiaire de maladie, dont l'ECG présente une ligne de base anormale ou qui sont incapables de faire de l'exercice, niveau B;
2. évaluation du pronostic chez des patients qui subissent une première évaluation visant à déterminer la présence d'une coronaropathie soupçonnée ou démontrée, dont l'ECG présente une la ligne de base anormale ou qui sont incapables de faire de l'exercice, niveau B;
3. évaluation de patients à la suite d'un changement de

leur état clinique (p. ex., ACS), dont l'ECG présente une ligne de base anormale, ou qui sont incapables de faire de l'exercice, niveau B;

4. diagnostic initial de coronaropathie chez des patients qui ont un BBG et présentent avant le test une probabilité intermédiaire de maladie lorsqu'on l'utilise avec un effort au vasodilatateur, niveau B;
5. évaluation du pronostic de patients qui ont un BBG et subissent une première évaluation visant à déterminer la présence d'une coronaropathie soupçonnée ou démontrée lorsqu'on l'utilise avec un stress au vasodilatateur, niveau B;
6. évaluation de patients qui présentent des prédicteurs intermédiaires ou mineurs de risques cliniques et une capacité fonctionnelle médiocre (moins de quatre METS), qui ont besoin d'une intervention chirurgicale non cardiaque à risque élevé, lorsqu'on l'utilise avec un effort pharmacologique, niveau C;
7. évaluation de patients qui présentent des prédicteurs intermédiaires de risque clinique, une ligne de base anormale à l'ECG et une capacité fonctionnelle moyenne ou excellente (plus de quatre METS), qui ont besoin d'une intervention chirurgicale non cardiaque à risque élevé, lorsqu'on l'utilise de concert avec l'effort à l'exercice, niveau C).

Dans ces circonstances, le temps d'attente approprié devrait être imposé par le temps d'attente habituel pour une intervention chirurgicale non cardiaque à risque élevé. Ces temps d'attente peuvent varier d'un à neuf mois^{5,9-11} et un temps d'attente minimal pour l'IPM de 10 jours ouvrables dans le délai prescrit semblerait acceptable.

Tableau E-1 : Intervention : Imagerie par perfusion myocardique – Effort à l'exercice

Temps d'attente recommandés — Cas d'urgence immédiate : 1 jour; Cas urgent : 3 jours; Cas de routine : 10 jours

Province	Cas urgent – temps d'attente (jours ouvrables)		Cas de routine – temps d'attente (jours ouvrables)	
	Moyenne	Plage	Moyenne	Plage
Terre-Neuve	Non disponible pour cas d'urgence		120	75-180
Nouvelle-Écosse	12	1-56	29	7-56
Nouveau-Brunswick	6	1-14	57	42-90
IPÉ	15	15	15	15
Québec	17	1-240	72	5-780
Ontario	5	0-28	19	2 - 110
Manitoba	14	2-56	158	84-252
Saskatchewan	8	5-10	91	10-222
Alberta	7	1-35	31	9-60
Colombie-Britannique	5	1-14	33	2-120

Tableau E-2 : Intervention : Imagerie par perfusion myocardique – Effort pharmacologique

Temps d'attente recommandé — Cas d'urgence immédiate : 1 jour; Cas urgent : 3 jours; Cas de routine : 10 jours

Province	Cas urgent – temps d'attente (jours ouvrables)		Cas de routine – temps d'attente (jours ouvrables)	
	Moyenne	Plage	Moyenne	Plage
Terre-Neuve	Non disponible pour les cas urgents		146	75-200
Nouvelle-Écosse	4	1-7	28	7-56
Nouveau-Brunswick	6	1-14	57	42-90
IPÉ	15	15	15	15
Québec	24	1-300	97	5-810
Ontario	5	1-28	20	1-63
Manitoba	6	2-14	172	126-252
Saskatchewan	10	10	25	10-40
Alberta	7	1-35	31	20-60
Colombie-Britannique	5	1-14	35	5-120

Annexe F : Viabilité du myocarde (Thallium 201 et ¹⁸F FDG)

On peut utiliser à la fois l'imagerie au thallium 201 au repos/redistribution et l'imagerie TEP ¹⁸F FDG (combinées à l'IPM au repos SPECT ou TEP) pour définir un myocarde ischémique dont une revascularisation pourrait améliorer la fonction. Les techniques TEP semblent plus précises^{3,32}. L'essai canadien randomisé PARR2 pour lequel on vient de terminer le recrutement devrait produire une évaluation plus définitive de ces techniques dans deux ans environ. On recommande les deux techniques comme investigation de catégorie I au niveau de certitude B.

L'évaluation de la viabilité du myocarde peut parfois être urgente chez des patients en phase critique qui souffrent d'insuffisance cardiaque. Il faut terminer les études dans la journée ouvrable qui suit chez ces patients. La plupart des cas d'évaluation de la viabilité sont semi-urgents ou représentent des investigations prévues. Des renseignements tirés d'études canadiennes antérieures indiquent toutefois que la mortalité augmente lorsque l'on retarde la revascularisation cinq semaines après la définition de la viabilité³³. C'est pourquoi il faut terminer rapidement l'investigation et prescrire un plan de traitement. On recommande un

examen d'imagerie dans les 10 jours ouvrables, compte tenu du moment où la revascularisation suivra au besoin.

Tableau F-1: Intervention : Viabilité du myocarde – FDG

Temps d'attente recommandés — Cas d'urgence immédiate : 1 jour;
Cas urgent : 3 jours; Cas prévu : 10 jours

Province	Cas urgent – temps d'attente (jours ouvrables)		Cas de routine – temps d'attente (jours ouvrables)	
	Moyen	Plage	Moyen	Plage
Terre-Neuve	Non disponible			
Nouvelle-Écosse	Non disponible			
Nouveau-Brunswick	Non disponible			
IPÉ	Non disponible			
Québec	Non disponible			
Ontario	4	1–7	21	1–100
Manitoba	Non disponible			
Saskatchewan	Non disponible			
Alberta	Non disponible			
Colombie-Britannique	Non disponible			

Tableau F-2

Intervention : Viabilité du myocarde – Thallium-201

Temps d'attente recommandés — Cas d'urgence immédiate : 1 jour;
Cas urgent : 3 jours; Cas prévu : 10 jours

Province	Cas urgent temps d'attente (jours ouvrables)		Cas de routine temps d'attente (jours ouvrables)	
	Moyen	Plage	Moyen	Plage
Terre-Neuve	Non disponible pour les cas d'urgence		85	75–95
Nouvelle-Écosse	4	1–7	30	5–56
Nouveau-Brunswick	3	1–3	16	2–42
IPÉ	Non disponible			
Québec	4	1–7	20	1–100
Ontario	3	1–7	8	1–28
Manitoba	6	3–9	7	5–9
Saskatchewan	8	3–15	12	7–15
Alberta	5	1–7	20	5–60
Colombie-Britannique	6	1–10	15	9–30

Annexe G : Angiographie isotopique

Compte tenu des lignes directrices de l'ACC/AHA/ASNC, on recommande une angiographie isotopique comme investigation de catégorie I dans les circonstances suivantes :

1. mesure de la fonction de base du VG après NSTEMI ou STEMI, niveau B;
2. évaluation initiale de la fonction du VG et du VD au repos chez les patients qui ont une insuffisance cardiaque, niveau A;
3. évaluation de base et sérielle de la fonction du VG pendant une thérapie au moyen de médicaments cardiotoxiques (p. ex., doxorubicine), niveau A;
4. évaluation initiale et sérielle de la fonction du VD et du VG chez les patients qui ont une valvulopathie cardiaque, niveau A.

Les temps d'attente appropriés sont définis le mieux par l'indication 1 dans les cas d'urgence, car il faut habituellement procéder à une évaluation avant le congé. L'évaluation de base préalable à la chimiothérapie serait aussi considérée comme urgente, c.-à-d. dans les trois jours ouvrables du délai prescrit avant d'entreprendre les régimes de chimiothérapie. Les temps d'attente sont les mieux définis par l'indication 3 dans les cas de routine lorsqu'il peut être nécessaire de procéder à une évaluation avant le traitement périodique suivant et devrait être disponible dans les 10 jours.

Tableau G-1: Intervention : Angiographie isotopique

Temps d'attente recommandés — Cas d'urgence immédiate : 1 jour;

Cas urgent : 3 jours; Cas prévu : 10 jours

Province	Cas urgent – temps d'attente (jours ouvrables)		Cas de routine – temps d'attente (jours ouvrables)	
	Moyen	Plage	Moyen	Plage
Terre-Neuve	Non disponible pour les cas d'urgence		36	20–50
Nouvelle-Écosse	3	1–7	10	4–21
Nouveau-Brunswick	3	1–7	15	1–30
IPE	20	20	20	20
Québec	8	1–120	21	1–180
Ontario	3	1–14	9	1–30
Manitoba	2	1–7	12	2–35
Saskatchewan	2	1–3	11	7–14
Alberta	2	1–7	8	2–21
Colombie-Britannique	3	1–14	12	2–28

Annexe H : Teneur minérale de l'os (DEXA)

La détection rapide et le traitement de l'ostéoporose peuvent réduire le taux de fractures d'insuffisance, particulièrement chez les femmes. Environ 40 % des femmes blanches de 50 ans au Canada subiront une fracture ostéoporotique pendant le reste de leur vie : 15,6 % subiront une fracture d'une vertèbre, 16,0 %, une fracture du poignet, et 17,5 %, une fracture de la hanche³⁴.

Dans ses lignes directrices, la Société de l'ostéoporose du Canada recommande le dépistage par DEXA chez les femmes ménopausées qui présentent un facteur de risque clinique majeur et deux facteurs mineurs, ou chez celles qui ont 65 ans ou plus³⁵. Chez les femmes dont la teneur minérale de l'os se situe à moins d'un écart type (ET) de la moyenne des jeunes adultes, on recommande une évaluation répétée dans les deux ans. Chez celles qui ont une TMO moins élevée, on recommande une thérapie et une nouvelle évaluation dans un à deux ans. Pour mettre en

œuvre ces recommandations, il faut un accès suffisant à la DEXA. Les critères de pertinence de l'ACR attribuent une cote de 9 à la DEXA utilisée dans de telles circonstances³⁶. Le Collège royal des radiologistes recommande la DEXA comme indiquée dans l'évaluation de la maladie métabolique de l'os à un niveau de certitude A.

Comme l'ostéoporose est un problème qui évolue lentement, il n'est pas nécessaire d'avoir un accès rapide à la technologie. Un temps d'attente cible **de trois mois ou 60 jours ouvrables** est probablement approprié. Il faut surveiller si les temps d'attente sont stables, ce qui indique la présence de ressources suffisantes, s'ils allongent (ressources insuffisantes) ou raccourcissent (ressources excédentaires). À mesure que la population du Canada continue de vieillir, il faudra suivre continuellement les temps d'attente pour affecter à ce secteur les ressources nécessaires.

Tableau H-1: Intervention : Densité minérale de l'os

Temps d'attente recommandés — Cas d'urgence immédiate ou urgent :
Sans objet ; Cas prévu : 30 jours

Province	Cas urgent — temps d'attente (jours ouvrables)		Cas de routine — temps d'attente (jours ouvrables)	
	Moyen	Plage	Moyen	Plage
Terre-Neuve			101	40-195
Nouvelle-Écosse			57	3-147
Nouveau-Brunswick			141	14-300
IPÉ			425	425
Québec			37	14-60
Ontario			23	1-180
Manitoba			252	252
Saskatchewan			323	304-342
Alberta			8	1-42
Colombie-Britannique			18	3-42

Bibliographie

1. *GAC levels of evidence: Comparison chart with guideline developers. A comparison of guideline developer's evidence taxonomies.* Comité consultatif des guides de l'Ontario. 7 mars 2003. Disponible : gacguidelines.ca/article.pl?sid=03/03/07/2128213&mode=thread
2. ACR Appropriateness Criteria Development and Methodology. American College of Radiology. Disponible à : www.acr.org/
3. Klocke FJ, Baird MG, Lorell BH, et al. *ACC/AHA/ASNC Guidelines for the clinical use of cardiac radionuclide imaging — executive summary.* A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/ASNC Committee to Revise the 1995 Guidelines for the Clinical Use of Cardiac Radionuclide Imaging). *J Am Coll Cardiol* 2003;42:1318-33. Disponible : www.acc.org
4. Tanser et al. CCS guidelines for evaluation and management of chronic ischemic coronary artery disease. *Can J of Cardiol* 1998;14(Suppl C).
5. Services de santé. Information sur les délais d'attente. Santé Manitoba; 30 novembre 2004. Disponible : www.gov.mb.ca/health/waitlist/indexfr.html
6. Mowatt G, Vale L, Brazzelli M, Hernandez R, Murray A, Scott N et al. Systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness, and economic evaluation, of myocardial perfusion scintigraphy for the diagnosis and management of angina and myocardial infarction. *Health Technology Assess* 2004;8(30):iii-iv,1-207.
7. Underwood SR, Shaw LJ, Anagnostopoulos C, Cerqueira M, Ell PJ, Flint J et al. Myocardial perfusion scintigraphy and cost effectiveness of diagnosis and management of coronary heart disease. [Review] [19 refs]. *Heart* 2004;90(suppl 5):v34-6.
8. Wait Times. Action Cancer Ontario 2005. Disponible : www.cancercare.on.ca/access_waitTimes.htm
9. Surgical Wait Times. Gouvernement de la Colombie-Britannique; 7 octobre 2004. Disponible : www.swl.hlth.gov.bc.ca/swl/index.html
10. Alberta Wait List Registry. Gouvernement de l'Alberta; 30 novembre 2005. Disponible : www.health.gov.ab.ca/waitlist/WaitListPublicHome.jsp
11. Wait Time Information. Saskatchewan Surgical Care Network; 30 septembre 2004. Disponible : www.sasksurgery.ca/wait-list-info.html
12. Réseau de soins cardiaques de l'Ontario. Le Réseau de soins cardiaques de l'Ontario; 2004. Disponible à : www.ccn.on.ca/
13. Hadorn DC. Developing priority criteria for magnetic resonance imaging: results from the Western Canada Waiting List Project. *JACR* 2005;53(4):210-8.
14. *Limagerie médicale au Canada, 2004.* Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé; 2004.
15. El-Khoury GY, Dalinka MK, Alazraki N, Berquist TH, Daffner RH, DeSmet AA et al. *Metastatic Bone Disease. ACR Appropriateness Criteria 1999.* Disponible : www.acr.org/ac_pda
16. *Making the best use of a department of radiology.* 5 ed. Londres : Royal College of Radiologists; 2003.
17. Chong R, Caldwell CB, Mah K. Cost effectiveness of ¹⁸F-FDG PET/CT on radiation therapy for non-small cell lung cancer: A Canadian perspective. *J Nucl Med* 2005;46[5S], 427P. 2005. Type de réf. : Journal (version intégrale)
18. Gu A-C, Liu J-J, Sun X-G, Huang G. Cost-effective analysis of PET and CT in NSCLC in China. *J Nucl Med* 46[5S], 243P. 2005. Type de réf. : Journal (version intégrale)
19. vanTinteren H, Hoekstra OS, Smit EF, van den Bergh JH, Schreurs AJ, Stallaert RA et al. Effectiveness of positron emission tomography in the pre-operative assessment of patients with suspected non-small-cell lung cancer: the PLUS multicentre randomised trial.[see comment]. *Lancet* 2002;359(9315):1361-2.
20. Guidance for Industry: PET drug applications — Content and format for NDAs and ANDAs. Département de la santé et des services humains des États-Unis, Food and Drug Administration, mars 2000. Disponible : www.fda.gov/cder/guidance
21. Silberstein EB. Prevalence of adverse reactions to positron emitting radiopharmaceuticals in nuclear medicine. Pharmacopeia Committee of the Society of Nuclear Medicine. *J Nuclear Med* 1998;39(12):2190-2.
22. Bradbury I, Bonell E, Boynton J, Cummins E, Facey K, Iqbal K, Laking G, McDonald C, Parpai T, Sharp P, Single A, Walker A. *Positron emission tomography (PET) imaging in cancer management.* Glasgow: Health Technology Board for Scotland; 2002.
23. Adams E, Flynn K. *Positron Emission Tomography: descriptive analysis of experience with PET in VA.* US Department of Veterans Affairs. décembre 1998. Available: www.va.gov/vatap/
24. Dussault F-P, Nguyen VH et Rchet F. *La tomographie par émission de positrons au Québec.* Montréal : Gouvernement du Québec; 2001. Rapport no : AÉTMIS 01-3 RE.
25. *Positron emission tomography (PET) for a number of services.* Canberra Medical Services Advisory Committee; mars 2000.
26. Adams E, Asua J, Olasagasti JC, Erlichman M, Flynn K, Hurtado-Saracho I. *Positron Emission Tomography: Experience with PET and synthesis of the evidence.* International Network of Agencies for Technology Assessment. 4 janvier 1999. Disponible à : URL : www.inahta.org/inahta_web/index.asp
27. Robert G, Milne R. *Positron emission tomography: establishing priorities for health technology assessment.* The National Coordinating Centre for Health Technology Assessment. juillet 1999. Disponible : www.nchta.org/project/data/1_project_record_published.asp?PjtId=1026
28. Laupacis A, Paszat L, Hodgson D, Benk V. *Health technology assessment of PET (positron emission tomography): a systematic review. International Network of Agencies for Technology Assessment 2005.* Disponible : www.ices.on.ca/webpage.cfm?site_id=1&org_id=68&morg_id=0&gsec_id=0&item_id=1536&type=report
29. Minnesota Health Technology Advisory Committee. *Positron emission tomography (PET) for oncology applications.* Minnesota Department of Health. 1999. Disponible : www.health.state.mn.us/htac/pet.htm
30. McLoud TC, Westcott J, Davis S, Fleishon H, Geffer WB, Henschke CI et al. Staging of bronchogenic carcinoma, non-small cell lung carcinoma. American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria. *Radiology* 2000;215(suppl):611-9. Disponible : www.acr.org/ac_pda
31. *Patient Access to Care: Cardiac Catheterization.* Cardiac Care Network of Ontario. 25 septembre 2004. Disponible : www.ccn.on.ca/access/wait-timec.html
32. Bax JJ, Poldermans D, Elhendy A, Boersma E, Rahimtoola SH. Sensitivity, specificity, and predictive accuracies of various noninvasive techniques for detecting hibernating myocardium. *Current Problems in Cardiology* 2001;26(2):141-86.
33. Beanlands RS, Hendry PJ, Masters RG, deKemp RA, Woodend K, Ruddy TD. Delay in revascularization is associated with increased mortality rate in patients with severe left ventricular dysfunction and viable myocardium on fluorine 18-fluorodeoxyglucose positron emission tomography imaging. *Circulation* 1998;98(19 Suppl):II51-6.
34. Cheung AM, Feig DS, Kapral M, az-Granados N, Dodin S, Canadian Task Force on Preventive Health Care. Prevention of osteoporosis and osteoporotic fractures in postmenopausal women: recommendation statement du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *JAMC* 2004;170(11):1665-7.
35. Brown JP, Josse RG, Scientific Advisory Council of the Osteoporosis Society of Canada. 2002 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada.[see comment][erratum appears in *CMAJ*. 2003;168(4):400]. [Review] [394 refs]. *JAMC* 2002;167(10 Suppl):S1-34.
36. Genant HK, Dalinka MK, Alazraki N, Daffner RH, Kneeland JB, Manaster BJ et al. *Osteoporosis and bone mineral density.* ACR Appropriateness Criteria. 2001. Disponible : www.acr.org/ac_pda
36. Genant HK, Dalinka MK, Alazraki N, Daffner RH, Kneeland JB, Manaster BJ et al. *Osteoporosis and Bone Mineral Density.* ACR Appropriateness Criteria 2001; Disponible : www.acr.org/ac_pda

Le Comité sur les normes nationales Association canadienne d'orthopédie

Ted Rumble et Hans J. Kreder (coprésidents), mars 2005

Définitions

Différentes définitions utilisées pour mesurer les temps d'attente réels pour les patients comprennent les temps d'attente moyen, médian, modal, minimal et maximal. On pourrait en théorie établir un point de repère pour chacune de ces mesures. Les points de repère sur les temps d'attente moyens, médians et modaux ne tiendraient pas compte du fait que beaucoup de patients peuvent attendre beaucoup plus longtemps, tandis que le groupe global peut très bien respecter globalement le point de repère, tandis que la plupart des distributions des temps d'attente sont biaisées vers la droite. Il ne faut pas oublier en outre que les points de repère seront appliqués au niveau du patient en particulier (pendant combien de temps le patient en cause devrait-il attendre) même si la surveillance globale de l'observation du point de repère tiendra compte de groupes de patients plus importants.

Certains ont proposé le concept du «temps d'attente idéal» comme base de comparaison. La plupart des personnes qui attendent un service, quelle qu'en soit la nature, affirmeraient probablement que l'idéal serait d'obtenir le service sur-le-champ et c'est pourquoi il est difficile d'opérationnaliser une définition de ce qui constitue un temps d'attente idéal. Le concept du temps d'attente maximal acceptable est plus facile à définir, du moins en théorie. Il sous-entend que si l'on dépasse le temps d'attente acceptable, la personne en cause subira des effets nocifs importants (affectifs, financiers, liés à la qualité de vie, etc.) ou que le risque de voir de tels effets survenir augmente considérablement. Par exemple, même s'il est idéal de rétablir la circulation sanguine immédiatement chez une personne en état d'anoxie cérébrale, le temps maximal acceptable pour le faire est d'environ deux minutes avant que les cellules du cerveau commencent à mourir et qu'il en découle des dommages irréversibles. Après avoir tenu compte des enjeux et des définitions des points de repère utilisées dans la plupart des autres administrations du monde, le comité a décidé de recommander d'utiliser le temps d'attente maximal acceptable (TAMA) comme point de repère. Les points de repère relatifs au TAMA devraient reposer sur les meilleures données probantes disponibles et il faudrait les mettre à jour constamment à mesure que de nouveaux renseignements deviennent disponibles.

Démarche générale

Le comité a étudié comment d'autres administrations ont traité la question des points de repère compte tenu du fait qu'il y a de nombreuses interventions différentes qu'il serait possible de paramétrer et que l'urgence du traitement peut varier de façon spectaculaire entre des patients en attente de traitement dans une catégorie donnée de problèmes. Des administrations ont établi des points de repère distincts pour des interventions diagnostiques ou chirurgicales en particulier (voir la Saskatchewan à l'Annexe I), tandis que d'autres ont envisagé des cotes de priorité qu'il est possible d'appliquer à n'importe quel patient sans égard au diagnostic ou à l'intervention. Après avoir étudié attentivement la question, le comité était d'avis que la première solution présente des lacunes en ce sens que l'urgence de l'intervention n'est pas la même chez tous les patients d'une catégorie de diagnostic (ou d'interventions). C'est pourquoi il faut quand même un outil d'établissement des priorités. Le comité a donc recommandé d'adopter un point de repère sur les temps d'attente qui repose sur des catégories de priorités. Il a étudié aussi la possibilité d'établir un autre classement des patients dans une catégorie de priorité.

Points de repère relatifs au temps d'attente maximal acceptable

Le comité a concentré la discussion ainsi :

1. Il a tenu compte seulement des interventions prévues pour le moment. Il a reporté à une autre étude les problèmes urgents et émergents. Les patients dont l'intervention est prévue sont ceux qui ne sont généralement pas admis immédiatement après la consultation (c.-à-d. ceux qui sont renvoyés chez eux mais dont l'intervention chirurgicale peut être prévue à un calendrier). Même si des patients qui ont une fracture aiguë et des traumatismes des tissus mous (genou bloqué) sont renvoyés chez eux et si l'on inscrit une intervention au calendrier de la salle d'opération, nous avons exclu toutes les fractures aiguës et tous les traumatismes des tissus mous comme interventions prévues pour le moment.
2. On a étudié le TAMA de la référence à la consultation (attente pour une consultation) séparément du temps

d'attente entre la date de la décision d'opérer et celle de l'intervention (attente pour l'intervention chirurgicale).

Temps d'attente pour une consultation

Gains d'efficience par un meilleur filtrage des patients

Dans beaucoup de communautés, les chirurgiens orthopédistes reçoivent beaucoup de patients qui ne sont pas prêts à subir une intervention chirurgicale pour toutes sortes de raisons. Le comité a insisté sur les avantages que présente le filtrage des patients avant de les référer au bureau d'un chirurgien orthopédiste afin de maximiser l'efficience. Le comité a discuté des efforts déployés en Alberta, où l'on évaluera tout un éventail de problèmes chez les patients à des centres régionaux afin d'optimiser les soins non chirurgicaux et de les référer ensuite à un chirurgien au besoin. Les solutions de rechange comprennent une meilleure formation des prestataires de soins primaires au sujet de la prise en charge de problèmes orthopédistes et le bon endroit où référer un patient pour une intervention chirurgicale. Même s'il est clair qu'il faut donner plus de formation en orthopédie pendant la formation en médecine, il faudra des années encore pour que des changements se fassent sentir et l'on a considéré le concept des centres régionaux comme une option à privilégier.

Efficience et satisfaction des patients grâce aux auxiliaires chirurgicaux

Lorsqu'un patient présélectionné est référé pour une intervention chirurgicale, il y a beaucoup d'exams de routine qui pourraient être effectués par un adjoint au médecin (AM) ou un auxiliaire chirurgical (par exemple : revue des systèmes, allergies, médicaments et consignes préopératoires). Les données probantes aux États-Unis indiquent que les patients sont très satisfaits des AM et que leur présence en contexte clinique améliore la productivité des chirurgiens.

TAMA pour une consultation

Le comité recommande qu'aucun patient référé à un chirurgien orthopédiste n'ait à attendre plus de trois mois dans aucune circonstance. Cette recommandation repose sur les politiques d'autres administrations et le consensus dégagé au comité.

Attente pour une intervention chirurgicale (à la suite d'une décision prise mutuellement d'opérer après une consultation)

TAMA pour une intervention chirurgicale

Le comité recommande qu'aucun patient n'ait à attendre plus de six mois après que le patient et le chirurgien ont décidé mutuellement d'opérer. Ce TAMA pour une intervention

chirurgicale pour le patient est déterminé par la priorité qui lui est accordée (voir ci-dessous). Cette recommandation est fondée sur des politiques d'autres administrations et le consensus dégagé au comité.

Priorités

Après avoir étudié les outils disponibles utilisés dans d'autres administrations, le comité a décidé de recommander d'adopter un régime d'établissement des priorités semblable à celui qu'on utilise en Australie. La priorité est attribuée au moment où l'on réserve de l'intervention chirurgicale et elle fait partie du dossier du patient.

Priorité 1 : Dans une situation qui pourrait se détériorer rapidement et entraîner une admission d'urgence, il faudrait opérer dans un TAMA d'un mois.

Priorité 2 : Dans une situation qui cause de la douleur et de l'incapacité, mais qui risque peu de se détériorer rapidement au point d'entraîner une admission d'urgence, il faudrait opérer dans un TAMA de trois mois.

Priorité 3 : Dans une situation qui cause une douleur, une dysfonction ou une incapacité minimale et qui risque peu de se détériorer rapidement au point d'entraîner une admission d'urgence, il faudrait opérer dans un TAMA de six mois.

TAMA déterminé par le Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada

En février 2005, le Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada (PLAOC) a publié son rapport final, Moving Forward, où l'on décrit des points de repère TAMA pour l'arthroplastie de la hanche et du genou. Se fondant sur trois niveaux d'urgence pertinente sur le plan clinique, qui varient du moins urgent (Urgence 1) au plus urgent (Urgence 3), les auteurs du rapport proposent les temps d'attente maximaux acceptables suivants :

Urgence III (le plus urgent)	1 mois
Urgence II	3 mois
Urgence I (le moins urgent)	5 mois

Les niveaux d'urgence du PLAOC reposent sur les travaux effectués auparavant par le comité pour créer et valider un outil d'établissement des priorités. Ces travaux portent sur des populations de patients distinctes cliniquement et pertinentes (voir Annexe II).

Ces points de repère reposent principalement sur l'apport des cliniciens, des patients et du public. Des chirurgiens orthopédistes ont étudié des cas normalisés fondés sur les critères de priorité établis par le PLAOC et ont établi des temps d'attente maximaux acceptables. Des

patients évalués en fonction des critères d'établissement des priorités ont aussi recommandé un temps d'attente maximal acceptable fondé sur des cas comme de leur. Les membres du public n'ont peut être pas l'expérience des cliniciens ou des patients nécessaire pour porter des jugements directs sur le TAMA. C'est pourquoi on a utilisé, dans le rapport du PLAOC, une méthodologie indirecte selon laquelle les membres du public choisiraient différents scénarios cliniques tirés des critères d'établissement des priorités. L'analyse de ces réponses a permis de déterminer les TAMA du public. Les réponses des patients et des chirurgiens concordaient, tandis que les TAMA du public étaient plus longs. Le tableau qui suit présente les commentaires des cliniciens, des patients et du public au sujet des TAMA (tiré du rapport final 2005 du PLAOC, *Moving Forward*) :

	Clinicien	Patient	Public
Urgence III (le plus urgent)	1 mois	1 mois	7 mois
Urgence II	3,25 mois	2 mois	21,75 mois
Urgence I (le moins urgent)	6,5 mois	3 mois	36,75 mois

Classement relatif des patients

Dans chaque catégorie de priorité, les patients dont le cas est le plus urgent devraient idéalement subir une intervention chirurgicale avant ceux dont le cas est moins urgent, compte tenu de divers facteurs personnels, sociaux et morbides chez le patient.

Le comité a étudié de nombreux outils existants de classement des priorités et de la gravité de la maladie et a formulé les arguments suivants :

1. Il faut des outils d'établissement des priorités principalement lorsqu'il faut attribuer à des patients inscrits sur une longue liste d'attente une priorité en vue d'une intervention chirurgicale. Si tous les patients satisfont aux points de repère spécifiques à leur priorité, la nécessité de classer la gravité du problème et d'y attacher une priorité dans cette catégorie devient beaucoup moins importante.
2. On préfère les outils universels simples de classement des priorités. Il serait lourd d'utiliser un outil différent pour chaque problème.
3. Un outil idéal présenterait une plus grande uniformité chez les évaluateurs et entre eux et réduirait au minimum les «trucs».

Le comité a étudié les outils WOMAC et PLAOC notamment. On peut recueillir l'indice WOMAC pour tous les patients qui ont besoin d'une arthroplastie totale de la hanche et du genou comme outil d'évaluation de la gravité préopératoire qui peut servir à surveiller l'efficacité du traitement après l'intervention chirurgicale.

Le Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada (PLAOC) a mis au point un outil d'évaluation des priorités afin d'accorder une priorité aux patients qui attendent de subir une arthroplastie de la hanche et du genou (voir Annexe II). Même si l'on est toujours en train de valider l'outil, les données existantes l'appuient comme mesure de l'urgence établie par le médecin. Dans son rapport de février 2005, le PLAOC a adapté davantage cet outil pour les soins de santé primaires afin d'accorder aux patients référés à un chirurgien orthopédiste une priorité fondée sur l'urgence de leur cas.

À plus long terme, le comité reconnaît qu'il faut élaborer et valider des outils de tri des priorités des interventions orthopédistes autres que l'arthroplastie totale. Les outils spécifiques à un problème imposeraient un effort considérable à un chirurgien dont les cas sont variés. Le classement relatif des priorités pourra devenir de moins important à mesure que les temps d'attente raccourciront.

Observation des points de repère

Il n'est pas très utile d'établir des points de repère si l'on ne prévoit pas les politiques et les ressources nécessaires pour en assurer l'observation. Afin de surveiller l'efficacité d'une telle politique, il est impératif de mesurer périodiquement les temps d'attente réels. On prévoit que le nombre des personnes qui dépassent le TAMA finira éventuellement par tomber à zéro. Les politiques devraient prévoir des objectifs spécifiques à cet égard (c.-à-d. réduire de 50 % d'ici à l'an prochain le pourcentage des patients qui dépassent le TAMA).

Collecte de données sur les temps d'attente

Même s'il appuie la collecte et la divulgation publique de renseignements sur les temps d'attente, le comité réalise qu'un tel projet consomme énormément de ressources et l'Association canadienne d'orthopédie n'a pas les ressources nécessaires pour le faire elle-même.

Les registres des articulations appuyés en partie par l'ACO pourraient être des moyens de surveillance nationale des soins dispensés aux patients qui ont besoin d'une arthroplastie totale de la hanche et du genou, mais beaucoup d'autres interventions ne seraient pas surveillées et les patients en cause risquent de souffrir au détriment de programmes conçus pour améliorer l'accès aux soins pour les patients qui ont besoin d'une arthroplastie de la hanche et du genou. La collaboration avec les ministères et organismes fédéraux et provinciaux pourrait être le meilleur moyen d'atteindre les objectifs reliés à la collecte de données.

Le comité encourage les autorités à prévoir les ressources nécessaires pour recueillir des données sur les temps d'attente. La date de référence du patient, la réservation de l'intervention chirurgicale (date de la décision) et l'attribution d'une priorité au moment de la réservation sont d'autres renseignements qu'il faudra recueillir comme éléments du dossier médical. Il pourra être difficile d'assurer l'observation de la collecte de ces données d'un bout à l'autre du Canada. Exiger ces données au moment où l'on réserve une intervention chirurgicale pourrait être un moyen d'assurer la collecte de données complètes.

Divulgence des temps d'attente

Aperçu

L'accès public à l'information sur les temps d'attente intéresse les patients, les fournisseurs et les responsables des politiques. L'information régionale sur les temps d'attente et l'observation des points de repère relatifs au TAMA donneraient au public une idée de l'importance du problème que pose l'accès aux soins orthopédistes en général et mettraient aussi en évidence des disparités régionales possibles. Cette information pourrait ensuite servir à exercer, sur les responsables des politiques, des pressions afin d'obtenir les ressources nécessaires pour s'attaquer au problème. La disponibilité de données particulières aux chirurgiens donnerait aux patients et aux médecins traitants l'information nécessaire pour faire un choix éclairé au sujet du chirurgien à qui demander à référer le patient.

Le comité appuie le concept de l'accès public à l'information relative aux temps d'attente pour une consultation et une intervention chirurgicale selon la région et le chirurgien en particulier. Les renseignements doivent être exacts et mis à jour en temps opportun. Les données particulières aux chirurgiens pourraient être publiées sous forme de temps d'attente moyens ou médians et du pourcentage des patients qui doivent attendre plus longtemps que le TAMA. La publication des temps d'attente moyens dans le cas des chirurgiens qui ont des listes d'attente excessivement longues ou courtes peut présenter quelques aspects délicats et la diffusion d'information sur le pourcentage des patients qui doivent attendre plus longtemps que le TAMA peut être plus acceptable pour les chirurgiens tout en fournissant quand même de l'information utile au public.

Liberté de choix des patients

Le comité a tenu compte du fait que le patient peut décider d'attendre pour subir une intervention chirurgicale pratiquée par un chirurgien en particulier, même si celui-ci a beaucoup de patients qui doivent attendre plus longtemps que le TAMA. Si le patient a accès à d'autres prestataires dans la région et si les temps d'attente régionaux ne dépassent pas le point de repère, le patient pourrait se faire

traiter en temps opportun mais garder la capacité de choisir le prestataire de son choix.

Affectation des ressources

Idéalement, on affecterait des ressources aux régions où les points de repère ne sont pas respectés, ce qui pourrait être difficile à faire tout en maintenant l'équité et la justice. Comme on l'a signalé ci-dessus, le comité était convaincu qu'il fallait protéger la liberté de choix du patient. C'est pourquoi les patients peuvent décider de rester inscrits sur de longues listes d'attente à condition de savoir comment avoir accès à des soins plus rapidement. Il serait impossible de protéger l'équité si l'on mettait la majeure partie des ressources supplémentaires à la disposition spécifiquement des prestataires qui ont une longue liste d'attente au détriment des autres prestataires de la région. On pourrait de plus tromper un tel système en inscrivant des patients sur la liste d'attente au début du processus morbide si cela signifie que l'on affecterait plus de ressources aux chirurgiens en cause. Même si le comité a discuté en détail de ces questions, il n'a arrêté aucun plan clair de mise en œuvre au sujet de l'affectation de ressources aux régions qui ne respectent pas le point de repère TAMA.

Quels temps d'attente faudrait-il surveiller?

L'attention et les ressources consacrées à un problème risquent énormément d'avoir des effets indésirables sur les temps d'attente dans le cas d'autres interventions. Même s'il serait idéal de surveiller les temps d'attente à l'égard de chaque problème particulier imaginable, il est peut-être plus utile de surveiller l'observation des points de repère dans le cas d'interventions courantes et efficaces de divers sous-spécialités plutôt que d'interventions en particulier, du moins au début de la surveillance. On pourrait alors parler d'interventions «sentinelles». Nous sommes d'avis que les interventions sentinelles devraient :

- a. s'appliquer à un problème important sur lequel un traitement orthopédiste (chirurgie) a un effet bénéfique;
- b. s'appliquer à un problème relativement courant qui représente un pourcentage important des services ou du coût de l'orthopédie dans l'ensemble ou de la sous-spécialité en cause;
- c. être quantifiables et recueillies de façon routinière pour que l'on puisse suivre au fil du temps le nombre de personnes traitées en-deçà et au-delà du point de repère que constitue le TAMA (c.-à-d. dans la base de données de l'ICIS ou d'autres bases de données administratives ou de facturation).

Le comité a produit une liste d'interventions sentinelles possibles à suivre en fonction des critères ci-dessus et a proposé de la distribuer aux membres pour qu'ils l'étu-

dient et la modifient peut-être. En dressant la liste, nous avons tenu compte des 50 principales interventions de l'Ontario en fonction du coût et de la fréquence du service.

Liste des interventions :

1. Membres supérieurs : chirurgie contre l'instabilité
2. Membres inférieurs : arthroplastie de la hanche et du genou
3. Colonne : dissectomie lombaire
4. Pédiatrie : scoliose, pied bot, DDH
5. Médecine sportive : réparation de ligaments
6. Pied et cheville : reconstruction de l'avant-pied, y compris oignons
7. Traumatismes non aigus : non-fusions, cals vicieux

Questions légales

Si les payeurs, les administrateurs d'hôpital, les fournisseurs et les patients s'entendent sur un délai précis pour traiter un problème en particulier, il s'ensuit que l'on peut exercer des pressions sur les payeurs et les administrateurs pour qu'ils fournissent le temps en salle d'opération et les ressources nécessaires pour assurer qu'il est possible de respecter les délais. Si l'on a mis en place un système de surveillance des temps d'attente, on peut évaluer au fil du temps l'effet d'initiatives stratégiques visant à assurer que les ressources sont rendues disponibles d'une façon rentable.

On craint toujours que les lignes directrices servent à tenter des poursuites en justice ou punir ceux qui n'ont pas fourni le traitement dans le délai prévu. Que se passera-t-il si un chirurgien n'opère pas un patient dans le délai suggéré même si les ressources suffisantes sont disponibles? Est-il responsable de toute conséquence indésirable que le patient a pu subir? On n'a jamais réussi à se fonder sur des lignes directrices pour tenter une poursuite à des fournisseurs. Même si cette préoccupation est théorique, il est beaucoup plus probable que les points de repère aideront nos patients au lieu de nuire aux prestataires de soins. Nous devons aussi faire preuve de prudence et indiquer aux utilisateurs des guides qu'il faut personnaliser chaque circonstance jusqu'à un certain point et que le point de repère est tout simplement un guide.

Le comité a obtenu des avis juridiques qu'il a transmis à la direction de l'ACO pour étude.

Étude documentaire

Outre les publications portant sur de nouveaux problèmes (comme le syndrome de loge, l'ischémie, etc.), on a publié peu de données sur l'effet qu'un traitement retardé aura sur des problèmes orthopédistes autres qu'une arthroplastie totale.

Les données tirées des publications indiquent que l'accès en temps opportun à une arthroplastie totale est avan-

tageux sur les plans tant clinique que financier.

On a établi un lien entre une arthroplastie totale rapide et de meilleurs résultats fonctionnels. Fortin et al. (2002) ont suivi un groupe de patients qui ont subi une ATH/ATG à Boston et à Montréal pour évaluer la douleur et la fonction en utilisant l'indice WOMAC et le questionnaire SF-36 au départ, six mois et deux ans plus tard.

L'atténuation de la douleur et l'amélioration de la fonction deux ans après sont semblables à celles qu'on a observées à six mois. En outre, les patients dont l'indice WOMAC et le questionnaire SF-36 étaient plus mauvais au départ présentaient une fonction comparativement plus mauvaise six mois et deux ans après l'intervention chirurgicale. Les chercheurs ont conclu qu'une intervention chirurgicale rapide au début du déclin fonctionnel est justifiée. À la suite d'une étude antérieure, Fortin et al. (1999) ont aussi indiqué que des patients qui ont subi une ATH/ATG et avaient une meilleure fonction avant l'intervention chirurgicale en avaient une meilleure aussi six mois après.

Dans leur étude sur l'arthroplastie de la hanche (à partir d'une base de données administratives Medicare à Minneapolis), Holtzman et al. (2002) ont repris les constatations de Fortin et al. Ils ont mesuré le niveau d'activité, la douleur, la capacité de marcher et d'exécuter des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). Dans tous les cas, les patients qui étaient en plus mauvais état avant l'intervention étaient plus susceptibles d'être moins bien un an après. Ils concluent que les patients plus susceptibles de bénéficier d'une arthroplastie totale de la hanche sont ceux dont l'état préopératoire est plus grave. On établit quand même un lien entre l'état préopératoire supérieur et de meilleurs résultats.

Aussi au cours d'une étude réalisée en 2002, Hajat et al. ont reconnu que les mesures de la douleur et de la fonction donnent des résultats plus mauvais un an plus tard chez les patients dont le score est plus mauvais avant l'ATH. Les patients qui ont attendu plus de 12 mois pour consulter un chirurgien ou pour subir l'intervention chirurgicale présentaient des mesures de la douleur et de la fonction beaucoup plus mauvaises 12 mois après l'ATH.

L'état de santé se détériore pendant qu'on attend une intervention chirurgicale. Killi et al. (2003) indiquent que les scores de Harrison pour la hanche diminuent considérablement en fonction du temps passé sur la liste d'attente pour une ATH. Selon l'étude, le temps médian d'attente pour une intervention chirurgicale est de 333 jours. Les chercheurs concluent que l'état des patients qui ont besoin d'une arthroplastie totale de la hanche se détériore pendant qu'ils attendent. Les temps d'attente devraient être aussi courts que possible afin de réduire les souffrances inutiles. Mahon et al. (2002) concluent que les patients qui attendent plus de six mois pour subir une ATH risquent des pertes de QVLS et de mobilité importantes sur le plan clinique.

On sait très bien que l'amplitude du mouvement du genou diminue à mesure que l'arthrite s'aggrave chez un patient. On sait aussi que l'amplitude du mouvement produite par une ATG est déterminée principalement par celle qui existait avant l'intervention. C'est pourquoi les patients qui attendent longtemps pour subir une ATG risquent d'aboutir avec une amplitude de mouvement moindre que celle qu'ils auraient pu obtenir si l'on n'avait pas retardé leur intervention chirurgicale.

Saleh et al (1997) ont procédé à une analyse économique pour déterminer s'il y a des avantages financiers à procéder à une ATH plus rapidement au lieu de laisser attendre les patients. Ils concluent qu'une intervention chirurgicale en temps opportun pourrait entraîner d'importantes économies en ressources.

Bibliographie

- Fortin PR, Penrod JR, Clarke AE, St-Pierre Y, Joseph L, Belisle P, Liang MH, Ferland D, Phillips CB, Mahomed N, Tanzer M, Sledge C, Fossel AH, Katz JN. Timing of total joint replacement affects clinical outcomes among patients with osteoarthritis of the hip or knee. *Arthritis Rheum* 2002;46(12):3327-30
- Fortin PR, Clarke AE, Joseph L, Liang MH, Tanzer M, Ferland D, Phillips C, Partridge AJ, Belisle P, Fossel AH, Mahomed N, Sledge CB, Katz JN. Outcomes of total hip and knee replacement: preoperative functional status predicts outcomes at six months after surgery. *Arthritis Rheum* 1999;42(8):1722-8
- Hajat S, Fitzpatrick R, Morris R, Reeves B, Rigge M, Williams O, Murray D, Gregg P. Does waiting for total hip replacement matter? Prospective cohort study. *J Health Serv Res Policy* 2002;7(1):19-25

- Holtzman J, Saleh K, Kane R. Effect of baseline functional status and pain on outcomes of total hip arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am* 2002;84-A(11):1942-8
- Kili S, Wright I, Jones RS. Change in Harris hip score in patients on the waiting list for total hip replacement. *Ann R Coll Surg Engl* 2003;85(4):269-71
- Mahon JL, Bourne RB, Rorabeck CH, Feeny DH, Stitt L, Webster-Bogaert S. Health-related quality of life and mobility of patients awaiting elective total hip arthroplasty: a prospective study. *JAMC* 2002;167(10):1115-21
- Saleh K, Wood KC, Gafni A, Gross AE. Immediate surgery versus waiting list policy in revision total hip arthroplasty: an economic evaluation *J Arthroplasty* 1997;12(1):1-10.

Remerciements

Comité des normes nationales

Président	D ^r Hans Kreder
Coprésident	D ^r Ted Rumble
Membres	D ^r Nelson V. Greidanus M David Pitman D ^r Steven MacDonald D ^r Sylvain Gagnon D ^r Victor deKorompay D ^r Peter Rockwood D ^r Andrew Berkshire D ^r Brendan Lewis D ^r Keith Stothers D ^r Nizar Mahomed D ^r Michel Fallaha D ^r Peter MacDonald

Annexe I : Comparaison internationale : TAMA

Suède	<ul style="list-style-type: none"> - garantie nationale pour les consultations en soins primaires (le patient dont le cas n'est pas urgent devrait obtenir une consultation dans les sept jours) - la référence à un spécialiste ne devrait pas prendre plus de 90 jours - on prévoit mettre en œuvre une garantie limitant à trois mois le temps d'attente maximal pour tous les traitements électifs.
Nouvelle-Zélande	<ul style="list-style-type: none"> - temps d'attente maximal de six mois pour une première évaluation par un spécialiste - tous les patients auxquels on peut donner satisfaction au moyen des ressources (financières) disponibles subissent une intervention chirurgicale dans les six mois de l'évaluation (décision de traiter)
Finlande	<ul style="list-style-type: none"> - il n'y a actuellement aucune garantie relativement aux temps d'attente maximaux - des pourparlers portent sur de telles initiatives pour l'avenir
Irlande	<ul style="list-style-type: none"> - il n'y a aucune garantie sur les temps d'attente en Irlande - dans un document stratégique de 2001, le gouvernement a présenté les objectifs suivants : <ul style="list-style-type: none"> - fin 2002 — attente de 12 mois - fin 2003 — attente de six mois - fin 2004 — attente de trois mois
Espagne	<ul style="list-style-type: none"> - le service de santé de chaque région fixe la garantie sur les temps d'attente maximaux en Espagne - le temps d'attente maximal est fixé à six mois, sauf dans le cas de la chirurgie cardiaque
Australie	<ul style="list-style-type: none"> - les patients du secteur public qui ont besoin d'une intervention chirurgicale élective sont affectés à une catégorie de chirurgie élective - catégorie 1 : admission dans les 30 jours souhaitable pour un problème qui pourrait se détériorer rapidement au point où le cas peut devenir urgent. - catégorie 2 : admission dans les 90 jours souhaitable pour un problème qui cause de la douleur, une dysfonction ou une incapacité, qui ne risque pas de se détériorer rapidement ou de devenir une urgence. - catégorie 3 : admission à un moment acceptable pour un problème qui cause une douleur, une dysfonction ou une incapacité minime ou nulle, qui risque peu de se détériorer rapidement et qui ne peut pas devenir une urgence.
Royaume-Uni	<ul style="list-style-type: none"> - Limiter à quatre mois au maximum (17 semaines) le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous en service externe et réduire à moins de 13 semaines le temps d'attente pour les patients en service externe avant mars 2004, avant que l'on progresse vers un délai maximal de trois mois pour obtenir un rendez-vous en service externe au plus tard en décembre 2005. - Plafonner à neuf mois le temps d'attente maximal pour tous les patients en service externe et réduire de 40 % avant mars 2004 le nombre de patients en service interne qui attendent six mois pendant que l'on réalise des progrès pour plafonner à six mois le temps d'attente pour les patients en service interne avant décembre 2005 et à trois mois au plus tard en 2008. Ces mesures assureront une réduction globale de la liste d'attente totale et une réduction d'au moins 80 % avant mars 2005 du nombre de patients en service interne qui attendent plus de six mois par rapport au niveau de référence de mars 2004. - Dans tous les autres cas de traitement en service interne et de jour, y compris le traitement orthopédiste, le temps d'attente maximal était de 18 mois pour 2004–2005, mais le 30 juin 2004, le ministre a annoncé que l'on étendra le régime de la deuxième offre afin d'appuyer un temps d'attente maximal de 12 mois avant la fin de mars 2005.
Saskatchewan	<ul style="list-style-type: none"> - chirurgie élective - une semaine : genou bloqué, tumeur maligne de l'os, réduction secondaire d'une fracture, défaillance d'un implant (fracture et infection), quelques cas de traumatismes nerveux périphériques - deux semaines : déchirure aigue d'un tendon important ou du ménisque chez des athlètes actifs, protrusion aiguë récente d'un disque lombaire avec paralysie, parésie ou douleur sévère, quelques cas de défaillance d'implants et traumatismes de nerfs périphériques - six semaines : arthroplastie choisie (polyarthrite, maladie bilatérale, révision ou, lorsque c'est indiqué par une maladie concomitante, dislocation répétitive d'une articulation totale, infection sous-aiguë d'un implant, dislocation congénitale de la hanche, hernie discale de routine, réparation de la coiffe des rotateurs, arthroscopie du genou - trois mois : correction d'un pied bot, reconstruction de ligaments croisés antérieurs, acromioplastie de l'épaule, arthroplasties choisies, arthrodèse choisie - six mois : toutes les interventions chirurgicales électives

Annexe II : Élaboration de critères d'établissement des priorités pour l'arthroplastie de la hanche et du genou : résultats du Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada

Journal canadien de chirurgie 2003;46(4):290-6.

Arnett G, Hadorn DC; Comité directeur du Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada

Reproduit avec la permission d'AMC Médias Inc.

*Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada,
Groupe de l'arthroplastie de la hanche et du genou,
Edmonton, AB*

INTRODUCTION: On a constitué le Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada (PLAOC), partenariat financé par le gouvernement fédéral et regroupant 19 organismes, afin de mettre au point des outils de gestion des listes d'attente. Le groupe de l'arthroplastie de la hanche et du genou du PLAOC était l'un des cinq groupes constitués dans le contexte du projet. **MÉTHODES :** Le groupe a mis au point une série de critères cliniques normalisés d'établissement des priorités entre les patients qui attendent de subir une arthroplastie de la hanche ou du genou et il en a fait l'essai. Les critères ont été appliqués à 405 patients de 4 provinces. On a effectué une analyse de régression pour déterminer l'ensemble des critères de pondération qui, collectivement, prédisaient le mieux les indices d'urgence globale des cliniciens. La fiabilité a été évaluée entre les évaluateurs et en vertu de la méthode du

test-retest au moyen des six entrevues de patients enregistrées sur vidéo, auxquelles des chirurgiens orthopédistes, des membres de professions connexes et des omnipraticiens ont attribué des cotes. **RÉSULTATS :** Les critères relatifs à la priorité ont compté pour plus des deux tiers de l'écart observé dans les indices d'urgence globale ($R^2 = 0,676$). Le groupe a modifié les critères de pondération en se fondant sur les résultats empiriques et le jugement clinique. Les critères relatifs à la priorité de l'outil sur l'arthroplastie de la hanche et du genou étaient parmi les plus fiables des cinq instruments mis au point dans le cadre du PLAOC. **CONCLUSIONS :** Le groupe a jugé que les critères étaient faciles à utiliser et reflétaient assez fidèlement le jugement chirurgical des experts en ce qui concerne l'urgence clinique d'une arthroplastie de la hanche ou du genou. Il semble justifié de pousser plus loin le développement et l'essai de l'outil.

On peut obtenir d'autres renseignements en consultant le site web du Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada, à www.wcwl.ca.

Association canadienne des radio-oncologues

Définition des temps d'attente en radiothérapie

Par : Comité de la main-d'œuvre et des normes de soin en radio-oncologie, Septembre 2000

1. L'intervalle écoulé entre la date de *la première référence en radio-oncologie* et celle de la *consultation en radio-oncologie* reflète le temps pendant lequel il faut attendre pour obtenir une consultation en radio-oncologie. Ce délai ne devrait pas dépasser 10 jours ouvrables.
2. Dans le cas des traitements de routine administrés par une seule technique, l'intervalle écoulé entre la *date de la commande de radiothérapie* OU la *date de la consultation en radio-oncologie*, selon l'échéance la plus tardive, et le *premier jour de traitement* reflète le temps d'attente en radiothérapie.
3. Dans le cas des traitements administrés par de multiples techniques, l'intervalle écoulé entre la date cible de début de la RT et le premier jour de traitement indique le temps d'attente en radiothérapie.
4. Le temps d'attente en radiothérapie ne devrait pas dépasser 10 jours ouvrables.
5. Comme indicateur de qualité, les centres de radiothérapie peuvent indiquer à intervalles périodiques *le nombre* OU *le pourcentage de patients qui ont attendu plus de 10 jours ouvrables* pour obtenir une consultation en radio-oncologie ou une radiothérapie.

F. Wong, MD

Président, Comité de la main-d'œuvre et des normes de soin en radio-oncologie

Présenté/accepté Conseil d'administration de l'ACRO, le 21 septembre 2000

Présenté/accepté membres de l'ACRO, le 22 septembre 2000.

Société canadienne d'ophtalmologie

Introduction

L'Alliance sur les temps d'attente est un groupe de travail de l'Association médicale canadienne et de six associations nationales de spécialité médicale les plus directement touchées par l'annonce récente du gouvernement fédéral, qui a décidé d'affecter 5,5 milliards de dollars pour raccourcir les temps d'attente dans des domaines désignés. La Société canadienne d'ophtalmologie (SCO) est heureuse d'appartenir à l'Alliance et de pouvoir formuler des commentaires sur l'affectation de ressources supplémentaires visant à raccourcir les temps d'attente pour des interventions de rétablissement de la vision. La SCO a choisi de concentrer ses commentaires sur la durée des périodes pendant lesquelles il faut attendre pour subir une chirurgie de la cataracte puisque c'est le domaine qui touche le plus de Canadiens et pour lequel le plus de patients attendent une intervention chirurgicale afin de retrouver la vision.

Méthodologie

Dans le contexte de son rôle dans l'Alliance, la SCO a créé un sous-comité des temps d'attente qu'elle a chargé d'étudier les documents disponibles et de formuler une recommandation au sujet d'une période d'attente médicalement acceptable pour une chirurgie de la cataracte. Le comité réunissait des représentants de toutes les régions du Canada et comptait plusieurs membres qui avaient déjà participé à des études sur les temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte, comme le Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada (PLAOC). Le comité s'est fié énormément à une étude documentaire détaillée sur la question entreprise auparavant dans le contexte du PLAOC. Le Conseil des affaires provinciales de la SCO, comité constitué des présidents des associations provinciales d'ophtalmologie, a ensuite étudié le rapport du comité, que le conseil d'administration de la SCO a modifié encore par la suite et a approuvé.

Points de repère

La Société canadienne d'ophtalmologie est d'avis que 16 semaines représentent une période d'attente raisonnable médicalement acceptable pour une chirurgie de la cataracte importante pour la vision. Il faudrait idéalement pratiquer 90 % des interventions chirurgicales en deçà de ce délai repère. On croit qu'il faudrait avancer la chirurgie dans les

cas plus prioritaires et raccourcir la période d'attente proportionnellement à la priorité relative. Depuis que la SCO a formulé cette recommandation, l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) recommande 16 semaines comme point de repère pour les temps d'attente approprié pour une chirurgie de la cataracte (www.ices.on.ca/file/Chp4_v5.pdf). Ce point de repère de 16 semaines tient compte seulement de la période écoulée entre le moment où le patient et le chirurgien conviennent de procéder à l'intervention chirurgicale et celui où celle-ci est pratiquée. Il n'inclut pas le temps pendant lequel le patient a dû attendre pour être référé par son médecin de premier recours et son optométriste, période qui dure jusqu'au moment où il a pu consulter l'ophtalmologiste. Même s'il n'y a pas de données pour toutes les régions du pays où des données sont disponibles, il existe un écart important entre le point de repère proposé et les temps d'attente actuels. En Saskatchewan et à l'Île-du-Prince-Édouard, moins de 25 % des patients subissent leur intervention chirurgicale dans les 16 semaines. Au Manitoba, 45 % des patients et en Ontario, 50 %, réussissent à la subir dans les 16 semaines. Il y a aussi une énorme variation régionale dans les provinces qui fait qu'en Alberta, par exemple, les temps d'attente entre chirurgiens peuvent varier de quelques semaines seulement jusqu'à 18 mois.

Point de repère pour d'autres interventions

En ophtalmologie, il y a d'importants problèmes de temps d'attente pour d'autres problèmes médicaux en plus de la chirurgie de la cataracte. La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMA) est la principale cause de perte de vision sévère et irréversible chez les patients de plus de 50 ans dans de nombreux pays occidentaux. Pour la majorité des patients qui ont ce problème, les traitements disponibles sont limités et ils perdent leur vision centrale lentement et graduellement. Il y a environ 10 % des patients qui ont une DMA dite «humide» : il se forme, sous la rétine endommagée, de nouveaux vaisseaux sanguins fragiles qui peuvent se rompre facilement, ce qui entraîne une perte soudaine et catastrophique de la vision. On a démontré que l'administration d'un agent photosensibilisateur suivie d'un traitement au laser scelle les vaisseaux fragiles en question et réduit considérablement la perte de vision. À l'heure actuelle, les provinces ne financent pas toutes ce traitement. De plus, dans certaines provinces où il est financé, les temps d'attente

pour une angiofluorographie (examen de diagnostic nécessaire pour confirmer la présence de ces vaisseaux anormaux) sont tellement longs (p. ex., 5 mois au Manitoba) que beaucoup de patients perdent définitivement la vision pendant qu'ils attendent une confirmation de leur diagnostic. À cause du manque de main-d'œuvre, il est parfois difficile d'accueillir rapidement en consultation des patients qui ont subi une perte aiguë de la vision. Même si de nouvelles technologies pourraient accélérer le dépistage, elles ne sont pas subventionnées dans toutes les provinces.

La prestation de services d'ophtalmologie en pédiatrie constitue un autre problème. La plupart des provinces connaissent une pénurie importante d'ophtalmologistes en pédiatrie. On reconnaît que les enfants qui ont un strabisme convergent devraient idéalement subir une correction chirurgicale avant l'âge d'un an. À cause de pénuries d'ophtalmologistes en pédiatrie et du manque de temps en salle d'opération, il arrive souvent que l'intervention n'est pas pratiquée à temps, ce qui entraîne une perte de vision. De même, comme il faut attendre longtemps pour obtenir une première consultation en cabinet (p. ex., neuf mois au Manitoba) à cause de la présence non reconnue de cataractes, certains enfants qui ont un strabisme convergent perdent une partie de leur vision à cause de la longueur des délais. Le dépistage de la rétinopathie du prématuré constitue un problème important dans certaines provinces.

Questions de mise en œuvre

i) Problèmes de ressources humaines du secteur de la santé

Le besoin d'un plus grand nombre d'ophtalmologistes constituera à long terme notre principal problème de ressources humaines du secteur de la santé à cause du vieillissement de la population et des ophtalmologistes, de la réduction de presque de moitié du nombre d'ophtalmologistes formés par année au Canada au cours des 20 dernières années, ainsi que des projections selon lesquelles le nombre d'ophtalmologistes par habitant diminuera de moitié au cours des 20 prochaines années (www.eyesite.ca/francais/romanow.html). Le nombre de postes de formation a augmenté légèrement à l'échelon national au cours de l'année écoulée, mais il ne suffit toujours pas pour éviter cette crise à venir. À court terme, plusieurs provinces indiquent que le manque d'infirmières en salle d'opération ou de techniciens spécialisés en ophtalmologie constitue le facteur contraignant qui détermine le nombre de chirurgies de la cataracte qu'il est possible de pratiquer. Les pénuries d'anesthésiologues ont entraîné l'annulation de listes d'interventions dans certains domaines.

ii) Infrastructure

Le problème n'est pas majeur dans la plupart des provinces

pour le moment dans le cas de la chirurgie de la cataracte. Le Manitoba a besoin d'une salle d'opération spécialisée de plus et l'Î.-P.-É. attend avec impatience l'établissement d'un centre de soins ambulatoires qui répondra à ses besoins. Dans certaines régions, on manque de temps en salle d'opération pour l'ophtalmologie pédiatrique et la chirurgie de la rétine.

iii) Structures organisationnelles

Les améliorations de l'efficacité de l'utilisation des salles d'opération pourraient permettre de pratiquer plus d'interventions dans certains contextes. Des salles d'opération et des infirmières ou des techniciens spécialisés en ophtalmologie optimisent les efficacités.

iv) Médecins de famille

Les médecins de famille jouent un rôle important dans l'identification de leurs patients qui ont des problèmes médicaux à faire évaluer par un ophtalmologiste. Des médecins de famille participent actuellement à la chirurgie de la cataracte en procédant à un examen préopératoire pour assurer que leur patient peut subir l'intervention. Ils modifient aussi au besoin des médicaments comme les anticoagulants. On n'envisage pas d'autre rôle précis qu'ils pourraient jouer et qui pourrait améliorer la prestation de la chirurgie de la cataracte.

v) Lignes directrices chirurgicales

La Colombie-Britannique a des lignes directrices provinciales sur la chirurgie de la cataracte (www.health-services.gov.bc.ca/msp/protoguides/gps/cat.pdf), tandis qu'à l'échelon national, la plupart des ophtalmologistes suivent celles de l'American Academy of Ophthalmology. Les lignes directrices de l'AAO (www.aao.org/education/library/ppp/loader.cfm?url=/commonspot/security/getfile.cfm&PageID=1247) sont en général approuvées, mais elles ne fixent pas de seuil précis pour une intervention chirurgicale. Elles indiquent plutôt que la chirurgie est appropriée lorsque la cataracte cause un déficit fonctionnel important au patient.

vi) Questions d'utilisation

La SCO ne croit pas que l'on pratique actuellement au Canada de chirurgies de la cataracte excessives ou inappropriées. Une partie de la demande de chirurgie est toutefois liée au risque de perte du permis de conduire. La SCO a recommandé, pour la conduite automobile au Canada, de nouvelles normes sur la vision qui réduiraient ce type de demande. Des données limitées indiquent que l'exposition aux rayons ultraviolets favorise l'apparition de cataractes et c'est pourquoi le fait d'encourager les gens à porter des lunettes fumées au soleil peut avoir un effet minime sur le volume de chirurgies de la cataracte. La demande est plus

susceptible d'augmenter à cause de l'évolution démographique projetée de la population.

vii) Autres questions de mise en œuvre

- On utilise plusieurs façons d'établir des priorités dans le cas de la chirurgie de la cataracte dans le monde. Celles qu'on utilise au Canada depuis des années sont le programme des listes d'attente pour la cataracte de Misericordia (*JAMC* 2001;164:1177-80) et le système d'établissement des priorités pour la cataracte découlant du Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada (www.wcwl.ca/media/pdf/library/prioritization_tools.5.pdf). On est en train d'élaborer d'autres modèles dans d'autres provinces. Nous ne croyons pas pour le moment avoir besoin d'un outil d'établissement de priorités entre les spécialités.
- Le maintien d'une liste d'attente centralisée dressée au moyen d'un outil d'établissement de priorités aidera à gérer les temps d'attente. Pour le moment, on n'appuie pas la mise en commun des listes d'attente dans le secteur de l'ophtalmologie.
- Il est difficile de prévoir combien il faudra de temps pour que 90 % de la population reçoive des soins dans le délai proposé si l'on nous fournit les ressources financières nécessaires parce que les données disponibles à l'échelon national sont limitées. Au Manitoba, si l'on suppose que le taux de présentation de formulaires de réservation pour une chirurgie de la cataracte demeure le même, avec l'ajout du temps d'opération supplémentaire demandé grâce aux transferts fédéraux-provinciaux consacrés aux temps d'attente, on prévoit qu'il faudra cinq ans pour que 90 % de la population subisse son intervention chirurgicale dans les 16 semaines recommandées.
- Il n'est pas possible de projeter à l'échelon national ce qu'il en coûtera pour respecter les points de repère parce que les données sont limitées pour le moment. Chaque cas coûte actuellement quelque 750 \$ pour l'hôpital plus les honoraires du chirurgien, les frais de biométrie (échographie ou autres mesures visant à déterminer la puissance nécessaire de l'implant artificiel), les honoraires de l'anesthésiste et le coût de l'examen préopératoire par le médecin de famille, sans oublier les examens de laboratoire

imposés par la province avant l'intervention chirurgicale.

- L'imagerie diagnostique n'est pas nécessaire pour une chirurgie de la cataracte et il n'est donc pas nécessaire de l'intégrer dans la planification pour atteindre le point de repère.

Surveillance des progrès

- La première mesure à prendre pour surveiller l'atteinte des points de repère consistera à mettre en œuvre des systèmes de listes d'attente centralisées à l'échelon de la province. La collecte de données provenant des listes centralisées permettra de suivre les progrès. Si l'on n'atteint pas les points de repère, il reviendra à la section provinciale d'ophtalmologie de collaborer avec les deux paliers de gouvernement pour essayer de déterminer les obstacles qui ont empêché d'atteindre les points de repère et de les surmonter. La responsabilité relative à l'atteinte des points de repère ne nous cause aucune préoccupation. Il faudrait revoir les points de repère aux cinq ans pour assurer qu'ils demeurent courants.
- Nous ne croyons pas que l'attention accordée à l'atteinte des points de repère proposés jouera au détriment de la réduction de l'accès à d'autres interventions. C'est pourquoi nous sommes d'avis qui est tellement important d'augmenter le nombre d'ophtalmologistes au Canada et non seulement que ceux qui pratiquent consacrent plus de temps à la chirurgie de la cataracte. Nous croyons aussi que les efforts visant à atteindre les points de repère doivent être graduels de façon à minimiser leur impact perturbateur sur les soins d'autres problèmes d'ophtalmologie.

Remerciements

D^r Lorne Bellan, président, Winnipeg (Man.)
D^r Gilles Cormier, Moncton (N.-B.)
D^r Michel Laflamme, Lachine (Qué.)
D^r Suren Sanmugasunderam, Vancouver (C.-B.)
D^r Brent MacInnis, Ottawa (Ont.)
M. Hubert Drouin, directeur général, SCO, Ottawa (Ont.)

Points de repère pour les délais d'attente en vue de services et d'interventions cardiovasculaires

Rapport présenté à l'Alliance sur les temps d'attente
par le Groupe de travail sur l'accès aux soins de la SCC
27 juillet 2005

Résumé

L'Alliance canadienne pour l'accès en temps opportun (l'Alliance) se compose de l'Association médicale canadienne (AMC)* et des sociétés de spécialité médicale qui représentent les cinq domaines prioritaires, désignés par les premiers ministres du Canada afin d'améliorer l'accès aux services de santé. L'Alliance a entrepris de fixer des délais d'attente pancanadiens en se fondant sur des données pertinentes et sur l'expertise clinique pour établir des points de repère raisonnables.

En tant que membre de l'Alliance, la Société canadienne de cardiologie (SCC) a dû déterminer, à la demande de l'Alliance, des points de repère sur les temps d'attente pour la prestation des principaux services et interventions en cardiologie. Afin de répondre à la demande, le Groupe de travail sur l'accès aux soins de la SCC a formé sept sous-groupes pour qu'ils établissent des points de repère sur les temps d'attente et des catégories d'urgence pour toute la gamme de services et d'interventions cardiovasculaires, offerts aux adultes. La présent rapport constitue la somme des rapports définitifs, préparés par chacun des sous-groupes. Tous ces rapports sectoriels seront accessibles sur le site Web de la SCC (www.ccs.ca).

La SCC croit que les listes d'attente sont un élément acceptable, et en fait essentiel, d'un système de santé public efficace, mais qu'une mauvaise gestion de ces listes ne répondant pas aux besoins des patients pourrait bien en sonner le glas. Le système de soins de santé au Canada a cruellement besoin de normes nationales et d'une approche efficace de la gestion des listes d'attente pour pouvoir offrir un accès aux soins en temps opportun.

Les listes d'attente doivent être axées sur les besoins des patients et reposer sur des points de rencontre mesurables avec le système de santé. Idéalement, le temps écoulé devrait se calculer à partir de l'apparition des symptômes jusqu'au traitement et à la réadaptation. Toutefois, en cardiologie, il n'existe pas de moyen fiable de retracer l'apparition des symptômes à partir des dossiers médicaux. Aussi la première consultation médicale (auprès d'un omnipraticien ou d'un spécialiste, à l'urgence ou au moment de l'hospitalisation) marque-t-elle le point de départ mesurable de l'attente.

Les délais d'attente doivent tenir compte de l'accès aux spécialistes et aux examens appropriés, qu'ils soient effractifs («invasive») ou non effractifs, de même qu'aux traitements définitifs, par exemple une intervention chirurgicale ou une intervention percutanée. À cela s'ajoutent les nouvelles techniques de diagnostic comme les explorations électrophysiologiques, les nouvelles interventions comme les ablations de tissu par courant de radiofréquence et les interventions salvatrices comme la pose de stimulateurs cardiaques ou de défibrillateurs implantables. Enfin, si l'on admet que les maladies cardiovasculaires sont des maladies chroniques, il faut inclure également, dans les délais d'attente, l'accès aux programmes de gestion des soins thérapeutiques comme les services spécialisés dans le traitement de l'insuffisance cardiaque ou les programmes de réadaptation et de modification des facteurs de risque.

L'établissement des priorités doit reposer sur les besoins des patients, définis en fonction du degré d'urgence à partir de critères objectifs afin de réduire le plus possible les risques de morbidité et de mortalité pendant l'attente.

Portée du rapport

Le rapport met l'accent sur l'accès en temps opportun aux services et aux interventions cardiovasculaires, et ce, tout le long du continuum de soins, depuis la consultation et le diagnostic jusqu'au traitement et à la réadaptation. Cette approche suit le cheminement normal des patients et reflète toutes les périodes d'attente que ceux-ci connaissent à partir de l'apparition des symptômes jusqu'au traitement et à la réadaptation.

Il existe différents types de maladies cardiovasculaires, par exemple :

- la coronaropathie, lorsqu'au moins une des artères coronaires est obstruée;
- les valvulopathies, lorsqu'au moins une des valves du cœur ne fonctionnent pas correctement;
- l'insuffisance cardiaque chronique, lorsque le cœur est incapable de pomper suffisamment de sang pour répondre aux besoins de l'organisme;
- l'arythmie, lorsqu'il y a perturbation (ralentissement ou accélération) du rythme régulier des battements du cœur;

* On peut trouver la liste d'acronymes utilisées dans ce rapport à la page 97.

- les cardiopathies congénitales;
- les affections du myocarde, du péricarde et des gros vaisseaux.

Des points de repère quant aux délais d'attente s'imposent pour toutes les interventions diagnostiques et thérapeutiques nécessaires au traitement de ces maladies. Aussi le présent document englobe-t-il le cathétérisme cardiaque, l'imagerie nucléaire, les explorations électrophysiologiques, les interventions coronariennes percutanées, les pontages coronariens, la chirurgie valvulaire, la pose de stimulateurs cardiaques et de défibrillateurs ainsi que les ablations de tissu par voie percutanée.

Méthode

Le Groupe de travail sur l'accès aux soins de la SCC a mis sur pied des sous-groupes de travail pour qu'ils élaborent des points de repère sur les temps d'attente dans sept champs d'activité. Chaque sous-groupe comptait de six à huit médecins représentant différentes disciplines et provenant de toutes les régions du Canada.

Chaque sous-groupe a suivi, dans la mesure du possible, la méthode suivante :

- trouver des spécialistes compétents, prêts à participer au travail du sous-groupe, tout en s'assurant d'une représentation adéquate des surspécialités médicales concernées et des différentes régions du Canada;
- procéder à un examen de la documentation sur les temps d'attente et l'accès aux soins;
- procéder, s'il y avait lieu, à un examen des lignes directrices en matière de pratique clinique et des normes sur les temps d'attente et l'accès aux soins;
- mener une enquête auprès de différents centres au Canada sur les délais d'attente actuels;
- établir, données à l'appui, un consensus sur des délais d'attente acceptables;
- constituer un deuxième groupe de travail (composé en général d'une association canadienne intéressée au domaine) pour recueillir d'autres commentaires sur les délais d'attente proposés à la grandeur du pays.

Dans les cas où la documentation à l'appui était peu abondante, les sous-groupes ont veillé à établir un processus de concertation faisant appel à un groupe élargi de parties intéressées ayant une vue d'ensemble sur le domaine. Quarante-neuf médecins et experts en soins de santé connexes ont travaillé dans les sous-groupes pour atteindre un premier consensus sur les points de repère quant aux délais d'attente. Chaque sous-groupe a rédigé un rapport préliminaire faisant état de la recherche, de l'analyse, du processus de concertation et des points de repère proposés pour les délais d'attente. Ces rapports ont ensuite été soumis à six sociétés et associations nationales ainsi qu'à des spécialistes pour qu'ils les passent en revue.

Interprétation des points de repère

Les points de repère ne sont *pas* des normes et ils ne doivent pas être interprétés comme une limite au-delà de laquelle il y a eu négligence de la part du fournisseur de soins ou du bailleur de fonds. Ces repères ont été établis par des experts médicaux, en l'occurrence des spécialistes en soins cardiovasculaires, qui ont déterminé, à partir des meilleures données disponibles, des délais d'attente acceptables, et ce, dans une optique axée sur les patients. Les points de repère ne tiennent pas compte des contraintes actuelles, imposées sur les ressources par le respect de ces délais.

Si les temps d'attente actuels étaient acceptables tant du point des patients que de celui des décideurs, l'élaboration de points de repère pour les délais en vue de l'obtention de services et d'interventions ne constituerait pas une priorité en santé aujourd'hui. De l'avis des médecins qui ont participé à la préparation du présent rapport, les points de repère proposés représentent un objectif que tous les intervenants devraient s'efforcer d'atteindre pour améliorer l'accès aux soins et rétablir la confiance du public à l'égard de la gestion des listes d'attente en vue de l'obtention de services cardiovasculaires.

Points de repère pour les délais d'attente

Le Tableau 1 présente un résumé des points de repère pour les délais d'attente, proposés par les différents sous-groupes de travail. Le temps d'attente indiqué correspond au point de repère le plus long dans une catégorie donnée. Les lecteurs et lectrices sont invités à consulter le présent rapport ou les rapports de chacun des sous-groupes pour en savoir davantage sur les catégories d'urgence et les délais d'attente proposés par indication.

En résumé, la SCC croit que personne ne devrait attendre plus de :

- six semaines pour une première consultation auprès d'un cardiologue;
- quatorze jours pour un examen de diagnostic en imagerie nucléaire cardiologique;
- six semaines pour un cathétérisme cardiaque de diagnostic (dans les cas stables), une intervention coronarienne percutanée (dans les cas stables), un pontage coronarien (dans les cas non urgents), une opération valvulaire cardiaque, la pose d'un stimulateur cardiaque ou l'obtention de services spécialisés dans le traitement de l'insuffisance cardiaque;
- douze semaines pour une consultation auprès d'un électrophysiologiste, une exploration électrophysiologique ou une ablation de tissu par cathéter;
- trente jours pour commencer un programme de réadaptation cardiologique.

En général, les points de repère pour les délais d'attente reposent sur trois critères : les données médicales, les réper-

cussions psychologiques possibles de l'attente sur les patients et les pratiques cliniques exemplaires. Les limites quant au respect de ces points de repère n'ont pas été expressément prises en compte dans les délais proposés. Ces points de repère sont donc axés sur les besoins des patients et ils ne reflètent pas l'état actuel des ressources.

Ces points de repère sont vus comme le point de départ de lignes directrices. Ils ne visent nullement à punir les personnes ou les établissements qui, faute de ressources, ne parviennent pas à respecter les délais proposés. Leur élaboration devrait être consi-dérée comme un premier pas vers l'établissement de normes pancanadiennes, fondées sur des données existantes et des opinions consensuelles. À la prochaine étape, il faudrait confirmer la justesse de ces points de repère par un processus élargi de consultation auprès de cliniciens et de patients.

1.0 Introduction

L'Alliance canadienne pour l'accès en temps opportun (l'Alliance) se compose de l'Association médicale canadienne (AMC) et des sociétés de spécialité médicale qui représentent les cinq domaines prioritaires, désignés par les premiers ministres du Canada afin d'améliorer l'accès aux services de santé. L'Alliance a entrepris de fixer des délais d'attente pancanadiens en se fondant sur des données pertinentes et sur l'expertise clinique pour établir des points de repère raisonnables.

En tant que membre de l'Alliance, la Société canadienne de cardiologie (SCC) a dû déterminer, à la demande de l'Alliance,

des points de repère sur les temps d'attente pour la prestation des principaux services et interventions en cardiologie. Afin de répondre à la demande, le Groupe de travail sur l'accès aux soins de la SCC a formé sept sous-groupes pour qu'ils établissent des points de repère sur les temps d'attente et des catégories d'urgence pour toute la gamme de services et d'interventions cardiovasculaires, offerts aux adultes. La présent rapport constitue la somme des rapports définitifs, préparés par chacun des sous-groupes. Tous ces rapports sectoriels seront accessibles sur le site Web de la SCC (www.ccs.ca).

Dans le contexte de la décision rendue dernièrement

Tableau 1. Limite supérieure proposée pour les points de repère pour les délais d'attente – Services et interventions cardiovasculaires, par catégorie d'urgence

Indication	Limite supérieure des points de repère pour les délais d'attente			
	Très urgent	Urgent	Semi-urgent	Non urgent
1 ^{re} consultation — spécialiste	Sans délai à 24 h	1 sem.	4 sem.	6 sem.
Imagerie nucléaire cardiologique	1 jour ouvrable	3 jours ouvrables		2 sem.
Cathétérisme diagnostique				
Après IM avec ST+*	Sans délai à 24 h	3 jours	7 jours	s.o.
Après SCA sans ST+†	Sans délai à 48 h	3 jours	7 jours	s.o.
Angine de poitrine stable	s.o.	s.o.	s.o.	6 sem.
Valvulopathie stable	s.o.	s.o.	14 jours	6 sem.
Intervention coronarienne percutanée				
Après IM avec ST+*	Sans délai	Sans délai	Sans délai	s.o.
Après SCA sans ST+†	Sans délai	Sans délai	Sans délai	s.o.
Angine stable	s.o.	7 jours	4 sem.	6 sem.
Pontage coronarien				
Après IM avec ST+*	Sans délai à 24 h	7 jours	14 jours	s.o.
Après SCA sans ST+†	Sans délai à 48 h	14 jours	14 jours	6 sem.
Chirurgie valvulaire	Sans délai à 24 h	14 jours		6 sem.
Insuffisance cardiaque	Sans délai à 24 h	14 jours	4 sem.	6 sem.
Électrophysiologie				
Consultation — Électrophysiologiste		30 jours		90 jours
Stimulateur cardiaque	Sans délai à 3 jours	14 jours	30 jours	6 sem.
Exploration et ablation par cathéter		14 jours		3 mois
Défibrillateur implantable‡	Sans délai à 3 jours		8 sem.	
Réadaptation cardiologique	Sans délai	7 jours		30 jours

*Infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST

†Syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST

‡Pose d'un stimulateur cardiaque

§Certains patients, d'après leur famille ou leur médecin traitant, sont extrêmement dépressifs, voire suicidaires. Ces patients devraient recevoir des soins d'urgence ou des soins de courte durée en psychiatrie.

par la Cour suprême du Canada quant au droit des Canadiens et Canadiennes d'avoir rapidement accès à des soins de santé dans un système de santé public ou par d'autres moyens, le présent exercice revêt encore plus d'importance. La SCC croit que les listes d'attente sont un élément acceptable d'un système de santé public efficace, mais qu'une mauvaise gestion de ces listes ne répondant pas aux besoins des patients pourrait bien en sonner le glas. Le système de soins de santé au Canada a cruellement besoin de normes nationales sur l'accès aux soins et d'une approche efficace de la gestion des listes d'attente pour pouvoir offrir un accès aux soins en temps opportun.

Même si, dans leur document (Un plan décennal pour consolider les soins de santé), les premiers ministres ont cerné cinq domaines prioritaires, nous croyons que le présent exercice pourrait constituer le point de départ d'une approche politique élargie à l'égard de la mesure, de la gestion et de la surveillance de l'accès de la population canadienne à une panoplie de services de santé.

1.1 Importance de la gestion du continuum complet de soins

Le rapport met l'accent sur l'accès en temps opportun aux services et aux interventions cardiovasculaires, et ce, tout le long du continuum de soins, depuis la consultation et le diagnostic jusqu'au traitement et à la réadaptation. Cette

approche suit le cheminement normal des patients et reflète toutes les périodes d'attente que ceux-ci connaissent à partir de l'apparition des symptômes jusqu'au traitement et à la réadaptation.

La Figure 1 illustre le cheminement global du patient, depuis l'apparition des symptômes cardiaques jusqu'à la réadaptation. Comme on peut le constater, il y a cinq grands intervalles entre les différents points d'accès aux soins et aux services, et chacun de ces intervalles comporte souvent des périodes d'attente plus courtes. Par exemple, un médecin de famille peut diriger un patient vers un cardiologue, mais seulement après avoir reçu les résultats d'examen. Alors, tout retard dans la simple transmission de ces résultats s'ajoutera à la période globale d'attente.

Même si l'accès aux interventions thérapeutiques (ex. : chirurgie) n'est que la pointe de l'iceberg, la SCC croit profondément que **chacun des points d'accès illustré sur le continuum de soins doit être doté d'un point de repère quant au temps d'attente** pour les motifs suivants :

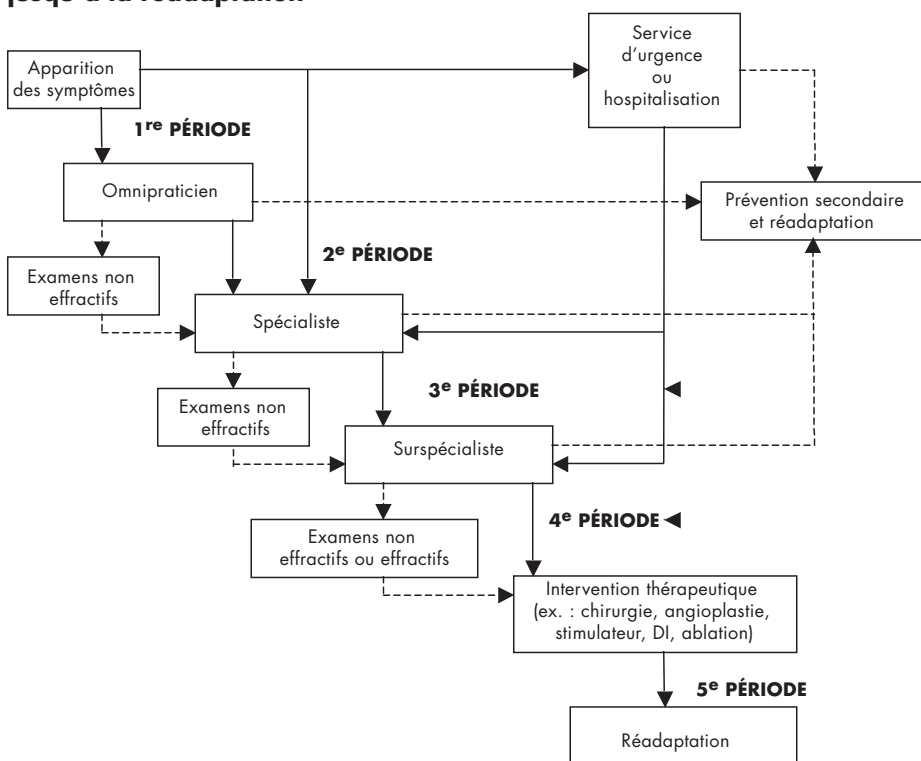
- Les temps d'attente en vue d'une intervention ne constituent qu'une seule des cinq périodes d'attente illustrées dans la figure. Le patient, lui, connaît une période d'attente globale beaucoup plus longue que ce simple intervalle, et ce dernier est souvent le plus court dans tout le processus.
- De plus, la mesure la plus fréquente du temps d'attente en vue d'une intervention est le temps écoulé entre la

date d'inscription (date de prise de décision du traitement) du patient en vue d'une intervention et le moment où celle-ci est pratiquée, et non pas nécessairement à partir de la date de la première consultation auprès d'un spécialiste. De plus, l'intervention peut être retardée suivant les résultats d'autres examens (ex. : cathétérisme cardiaque, exploration électrophysiologique).

• Certains patients peuvent être dirigés vers plus d'un spécialiste. Par exemple, dans certains cas d'arythmie, le patient consultera d'abord un médecin généraliste, puis un cardiologue, enfin un électrophysiologiste (cardiologue ayant une spécialité en électrophysiologie). Les délais d'attente pour consulter chacun de ces médecins sont cumulatifs.

• Tout retard le long du continuum de soins peut se traduire par une aggravation de l'état du patient et, par le fait même, appeler un traitement plus urgent pendant la péri-

Figure 1. Période d'attente depuis l'apparition des symptômes jusqu'à la réadaptation



Temps total d'attente = 1^{re} + 2^e + 3^e + 4^e + 5^e PÉRIODES

ode d'attente. Résultat : une fois que la nécessité d'intervenir est finalement reconnue, le temps d'attente dont on dispose réellement peut être passablement plus court que celui dont on aurait pu disposer si le diagnostic avait été posé plus tôt.

- Dans les cas extrêmes, le patient peut «court-circuiter» le système en se présentant au service d'urgence. Cela a pour effet de faire réagir les fournisseurs de soins à l'état du patient et peut ajouter un fardeau inutile à un système d'urgence déjà débordé.
- La Figure 1 vise à illustrer le processus général, mais elle ne peut pas tenir compte de tous les cas possibles. Par exemple, certains patients peuvent être admis dans des programmes de réadaptation à la demande de leur médecin de famille ou encore avant une intervention thérapeutique définitive.

1.2 Importance d'une approche programmatique ou axée sur le patient

Il existe différents types de maladies cardiovasculaires, par exemple :

- la coronaropathie, lorsqu'au moins une des artères coronaires est obstruée;
- les valvulopathies, lorsqu'au moins une des valves du cœur ne fonctionnent pas correctement;
- l'insuffisance cardiaque chronique, lorsque le cœur est incapable de pomper suffisamment de sang pour répondre aux besoins de l'organisme;
- l'arythmie, lorsqu'il y a perturbation (ralentissement ou accélération) du rythme régulier des battements du cœur;
- les cardiopathies congénitales;
- les affections du myocarde, du péricarde et des gros vaisseaux.

Le degré d'urgence du traitement de ces maladies, ou indications, varie considérablement; certaines peuvent être traitées par de simples modifications du mode de vie ou des médicaments, tandis que d'autres sont potentiellement mortelles et exigent un diagnostic et un traitement d'urgence.

Même si la chirurgie cardiaque a souvent fait la manchette au cours des dix dernières années

environ, de nombreux troubles cardiaques ne nécessitent pas de chirurgie, mais appellent d'autres interventions diagnostiques ou thérapeutiques. L'intérêt porté à la chirurgie cardiaque, tout en restant extrêmement important, doit être élargi aux autres interventions. En effet, comme le montre le Tableau 2, pour chaque pontage effectué, il y a 225 électrocardiogrammes pratiqués.

De plus, le tableau révèle que, d'après les indications actuelles, certains services ou certaines interventions (ex. : pose d'un défibrillateur implantable ou services de réadaptation) ne sont offerts qu'à un petit nombre de patients pour qui ces services sont cliniquement indiqués. Par ailleurs, une gestion efficace des listes d'attente pour un service ou une intervention cardiovasculaires donnés aura pour effet d'augmenter la demande d'autres services, qu'il faudra également gérer convenablement. Par exemple, la pose d'un plus grand nombre de stimulateurs cardiaques et de défibrillateurs entraînera une augmentation du nombre de consultations dans les services d'électrophysiologie, d'examen cardiologiques non effractifs («non invasive») et de consultations dans les services spécialisés dans le traitement de l'insuffisance cardiaque.

Compte tenu du champ d'activité de la médecine cardiovasculaire, de la forte demande actuelle de services en cardiologie et des prévisions de la demande liée au vieillissement de la population, des points de repère quant aux délais d'attente s'imposent pour toutes les interventions diagnostiques et thérapeutiques. Aussi le présent document englobe-t-il le cathétérisme cardiaque, l'imagerie nucléaire, les explorations électrophysiologiques, les interventions coronariennes percutanées, les pontages coronariens, la chirurgie valvulaire, la pose de stimulateurs cardiaques et de défibrillateurs ainsi que les ablations de tissu par voie percutanée.

Tableau 2. Interventions cardiovasculaires – Nombres et taux pour 100 000 personnes au Canada

	Nbre de services fournis	Nbre de patients : (traitement indiqué)	Nbre par 100 000 adultes	Commentaire
Électrocardiogramme	5 017 200		15 999	Données 2002-2003 ¹
Cathétérisme cardiaque	131 277		419	Données 2002-2003 ¹
Angioplastie coronarienne	44 946		143	Données 2002-2003 ¹
Pontage	22 167		71	Données 2002-2003 ¹
Stimulateur cardiaque	27 427		87	Données 2002-2003 ¹
DI (posé)	2300		74	Évaluation SCC 2003-2004
DI (indiqué)		92 000	296	Évaluation SCC 2003-2004
Insuffisance cardiaque		500 000	1610	Évaluation SCC 2005-2006
Réadaptation		750 000	2415	Évaluation SCC 2005-2006

¹Certains patients, d'après leur famille ou leur médecin traitant, sont extrêmement dépressifs, voire suicidaires.

1.3 Interprétation des points de repère

Les points de repère ne sont pas des normes et ils ne doivent pas être interprétés comme une limite au-delà de laquelle il y a eu négligence de la part du fournisseur de soins ou du bailleur de fonds. Ces repères ont été établis par des experts médicaux, en l'occurrence des spécialistes en soins cardiovasculaires, qui ont déterminé, à partir des meilleures données disponibles, des délais d'attente acceptables, et ce, dans une optique axée sur les patients. Les points de repère ne tiennent pas compte des contraintes actuelles, imposées sur les ressources par le respect de ces délais.

Si les temps d'attente actuels étaient acceptables tant du point des patients que de celui des décideurs, l'élaboration de points de repère pour les délais en vue de l'obtention de services et d'interventions ne constituerait pas une priorité en santé aujourd'hui. De l'avis des médecins qui ont participé à la préparation du présent rapport, les points de repère proposés représentent un objectif que tous les intervenants devraient s'efforcer d'atteindre pour améliorer l'accès aux soins et rétablir la confiance du public à l'égard de la gestion des listes d'attente en vue de l'obtention de services cardiovasculaires.

2.0 Méthode

Le Groupe de travail sur l'accès aux soins de la SCC a mis sur pied des sous-groupes de travail pour qu'ils élaborent des points de repère sur les temps d'attente dans sept champs d'activité. Chaque sous-groupe comptait de six à huit médecins et experts en soins de santé reconnus dans leur domaine, représentant différentes disciplines et provenant de toutes les régions du Canada. Figure à l'annexe A le nom des membres du groupe de travail et, à l'annexe B, celui des membres des sous-groupes de travail.

Chaque sous-groupe a suivi, dans la mesure du possible, la méthode suivante :

- trouver des spécialistes compétents, prêts à participer au travail du sous-groupe, tout en s'assurant d'une représentation adéquate des surspécialités médicales concernées et des différentes régions du Canada;
- procéder à un examen de la documentation sur les temps d'attente et l'accès aux soins;
- procéder, s'il y avait lieu, à un examen des lignes directrices en matière de pratique clinique et des normes sur les temps d'attente et l'accès aux soins;
- mener une enquête auprès de différents centres au Canada sur les délais d'attente actuels;
- établir, données à l'appui, un consensus sur des délais d'attente acceptables;
- constituer un deuxième groupe de travail (composé en général d'une association canadienne intéressée au domaine) pour recueillir d'autres commentaires sur les

délais d'attente proposés à la grandeur du pays.

Dans certains domaines, un examen approfondi de la documentation avait été entrepris il y avait peu de temps; le travail des sous-groupes concernés s'est alors limité à la mise à jour des données recueillies. Par ailleurs, pour bien des indications cardiovasculaires (ex. : revascularisation, pose d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur implantable, insuffisance cardiaque, réadaptation), il existait un faisceau d'arguments suffisamment étoffé pour permettre l'élaboration de points de repère sur les délais d'attente. Par contre, dans d'autres domaines, les publications pertinentes pour orienter les discussions étaient limitées, voire inexistantes.

Dans les cas où la documentation à l'appui était peu abondante, les sous-groupes ont veillé à établir un processus de concertation faisant appel à un groupe élargi de parties intéressées ayant une vue d'ensemble sur le domaine.

Quarante-neuf médecins et experts en soins de santé connexes ont travaillé dans les sous-groupes pour atteindre un premier consensus sur les points de repère quant aux délais d'attente.

Chaque sous-groupe a rédigé un rapport préliminaire faisant état de la recherche, de l'analyse, du processus de concertation et des points de repère proposés pour les délais d'attente. Ces rapports ont ensuite été soumis à six sociétés et associations nationales ainsi qu'à des spécialistes pour qu'ils les passent en revue. Figure à l'annexe C la liste des organisations et des spécialistes participants.

En général, les points de repère pour les délais d'attente reposent sur trois critères : les données médicales, les répercussions psychologiques possibles de l'attente sur les patients et les pratiques cliniques exemplaires. Les limites quant au respect de ces points de repère n'ont pas été expressément prises en compte dans les délais proposés. Ces points de repère sont donc axés sur les besoins des patients et ils ne reflètent pas l'état actuel des ressources.

Ces points de repère sont vus comme des lignes directrices; bon nombre ont été élaborés par consensus et restent à confirmer. Leur mise en application nécessitera du temps et, dans bien des provinces ou des territoires, il s'agit là de cibles ambitieuses. Ces repères ne visent nullement à punir les personnes ou les établissements qui, faute de ressources, ne parviennent pas à respecter les délais proposés.

Ces points de repère ne s'appliquent qu'aux interventions ayant une indication clinique. Nous avons établi, pour tous les services et interventions, des catégories d'urgence pour distinguer le degré de risque entre les états cliniques. Certes, nous admettons qu'il est difficile pour les patients de comprendre que tous les services cardiovasculaires ne sont pas urgents. Les termes utilisés dans le présent document pour différencier les catégories ne visent pas à banaliser l'importance ou le besoin d'une intervention en

particulier; ils ne visent qu'à établir des différences entre des catégories de risque plus ou moins élevé. Nous sommes d'avis que le terme «facultatif» a une connotation péjorative et qu'à ce titre il n'a plus sa place dans un modèle de soins axé sur les patients. Nous avons préféré le terme «non urgent».

Les points de repère sur les délais d'attente proposés dans le présent rapport sont un premier pas vers l'établissement de normes pancanadiennes, fondées sur des données existantes et des opinions consensuelles. À la prochaine étape, il faudrait confirmer la justesse de ces points de repère par un processus élargi de consultation auprès de cliniciens et de patients.

3.0 Points de repère pour les délais d'attente

Nous présenterons, dans les parties suivantes, les points de repère pour les délais d'attente en vue des services et des interventions indiqués ci-dessous :

- Services et interventions diagnostiques
 - Consultations auprès de spécialistes et examens non effractifs
 - Cardiologie nucléaire
- Services et interventions thérapeutiques pour les indications suivantes
 - Syndrome coronarien aigu
 - Coronaropathie
 - Valvulopathie
 - Insuffisance cardiaque
 - Arythmie
- Réadaptation cardiologique

Ces délais d'attente ne sont qu'un élément d'un système de gestion efficace des listes d'attente. Nous croyons que les principes suivants devraient orienter l'élaboration et la mise en œuvre de tout système de gestion des listes d'attente pour permettre aux patients d'avoir accès aux soins en temps opportun :

1. Les catégories de triage doivent être définies en fonction du risque de l'attente pour un patient donné, d'après les meilleures données scientifiques existantes.
2. Une fois triés, les patients devraient être traités selon le principe du premier arrivé, premier servi. Il ne devrait pas y avoir de réorganisation discrétionnaire des listes d'attente.
3. Comme les systèmes de triage reposent en grande partie sur les symptômes déclarés par les patients, il doit y avoir traitement et surveillance continus des patients inscrits sur les listes d'attente et reclassement au besoin, suivant l'évolution des symptômes.
4. Le système de gestion des listes d'attente et les délais d'attente en cours doivent être transparents et pour le personnel médical et pour le public. Tant les médecins traitants que les patients devraient savoir si le temps

d'attente pour consulter un spécialiste donné est plus long que celui d'autres spécialistes disponibles afin de pouvoir prendre une décision éclairée en ce qui concerne le choix du médecin consultant.

5. Il faudrait surveiller la durée des délais d'attente de manière à pouvoir adapter les ressources en conséquence.
6. Pour permettre le passage sûr de patients de la catégorie «à domicile» à la catégorie «malade externe — urgent», la communauté doit être dotée d'une infrastructure de soutien appropriée.

Compte tenu de l'évolution rapide de la résonance magnétique et de la tomодensitométrie en cardiologie, il faudra bientôt faire preuve de la même transparence en ce qui concerne la gestion des délais d'attente (et des indications) pour l'accès à ces nouvelles interventions diagnostiques, coûteuses.

Sans faire abstraction des principes précédents, il est important de comprendre qu'une saine gestion des ressources implique le traitement d'une composition variée de cas chaque semaine, c'est-à-dire appartenant à toutes les catégories de triage, et non seulement des cas urgents ou des cas les plus graves. Il s'agit là d'un élément essentiel pour éviter l'engorgement des unités de soins intensifs ou des établissements de soins prolongés, susceptible de se produire si seuls les patients très malades reçoivent des services ou des interventions et pour s'assurer que les patients en attente à domicile montent réellement dans la liste d'attente.

3.1 Services et interventions diagnostiques

L'accès aux services de diagnostic est d'une importance capitale pour déterminer la nature des troubles et le degré d'urgence du traitement. Ce n'est qu'après avoir procédé à une première évaluation que le médecin peut savoir quels services sont vraiment nécessaires et combien de temps le patient peut attendre sans danger.

3.1.1 Accès aux consultations auprès de spécialistes et aux examens non effractifs

Le diagnostic de départ est généralement posé (ou confirmé) après une consultation auprès d'un spécialiste (cardiologue ou interniste), à partir de résultats d'examens diagnostiques, non effractifs (ex. : échocardiographie, épreuve d'effort). Plusieurs de ces examens peuvent être demandés soit par un généraliste, soit par un spécialiste.

Du point de vue du sous-groupe de travail, les délais d'attente appropriés pour des services et des interventions de diagnostic sont tributaires de la vitesse à laquelle les renseignements fournis sont nécessaires pour planifier ou réaliser un traitement. Par exemple, l'imagerie de perfusion myocardique (IPM) peut servir à repérer les patients qui devraient subir un cathétérisme cardiaque d'urgence, parmi ceux qui souffrent d'un syndrome coronarien instable. Si le

cathétérisme doit être pratiqué dans les huit jours suivants, alors les délais d'attente pour une IPM urgente doivent être inférieurs à huit jours pour que l'examen soit utile. Dans chaque cas, nous avons choisi, parmi toutes les indications, les délais d'attente les plus courts comme points de repère pour différentes interventions afin d'assurer aux patients les meilleurs soins cliniques possible.

Le sous-groupe de travail de la SCC a défini grands trois niveaux d'urgence pour l'accès à ces services :

- renvoi et examens en milieu hospitalier : pour les indications dont le traitement serait le mieux assuré par une évaluation en milieu hospitalier et par un renvoi urgent (v. Tableau 3 pour la liste des indications);
- consultation accélérée : pour les indications, entre autres, qui se traitent le mieux dans un service d'urgence (v. Tableau 3 pour la liste des indications et les délais d'attente associés);
- consultation externe : pour les indications moins

Tableau 3. Points de repère pour les délais d'attente – Renvois en milieu hospitalier et consultations accélérées

Indication	Catégories prioritaires	Point de repère	Commentaire sur le point de repère
Renvois en milieu hospitalier et examens			
Syndrome coronarien aigu	IM avec ST+ ou IM sans ST+, confirmé ou présumé Douleur au repos, compatible avec de l'ischémie		Ces indications seraient mieux traitées par une évaluation en milieu hospitalier et un renvoi urgent.
Arythmie	Retentissement hémodynamique important		
Insuffisance cardiaque	Nouveaux signes ou symptômes de classe III ou IV		
Endocardite	Confirmée ou présumée		
Tamponnade cardiaque			
Dissection aortique			
Embolie pulmonaire	Confirmée ou présumée, mais non traitée		
Évaluation urgente en vue d'une intervention chirurgicale non cardiaque			
Embolie	Origine cardiaque présumée		
Évaluation après une transplantation cardiaque	Rejet présumé		
Syncope	Antécédents d'infarctus de myocarde ou dysfonctionnement ventriculaire gauche important ou sténose aortique		
Dysfonctionnement d'une prothèse valvulaire	Dysfonctionnement présumé, accompagné d'un retentissement hémodynamique grave		
Crise hypertensive			
Consultations accélérées			
Fibrillation auriculaire	Première apparition non accompagnée de douleur thoracique ni de retentissement hémodynamique grave	Dans 1 sem. Si début clairement établi, préférable de procéder à l'évaluation et à une éventuelle cardioversion dans les 48 h	Ces indications se traitent mieux au service d'urgence : milieu doté du matériel nécessaire pour l'administration de médicaments par voie parentérale ou pour une cardioversion électrique
Tachycardie supra-ventriculaire	Instabilité symptomatique ou hémodynamique	Dans 1 sem.	
Tachycardie ventriculaire	Trouble asymptomatique	Dans 1 sem.	
Angine de poitrine	Intensité croissante ou apparition sans douleur au repos	Dans 1 sem.	Services d'évaluation rapide de la douleur thoracique : utiles
Insuffisance cardiaque congestive	Nouvel épisode ou aggravation d'une insuffisance connue (cardiopathie ischémique ou non ischémique)	Dans 1 sem.	Services d'évaluation du fonctionnement cardiaque : utiles dans le contexte. Échocardiographie réalisée rapidement, en soins primaires
Syncope	Trouble associé à une cardiopathie structurale, à des antécédents familiaux de morte subite, au syndrome de Wolff-Parkinson-White ou à d'autres signes électrocardiographiques de causes possibles	Dans 1 sem.	

Tableau 4. Points de repère pour les délais d'attente – Consultations externes et examens non effractifs

Indication	Catégories prioritaires	Point de repère	Commentaire sur le point de repère	Traitement particulier dans l'intervalle	Examens non effractifs
Douleur thoracique	Angine de poitrine stable	4 sem.	Une épreuve d'effort non effractive fortement positive appelle généralement des examens effractifs plus urgents. Le temps d'attente dépend également de facteurs professionnels et psychosociaux.	AAS Bêta-bloquants Hypolipidémiants Nitrate	Temps d'attente devrait inclure la réalisation d'examens non effractifs Envisager imagerie d'effort ou médicamenteuse si limite à l'effort, anomalies de l'ECG au repos ou autres facteurs parasites
	Douleur thoracique atypique	6 sem.	La limite peut ne pas toujours s'appliquer aux femmes car les symptômes de maladie grave sont souvent atypiques chez elles.		
Insuffisance cardiaque de classe I ou II	Valvulopathie			Bêta-bloquants	Échocardiographie : des données étaient, dans le contexte, la demande systématique d'une échocardiographie par des médecins de premier recours. L'examen devrait être effectué avant la consultation et dans la semaine suivant la demande.
	Avec sténose aortique	2-4 sem.	Selon la gravité des symptômes	Inhibiteurs de l'ECA	
	Avec détérioration de l'état	1-2 sem.	Selon l'évolution clinique	Statines	
	Sans détérioration de l'état	4 sem.		AAS	
	Myocardiopathie sans détérioration de l'état				
	Origine ischémique	4 sem.	Trouble clinique courant, traité efficacement par beaucoup d'omnipraticiens et d'internistes.		
Origine non ischémique	6 sem.				
Étourdissements ou syncope	Syncope récidivante	Appeler rapidement un consultant pour élaborer un plan	Les avis sont très partagés dans le comité étant donné qu'il faut tenir compte de la nature et des conséquences des épisodes symptomatiques.	Vérifier si prise de médicaments potentiellement proarythmogènes Rechercher et traiter troubles électrolytiques Vérifier si troubles orthostatiques Prendre mesures de précaution Vérifier si hypotension orthostatique et prendre mesures de précaution avant la consultation	Envoyer l'ECG avec la demande de consultation. Souvent préférable d'attendre le premier contact direct du patient avec le cardiologue avant de demander des examens.
	Hypotension orthostatique	6 sem.			
Fibrillation auriculaire	Fibrillation persistante ou paroxystique	6 sem.	Consultation urgente si fréquence cardiaque non maîtrisée	Anticoagulation (sauf si âge < 65 ans, sans autre facteur de risque d'accident vasculaire cérébral); si contre-indications, demander une consultation téléphonique urgente. Maîtrise de la fréquence cardiaque par des inhibiteurs calciques, des bêta-bloquants ou d'autres moyens appropriés.	ECG ambulatoire seulement si diagnostic présumé mais non confirmé Délai d'attente : période totale de 6 sem. depuis la consultation Échocardiographie : peu de données étaient la demande systématique de l'examen avant la consultation.
Souffles cardiaques	Découverte (souffles asymp-tomatiques) ou présence chronique et asymptomatique	6 sem.		Prophylaxie de l'endocardite bactérienne si lésions susceptibles d'infection	Radiographie thoracique Échocardiographie : demande systématique pas nécessaire avant la consultation
Évaluation en vue d'une intervention chirurgicale non cardiaque*	Opération urgente et coronaropathie ou cardiopathie structurale connues	Avant la date du traitement chirurgical optimal	Ex. : cancer, maladie vasculaire instable, affections abdominales ou troubles orthopédiques		Examens systématiques : non indiqués avant la consultation
	Autres indications	4 sem.	Chirurgie non cardiaque, non urgente		

Tableau 4. Points de repère pour les délais d'attente – Consultations externes et examens non effractifs (suite)

Palpitations	Épisodes récidivants de tachycardie supra-ventriculaire, documentés, compris	6 sem.	Si absence de troubles concomitants inquiétants (ex. syncope ou présyncope, dysfonctionnement ventriculaire gauche, antécédents familiaux de mort subite)		Tenter d'établir une corrélation entre les symptômes et les troubles du rythme pendant l'attente et transmettre les résultats si existants
	Autres indications	6 sem.			
Évaluation dans le contexte d'une grossesse	Évaluation des risques avant une grossesse	6 sem.	La prise en charge et les consultations familiales avant et durant la grossesse chez les adultes porteurs d'une cardiopathie congénitale ou d'une valvulopathie importante peuvent être complexes; il est souvent préférable de passer par des équipes pluridisciplinaires, spécialisées.		Non indiqués avant la consultation, sauf l'ECG
	Grossesse dans le contexte d'une cardiopathie structurale connue	2 sem.			
Demandes générales d'évaluation	Renvois non motivés par des symptômes ou cas où le temps d'attente est peu susceptible d'accroître les risques ou l'anxiété	10 sem.	Renvois motivés par des antécédents familiaux ou d'autres facteurs de risque en l'absence de symptômes	On suppose que les facteurs de risque cernés seront modifiés pendant l'attente.	

*Coronaropathie ou cardiopathie structurale connues

urgentes (v. Tableau 4, page 84 pour la liste des indications et les délais d'attente associés).

Les membres du sous-groupe sont d'avis que les consultations accélérées devraient se faire au cours de la semaine suivant la demande. Par ailleurs, un consensus s'est dégagé sur le fait que la limite absolue d'attente pour les renvois, dans les cas les moins urgents, ne devrait pas dépasser six semaines; la limite s'applique également aux épreuves d'effort sur tapis roulant, à l'imagerie nucléaire et à l'échocardiographie (v. Tableau 4).

3.1.2 Imagerie nucléaire

La médecine nucléaire cardiovasculaire, ou cardiologie nucléaire, utilise des substances marquées par des radio-isotopes que des caméras sensibles aux photons gamma peuvent détecter pour former des images. Il s'agit plus particulièrement de la tomographie d'émission monophotonique (TEM) et de la tomographie par émission de positrons (TEP). Contrairement à la plupart des autres techniques de visualisation, l'imagerie nucléaire montre le fonctionnement biologique ou physiologique du système examiné plutôt que sa morphologie. En cardiologie, l'imagerie nucléaire sert surtout à l'évaluation de la perfusion myocardique, du fonctionnement ventriculaire et de la viabilité myocardique.

L'Association canadienne de médecine nucléaire fait également partie de l'Alliance et elle a soumis des points de repère pour l'imagerie nucléaire. La SCC a passé en revue le document de l'Association par l'intermédiaire de l'un de ses

sous-groupes de travail et confirme les délais d'attente proposés en cardiologie nucléaire.

L'Association a choisi l'imagerie de perfusion et l'imagerie au fluorodésoxyglucose (FDG) comme points de repère; la SCC a donc utilisé ces mêmes points de repère dans son rapport. Les délais d'attente pour un examen en imagerie nucléaire cardiologique varient de 0 à 1 jour dans les cas très urgents; ils passent à 3 jours dans les cas urgents et atteignent 14 jours dans les cas ordinaires (v. Tableau 5).

En imagerie cardiologique non effractive, les délais d'attente appropriés sont tributaires de la vitesse à laquelle les renseignements fournis sont nécessaires pour planifier ou effectuer d'autres examens de diagnostic, par exemple une angiographie, ou des traitements comme une intervention coronarienne percutanée ou un pontage. Les délais d'attente peuvent donc différer de ceux indiqués dans la

Tableau 5. Points de repère pour les délais d'attente – Imagerie nucléaire cardiologique, par indication, en jours

	Très urgent	Urgent	Non urgent
Perfusion myocardique : TEM ou TEP d'effort ou médicamenteuse	0	3	14
Viabilité myocardique : FDG ou thallium	1	3	14
Angiographie radio-isotopique	1	3	14

Note : « 0 » veut dire dans les 24 heures de la date recommandée de l'examen, par le médecin traitant.

partie portant sur les services de radiologie en imagerie diagnostique². Les délais d'attente pour l'imagerie cardiologique non effractive doivent tenir compte du contexte clinique dans lequel se trouve le patient.

Les délais d'attente urgents s'appliquent à toutes les affections où l'état clinique du patient commande la transmission rapide de renseignements de nature diagnostique en vue de prises de décision urgentes en matière de traite-

ment. Par exemple, chez les patients qui présentent un syndrome coronarien aigu et chez qui l'imagerie nucléaire est indiquée³, l'examen est considéré comme très urgent ou urgent afin de distinguer les patients susceptibles de profiter le plus d'autres interventions effractives, d'une ICP ou d'un pontage, durant leur hospitalisation de référence.

Chez les malades externes dont l'état cardiaque est stable et chez qui l'imagerie nucléaire est également indiquée³

Tableau 6: Points de repère pour les délais d'attente – Infarctus du myocarde avec ST+, par indication

Indication urgente : mutation/cath./ICP	Cible	Point de repère	Point de repère
	Cath./ICP	Cath./ICP [±]	Pontage [§]
Candidats à une ICP d'emblée* ou de sauvetage**	< 90 min	90 min	< 2 h
% dans les limites du point de repère	90 %	90 %	90 %
Candidats à une revascularisation, en choc cardiogène	< 90 min	12-8 h	< 2 h
% dans les limites du point de repère	Variable [¥]	Variable	90 %
Candidats à une intervention chirurgicale pour rupture du septum ventriculaire ou régurgitation mitrale grave	< 90 min	12-18 h	< 2 h
% dans les limites du point de repère	Variable	Variable	90 %
Symptômes persistants d'ischémie, instabilité hémodynamique ou électrique	< 90 min	12-18 h	< 2 h
% dans les limites du point de repère	Variable	Variable	90 %
Signes objectifs de récurrence d'infarctus du myocarde	< 90 min	12 h	< 2 h
% dans les limites du point de repère	Variable	Variable	90 %
Ischémie myocardique spontanée, modérée ou grave pendant période de rétablissement après un IM avec ST+	< 24 h	< 24 h	< 24 h
% dans les limites du point de repère	90 %	90 %	90 %
Ischémie myocardique susceptible de déclenchement pendant période de rétablissement après un IM avec ST+	< 3 jours	5 jours	< 7 jours
% dans les limites du point de repère	90 %	90 %	90 %
Fraction d'éjection du ventricule gauche ≤ 0,40, IC congestive ou arythmie ventriculaire grave**	< 3 jours	5 jours	< 7 jours
% dans les limites du point de repère	90 %	90 %	90 %
Insuffisance cardiaque clinique durant phase aiguë mais conservation par la suite d'un bon fonctionnement VG**	< 3 jours	5 jours	< 7 jours
% dans les limites du point de repère	90 %	90 %	90 %
Possibilité de coronarographie non urgente dans le cadre d'interventions effractives après un traitement fibrinolytique, surtout si IM antérieur, IAM décapité ou quasi décapité*	< 3 jours	5 jours	< 14 jours
% dans les limites du point de repère	90 %	90 %	90 %

± Le délai indiqué pour le cathétérisme ou l'ICP correspond à la période au cours de laquelle l'intervention serait salutaire, selon les données. Toutes confirment l'obtention des meilleurs résultats lorsque celle-ci est effectuée dans les limites des cibles optimales.

§ Le délai indiqué pour le pontage s'ajoute à celui prévu pour le cathétérisme cardiaque.

* L'ICP d'emblée veut dire recours à l'angioplastie comme traitement de reperfusion dans les cas d'infarctus aigu du myocarde (IAM) avec sus-décalage du segment ST. La valeur cible pour l'ICP d'emblée comme meilleur moyen de reperfusion dans les cas d'IAM est < 90 minutes, 90 % des fois. Lorsque l'angioplastie d'emblée ne peut vraisemblablement pas être pratiquée dans le délai prévu, les autorités médicales devraient prendre tous les moyens possibles pour administrer un médicament thrombolytique le plus tôt possible, même en phase préhospitalière.

** L'ICP de sauvetage veut dire recours à l'angioplastie lorsqu'il y a un signe d'échec de la reperfusion après la fibrinolyse.

¥ Le délai cible dépend de la disponibilité du service dans la région, mais il faudrait le réduire au minimum pour se rapprocher le plus possible du point de repère cible.

+ On entend par IAM décapité une concentration maximale de CK ≤ 2 fois la limite supérieure de la normale, associée à des modifications évolutives, caractéristiques de l'ECG. On entend par IAM quasi décapité une concentration maximale de CK ≥ 2 fois la limite supérieure de la normale mais l'élévation est beaucoup moins forte que prévu compte tenu de l'importance du sus-décalage du segment ST à l'ECG.

à des fins de diagnostic ou de classification du risque, les délais d'attente non urgents sont raisonnables.

L'évaluation de la viabilité myocardique (imagerie au thallium ou au FDG) peut également être considérée comme très urgente ou urgente chez les patients gravement malades, atteints d'insuffisance cardiaque pour des prises de décision rapides sur la pertinence d'une intervention de revascularisation. La plupart des cas d'évaluation de la viabilité myocardique sont semi-urgents ou non urgents. Cependant, selon des données provenant d'études canadiennes antérieures, il y a une augmentation de la mortalité lorsque l'intervention de revascularisation est repoussée de plus de cinq semaines après une évaluation significative de la viabilité myocardique. Il faut donc agir rapidement pour effectuer les examens et prescrire un plan de traitement. C'est pourquoi un point de repère **de 14 jours** a été établi.

Pour ce qui est de l'évaluation du fonctionnement ventriculaire à l'aide de l'angiographie radio-isotopique, là encore, c'est le tableau clinique qui définit le mieux les délais d'attente. Dans les cas d'évaluation préalable à la

chimiothérapie, l'intervention peut également être considérée comme urgente (c'est-à-dire dans les trois jours ouvrables compris dans le délai indiqué), nécessaire avant l'instauration du traitement.

Pour en savoir davantage sur la question, les personnes intéressées peuvent consulter le mémoire de l'ACMN remis à l'Alliance sur les temps d'attente⁴ et le rapport du sous-groupe de travail de la SCC sur la médecine nucléaire cardiologique⁵.

3.2 Services et interventions thérapeutiques

Une fois qu'un premier diagnostic a été posé quant à la cause sous-jacente des symptômes cardiovasculaires, il est recommandé de procéder au traitement approprié. Les diagnostics pris en considération dans le présent document sont :

- les syndromes coronariens aigus (angine instable ou crise cardiaque);
- la coronaropathie (oblitération d'une ou de plusieurs artères coronaires);
 - les valvulopathies;
 - l'insuffisance cardiaque;
 - l'arythmie.

Pour chacune des indications, nous avons présenté une brève description de la maladie, les interventions thérapeutiques prescrites et les points de repère pour les délais d'attente.

3.2.1 Syndromes coronariens aigus — Infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST

Les syndromes coronariens aigus (SCA), soit l'infarctus du myocarde (IM) et l'angine instable, constituent l'une des principales causes d'hospitalisation. Les SCA se subdivisent en deux catégories selon qu'il y a, sur le premier électrocardiogramme (ECG), un sus-décalage (IM+sus-décalage du segment ST) ou non (SCA-sus-décalage du segment ST) du segment ST. Ces derniers se divisent encore davantage en angine instable ou en infarctus du myocarde sans sus-décalage du segment ST (IM-sus-décalage du segment ST) en fonction de l'absence ou de la présence de marqueurs biochimiques de nécrose myocardique, respectivement.

Les points de repère figurent au Tableau 6 pour les délais d'attente en vue d'une intervention de revascularisation dans les cas d'IM+ sus-décalage du segment ST et, au Tableau 6, dans les cas de SCA-sus-

Tableau 7. Points de repère pour les délais d'attente — Syndromes coronariens aigus sans ST+, par indication

Catégorie de risque	Points de repère pour les délais d'attente	
	Cath. cardiaque ou ICP	Pontage
Risque élevé Score de risque TIMI : 5-7 OU Douleur angineuse persistante ou récidivante Modifications dynamiques de l'ECG, associées à la douleur thoracique IC congestive, hypotension, arythmie avec douleur thoracique modérée ou forte de la troponine (> 5 ng/ml)	90 % Dans les 24–48 h	90 % Dans les 24–48 h
Risque moyen Score de risque TIMI : 3-4 OU IM avec ST+ avec légère _ de la troponine (> 1 < 5 ng/ml) Signe le plus grave à l'ECG : inversion ou aplatissement de l'onde T Dysfonctionnement ventriculaire gauche marqué (FE < 40 %) CP, IM ou pontage, ICP : antécédents confirmés	90 % Dans 3–5 jours	90 % Dans 1–2 sem.
Risque faible Score de risque TIMI : 1-2 OU Âge < 65 ans minimale ou nulle de la troponine (< 1,0 ng/ml) Plus de douleur thoracique Ischémie susceptible de déclenchement à une charge de travail ≤ 7 MET	90 % Dans 5–7 jours	90 % Dans 6 sem.

décalage du segment ST. Outre les points de repère, le tableau fournit des délais d'attente cibles pour le cathétérisme cardiaque et les ICP. Les délais d'attente cibles représentent, dans le contexte, le laps de temps idéal pour donner des résultats optimaux. Pour ce qui est des points de repère indiqués dans le tableau, ils sont considérés comme des délais acceptables compte tenu des contraintes extérieures (ex. : géographie).

3.2.2 Syndromes coronariens aigus sans sus-décalage du segment ST (v. Tableau 7)

3.2.3 Coronaropathie

La coronaropathie est causée par la formation de plaques contenant du cholestérol sur la paroi des artères nourricières du muscle cardiaque (myocarde). Les patients n'éprouvent généralement aucun symptôme jusqu'à ce que l'obstruction d'une ou de plusieurs artères atteigne 70 %. On dit qu'il y a de l'ischémie lorsque la quantité d'oxygène qui arrive au myocarde est insuffisante pour permettre un fonctionnement optimal du cœur, et les lésions causées au muscle cardiaque sont réversibles lorsque l'apport d'oxygène est de nouveau adéquat. On dit qu'il y a un infarctus (ou crise cardiaque) lorsque le muscle cardiaque subit des lésions irréversibles, causées par une obstruction généralement complète (100 %) des artères.

Le diagnostic de coronaropathie est habituellement confirmé par le cathétérisme cardiaque. Selon les résultats de l'examen effractiv, il peut être nécessaire de procéder à la revascularisation du cœur soit par intervention coronarienne percutanée, soit par pontage coronarien.

Compte tenu de la perception du public selon laquelle les patients attendent trop longtemps avant de recevoir des soins en cardiologie (surtout en ce qui concerne le pontage), ce champ d'activité a fait l'objet d'une attention particulière par rapport aux autres indications. Les opérations cardiaques les plus fréquentes sont les pontages; viennent au deuxième rang les interventions valvulaires. Dans certains cas, il est nécessaire de procéder et à un pontage et à une intervention valvulaire, et ce, en une seule opération.

Les points de repère figurent au Tableau 7 pour les délais d'attente en vue d'un cathétérisme cardiaque et d'une ICP et, au Tableau 8, ceux en vue d'un pontage.

3.2.4 Valvulopathie

Il y a valvulopathie lorsqu'une ou plusieurs valves du cœur

ne fonctionnent pas correctement. Elles peuvent ne pas s'ouvrir complètement (sténose) ou ne pas se fermer com-

Tableau 8. Points de repère pour les délais d'attente – Cathétérisme cardiaque et ICP

Catégorie d'urgence	Cathétérisme	ICP
IM avec ST+		
ICP d'emblée, ICP de sauvetage, choc, complications	Sans délai – 18 h	Sans délai
Ischémie récidivante	24 h	
Ischémie susceptible de déclenchement/IC chronique	3 jours	
IM avec ST+		
Risque élevé	24–48 h	Sans délai
Risque moyen	3–5 jours	
Risque faible	5–7 jours	
Angine stable	6 sem.	Risque élevé – 1 sem. Semi-urgent – 4 sem. Autres – 6 sem.
Valvulopathie stable	6 sem.	s.o.
Risque élevé (sténose aortique très grave)	2 sem.	

Tableau 9. Points de repère pour les délais d'attente – Pontage

Catégorie d'urgence	Cible	Point de repère
Urgent (dysfonctionnement cardiaque grave, tenace, réfractaire à tout traitement sauf à la chirurgie)	< 90 min	< 4 h
Urgent – à l'hôpital (patient ne peut obtenir son congé : besoin de nitroglycérine intraveineuse, d'héparine ou d'un ballon de contreimpulsion intra-aortique)	1 jour	7 jours
Urgent – à domicile	7 jours	14 jours
Non urgent – à domicile	6 sem.	6 sem.

Tableau 10. Points de repère pour les délais d'attente – Chirurgie valvulaire cardiaque

Catégorie d'urgence	Cible	Point de repère
Urgent (dysfonctionnement cardiaque grave, tenace, réfractaire à tout traitement sauf à la chirurgie : complications valvulaires d'endocardite, dissection aortique, infarctus du myocarde ou traumatisme)	< 4 h	< 1 jour
Sténose aortique – très grave et symptomatique	14 jours	14 jours
Non urgent – à domicile : toutes les autres indications	6 sem.	6 sem.

plètement (insuffisance). Par exemple, différentes affections peuvent être à l'origine d'un manque d'étanchéité ou d'une fermeture partielle (sténose) de la valve aortique. Le remplacement valvulaire aortique exige aujourd'hui une intervention à cœur ouvert. La chirurgie valvulaire est donc pratiquée en même temps que le pontage en cas de lésions concomitantes. Les points de repère figurent au Tableau 10 pour les délais d'attente en vue d'une opération valvulaire.

3.2.5 Insuffisance cardiaque

L'insuffisance cardiaque (IC) chronique est l'incapacité du cœur à pomper suffisamment de sang pour répondre aux besoins de l'organisme. L'insuffisance cardiaque est classée selon le côté touché (insuffisance gauche ou insuffisance droite) ou selon le moment d'apparition, durant la phase de contraction (insuffisance cardiaque systolique) ou durant la phase de relaxation (insuffisance cardiaque dia-stolique).

L'IC chronique touche environ 500 000 personnes au

Tableau 11. Points de repère pour les délais d'attente- Insuffisance cardiaque, par indication

Catégorie de triage	Exemple	Norme	Professionnel de la santé
Très urgent	Myocardite aiguë grave Choc cardiogène Évaluation en vue d'une transplantation – état aigu instable Œdème aigu du poumon – 1 ^{er} épisode Régurgitation valvulaire cardiaque aiguë	< 24 h	Spécialiste en insuffisance cardiaque (IC), programme de gestion des soins thérapeutiques (PGST)
Urgent	Nouveau diagnostic d'IC – état instable, décompensé Insuffisance cardiaque évolutive Insuffisance cardiaque post-IM Nouvelle évolution vers classe D selon l'AHA/ACC* Insuffisance cardiaque après congé de l'hôpital	< 1 sem. < 2 sem. < 2 sem. < 2 sem. < 2 sem.	Spécialiste en IC, PGST, cardiologue
Semi-urgent	Classe C selon l'AHA† Nouveau diagnostic d'IC – état stable, compensé	< 4 sem.	Spécialiste en IC, PGST, cardiologue, interniste
Non urgent	Prise en charge de l'IC chronique Classe A‡ ou B§ selon l'AHA	< 6 sem. < 6 sem.	Omnipraticien, interniste, cardiologue, PGST ou spécialiste en IC

* Classe D selon l'AHA ou l'ACC : Cardiopathie structurale évoluée, accompagnée de symptômes marqués d'insuffisance cardiaque au repos, malgré un traitement médical maximal, et nécessitant des interventions spécialisées.

† Classe C selon l'AHA ou l'ACC : Symptômes actuels ou antérieurs d'insuffisance cardiaque associés à une cardiopathie structurale sous-jacente. Dyspnée ou fatigue dues à un dysfonctionnement systolique du ventricule gauche; maladie asymptomatique en cours de traitement pour des symptômes antérieurs d'IC.

‡ Classe A selon l'AHA ou l'ACC : Risque élevé d'insuffisance cardiaque en raison de la présence d'affections fortement associées à son apparition. Aucune anomalie structurale ou fonctionnelle du péricarde, du myocarde ou des valves cardiaques n'a été relevée, et patient n'a jamais présenté de signes ou de symptômes d'IC. Hypertension artérielle; coronaropathie, diabète sucré, antécédents de pharmacothérapie cardiotoxique ou d'abus d'alcool; antécédents personnels de rhumatisme articulaire aigu; antécédents familiaux de myocardopathie.

§ Classe B selon l'AHA ou l'ACC : Cardiopathie structurale fortement associée à l'apparition d'insuffisance cardiaque, mais patient n'a jamais présenté de signes ou de symptômes d'IC jusqu'à maintenant. Hypertrophie ou fibrose du ventricule gauche; dilatation ou hypocontractilité du ventricule gauche; valvulopathie asymptomatique; antécédents d'infarctus du myocarde.

Catégorie d'urgence	Point de repère
Très urgent	Renvoi à la salle d'urgence ou au personnel de garde en électrophysiologie
Syncope et cardiopathie structurale (ex. : fraction d'éjection inférieure à 40 %), bloc de branche, myocardiopathie hypertrophique, cardiopathie congénitale, antécédents familiaux de mort subite d'origine cardiaque, cardiopathies héréditaires)	30 jours
Évaluation en vue de la pose d'un défibrillateur implantable (prévention primaire) ou d'un appareil de resynchronisation cardiaque	30 jours
Consultation différée pour obtenir l'avis d'un électrophysiologiste (ex. : palpitations, tachycardie supraventriculaire, syncope sans cardiopathie structurale ou autres troubles médicaux)	90 jours

Canada, et 50 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année. La prévalence de l'IC augmente avec l'âge; ainsi, 1 % des personnes de plus de 65 ans et 4 % de celles de plus de 70 ans en souffrent. L'insuffisance cardiaque est donc en train de prendre des proportions épidémiques au Canada : son taux de mortalité rajusté selon l'âge, de 106/100 000, est supérieur au taux de mortalité rajusté selon l'âge pour le sida et le cancer du sein confondus.

Les points de repère figurent au Tableau 11 pour les délais d'attente en vue du traitement de l'insuffisance cardiaque. Durant la période d'attente, il est extrêmement important de respecter les lignes directrices en matière de pratique clinique.

3.2.6 Arythmie

L'arythmie cardiaque est un trouble du rythme régulier des battements du cœur. Il y a deux grandes catégories d'arythmie cardiaque :

- la bradycardie : ralentissement trop marqué de la fréquence cardiaque; le traitement peut nécessiter la pose d'un stimulateur cardiaque;
- la tachycardie : accélération trop marquée de la fréquence cardiaque; la gravité des troubles peut varier de tout à fait bénigne à mortelle sur-le-champ.

Le traitement peut consister en la pharmacothérapie, en l'ablation de tissu par courant de radiofréquence ou en la pose d'un défibrillateur implantable.

On peut demander une consultation en électrophysiologie pour divers symptômes ou divers diagnostics d'arythmie. La demande peut être faite par un omnipraticien, un interniste, un cardiologue ou un chirurgien cardiaque. Après l'évaluation en électrophysiologie, il peut être nécessaire de prescrire d'autres examens pour obtenir un diagnostic précis ou pour décider d'un traitement définitif. Ces examens supplémentaires devront être effectués selon la liste d'attente des malades externes pour chacun de ceux-ci. À la fin, le délai d'attente cumulatif correspondra au temps écoulé depuis le premier renvoi en électrophysiologie jusqu'au moment de la décision définitive de procéder à une exploration électrophysiologique, à l'ablation de tissu ou encore à la pose d'un stimulateur cardiaque ou d'un défibrillateur implantable.

Les points de repère figurent au Tableau 12 pour les délais d'attente en vue d'une consultation en électrophysiologie.

La pose d'un stimulateur cardiaque permanent peut se faire en urgence ou en semi-urgence (il s'agit de patients hospitalisés dont l'état nécessite la pose d'un stimulateur cardiaque permanent avant que ceux-ci puissent quitter l'hôpital en toute sécurité) ou encore en admission différée. La plupart des patients ayant besoin d'un stimulateur cardiaque souffrent de dysfonctionnement du nœud sinusal,

de fibrillation auriculaire accompagnée d'une fréquence ventriculaire lente ou de maladie du nœud auriculo-ventriculaire.

En général, les patients sont admis en urgence ou en semi-urgence à l'hôpital parce que la bradyarythmie est devenue symptomatique ou parce que le risque d'événement indésirable est élevé. Les symptômes peuvent comprendre la présyncope, la syncope, la fatigue ou la dyspnée. Quant aux événements indésirables, il peut s'agir de chutes accompagnées de blessures, d'apparition d'insuffisance cardiaque ou de mort subite.

Les points de repère figurent au Tableau 13 pour les délais d'attente en vue de la pose d'un stimulateur cardiaque.

Les explorations électrophysiologiques et les ablations de tissu par cathéter sont d'une importance capitale dans le traitement actuel de nombreuses arythmies cardiaques. De nouvelles techniques d'ablation à l'aide d'appareils évolués de cartographie permettent d'améliorer le traitement de troubles arythmiques autrefois incurables.

L'ablation de tissu par cathéter est le traitement de première intention de nombreuses arythmies cardiaques, notamment de la tachycardie supraventriculaire, du flutter auriculaire et de formes idiopathiques de tachycardie ven-

Tableau 13. Points de repère pour les délais d'attente – Stimulateur cardiaque

Catégorie d'urgence	Point de repère
Stimulateur uni- ou bicavitaire	
Urgent/semi-urgent avec STT	1 jour ouvrable
Urgent/semi-urgent sans STT	3 jours ouvrables
Non urgent et risque élevé de syncope	14 jours
Non urgent et risque faible de syncope	30 jours
Stimulateur de resynchronisation (biventriculaire)	
Avec ou sans défibrillateur	6 sem.

* De l'avis du médecin, le patient ne peut pas quitter l'hôpital en toute sécurité sans avoir reçu au préalable un stimulateur cardiaque permanent.

Tableau 14. Points de repère pour les délais d'attente – Exploration électrophysiologique et ablation par cathéter

Catégorie d'urgence	Point de repère
Syndrome de Wolff-Parkinson-White avec fibrillation auriculaire rapide ou syncope	2 sem.
Risque élevé d'arythmie dû à une cardiopathie congénitale ou à des troubles du rythme héréditaires	
Dysfonctionnement ventriculaire gauche et risque ou antécédents avérés d'arythmie ventriculaire	
Toutes les autres indications	3 mois

trriculaire. L'intervention se pratique généralement en admission différée (chez les malades externes), elle s'accompagne de très peu de complications et, contrairement à la plupart des traitements médicamenteux ou chirurgicaux en

Tableau 15. Points de repère pour les délais d'attente – Défibrillateur implantable (depuis la prise de décision)

Catégorie d'urgence	Point de repère
Épisode de tachycardie ventriculaire (TV) ou de fibrillation ventriculaire (FV), potentiellement mortel; prévention secondaire de la mort subite, selon les critères établis	Dans les 3 jours ouvrables
Pas d'épisode de TV ou de FV, potentiellement mortel; prévention primaire de la mort subite, selon les critères établis	Dans 8 sem.

Tableau 16: Points de repère pour les délais d'attente – Réadaptation cardiologique : cas urgents et semi-urgents

Catégorie d'urgence	Cible	Point de repère
Cas urgents Risque de détérioration marquée de l'état médical ou psychologique si patient non traité dans un très court laps de temps	Dans les 24 h*	Dans 1–3 jours
Cas semi-urgents Besoin d'être vus rapidement, sinon risque de ne pas recevoir de services de réadaptation; risque de détérioration (physique ou mentale) importante si attente	24–48 h	1 sem. (selon les circonstances)

* Certains patients, d'après leur famille ou leur médecin traitant, sont extrêmement dépressifs, voire suicidaires. Ces patients devraient recevoir des soins d'urgence ou des soins de courte durée en psychiatrie.

Tableau 17. Points de repère pour les délais d'attente – Réadaptation cardiologique : cas externes

Catégorie de diagnostic	Temps d'attente (depuis l'événement jusqu'à l'admission au programme)			Note
	Délai idéal*	Délai souhaitable†	Point de repère ‡	
Pontage/Valvulopathie	21 jours	21–30 jours	30 jours	1
ACTP	2 jours	2–7 jours	7–30 jours	2
IM/IC chronique/Angine stable et instable	7 jours	7–30 jours	30 jours	3
Transplantation cardiaque	4 jours	4–10 jours	10–30 jours	4
Arythmie	1–7 jours	7–30 jours	30 jours	5

* L'attente ne donnerait pas lieu à des événements indésirables et on devrait pouvoir tirer les meilleurs résultats possible de la réadaptation cardiologique.

† Il ne devrait pas y avoir d'événements indésirables graves et on devrait pouvoir tirer la plus grande partie des bienfaits, sinon tous, de la réadaptation cardiologique.

‡ Le délai proposé tient compte de la réalité des listes d'attente actuelles. Étant donné que l'état des patients concernés s'améliore et que toute augmentation du volume de renvois pourrait prolonger encore davantage le temps d'attente, le sous-groupe de travail est d'avis que les délais indiqués sont acceptables.

médecine, elle est habituellement *curative*.

Les points de repère figurent au Tableau 13 pour les délais d'attente en vue d'une exploration électrophysiologique ou d'une ablation par cathéter.

Pour ce qui est de la pose d'un défibrillateur implantable (DI), elle est reconnue comme la principale forme directe de traitement pour la prévention primaire de la mort subite chez des patients ayant une susceptibilité avérée ou une forte prédisposition aux tachyarythmies ventriculaires potentiellement mortelles. La prévention de la mort subite chez des patients ayant des antécédents de tachyarythmie ventriculaire potentiellement mortelle est dite «secondaire».

La plupart des patients ayant connu des épisodes de tachyarythmie ventriculaire potentiellement mortelle sont hospitalisés. Si aucune cause réversible ou passagère de tachyarythmie ventriculaire n'est cernée et s'il n'y a aucune maladie concomitante grave, on posera, dans la plupart des cas, un DI durant l'hospitalisation de référence. La pose du DI en prévention secondaire devrait se faire dans les trois jours ouvrables suivant la décision d'intervenir. Pour ce qui est des patients considérés comme bons candidats à ce type d'intervention en prévention primaire, ils sont généralement traités en externe.

Comme le traitement par DI vise à prévenir la mort subite chez des patients fortement prédisposés aux tachy-rythmies ventriculaires potentiellement mortelles, ceux qui sont inscrits sur la liste d'attente risquent de succomber à un trouble grave du rythme, trouble qui aurait pu être évité si le DI avait été posé en temps opportun. Il n'existe actuellement aucun document publié sur le risque de mortalité chez les patients dans l'attente d'un DI.

Les points de repère figurent au Tableau 15 pour les délais d'attente en vue de la pose d'un défibrillateur implantable.

3.3 Réadaptation

Les maladies cardiovasculaires (MCV) sont des maladies chroniques qu'on peut maîtriser mais non guérir, tout au moins pour le moment. Aujourd'hui, dans le contexte des interventions moins effractives et des séjours

plus courts à l'hôpital, les soins actifs ne réussissent pas à eux seuls à répondre aux besoins des patients atteints d'une MCV chronique. Une bonne prise en charge des maladies chroniques et la prévention secondaire constituent maintenant des éléments essentiels des soins cardiologiques. Les éléments de base des programmes de réadaptation cardiologique (RC) comprennent le traitement des facteurs de risque de maladie cardiaque, l'éducation, les programmes d'exercices individualisés, les conseils en matière de nutrition, ainsi que le soutien psychosocial et l'orientation professionnelle.

Il est important de faire la distinction entre les patients qui peuvent avoir accès aux services de réadaptation cardiologique (c'est-à-dire ceux pour qui une demande a été faite mais qui doivent peut-être attendre avant de suivre un programme; ceux-ci représentent environ 20 % de la population admissible) et ceux qui ne peuvent pas avoir accès à ces services (c'est-à-dire ceux pour qui aucune demande n'a été faite; ils représentent environ 80 % de la population admissible).

Les points de repère figurent au Tableau 16 pour les délais d'attente en vue de services urgents et semi-urgents de réadaptation cardiologique et, au Tableau 17, les délais pour les malades externes.

Les cas non urgents sont les patients dont l'état est stable au moment de l'évaluation et qui peuvent attendre sans connaître d'événements indésirables graves avant d'avoir accès aux services de réadaptation cardiologique. Le temps d'attente variera probablement selon la catégorie de diagnostic.

Les notes suivantes décrivent certains problèmes susceptibles d'être liés à chacune des catégories de diagnostic. Le «délai idéal» correspond au temps indiqué dans certaines lignes directrices appliquées dans divers programmes et à celui qui devrait donner les meilleurs résultats possible. Le «point de repère» a été défini par le comité d'experts comme le temps qui devrait donner le plus de résultats.

- 1) Certains problèmes physiques (sternotomie) peuvent empêcher les patients concernés d'entreprendre plus tôt un programme d'exercices; par contre, rien ne s'oppose à la mise en œuvre de tous les autres éléments de la réadaptation cardiologique.
- 2) Les patients concernés reprennent généralement le travail et les «fonctions habituelles» peu de temps après l'intervention.
- 3) Les patients concernés ont probablement besoin d'être vus plus tôt étant donné qu'il pourrait y avoir des décisions importantes à prendre, d'ordre médical, social et professionnel.
- 4) Si l'équipe de réadaptation cardiologique voit le patient pour une mobilisation hâtive après une transplantation, elle doit le rencontrer le plus tôt possible. Les patients concernés viennent souvent de l'extérieur.

- 5) L'urgence est probablement liée à des troubles psychosociaux.

4.0 Points à tenir compte

Ressources humaines

Les délais appropriés dans le présent document ont été établis en fonction des besoins des patients cardiaques. Toutefois, il n'est pas possible pour le moment d'atteindre et de maintenir ces délais au Canada en raison de la pénurie actuelle de médecins, de personnel infirmier et de technologues formés dans plusieurs surspécialités (ex. : insuffisance cardiaque, cardiologie interventionnelle, électrophysiologie, échocardiographie), qui sévit au pays.

L'accroissement de la demande de ressources humaines découle de deux grands facteurs :

- Dans bon nombre de professions, nous connaissons déjà une pénurie de professionnels de la santé, ce qui occasionne des engorgements et des attentes indues avant de fournir des soins. Nous avons donc cruellement besoin de professionnels formés, d'une part, pour nous aider à traiter toutes les demandes accumulées et, d'autre part, pour éviter que les listes d'attente ne s'allongent de nouveau après avoir été ramenées à des valeurs acceptables.
- La demande de services et d'interventions cardiovasculaires (ex. : services spécialisés dans le traitement de l'insuffisance cardiaque, défibrillateur implantable) est bien en deçà des taux appropriés d'après les données actuelles, ce qui veut dire que beaucoup de patients présentant une indication pour ce type de soins ne les reçoivent tout simplement pas. Pour atteindre des taux d'utilisation plus appropriés, il faudra investir des sommes considérables en ressources humaines ainsi qu'en ressources matérielles et dans l'infrastructure de soutien.

Répercussions sur d'autres services médicaux et non médicaux

Ces points de repère ont de fortes répercussions, à tout point de vue, sur la cardiologie et les équipes pluridisciplinaires qui traitent les patients cardiaques :

- Après leur intervention, de nombreux patients devront retourner dans leur hôpitaux communautaire ou régional, ce qui se répercutera sur les besoins tant en ressources matérielles qu'en ressources humaines.
- Les exigences pluridisciplinaires du programme de gestion des soins thérapeutiques pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque auront pour effet d'accroître considérablement le recrutement et la formation de professionnels de la santé.
- Le transfert de données et la constitution de dossiers

médicaux électroniques faciliteront grandement le processus.

Actuellement, on envoie les cas urgents et semi-urgents au service d'urgence pour qu'ils soient évalués et traités rapidement. La mise en œuvre réussie de ces points de repère pour les délais d'attente pourra peut-être se traduire par une diminution de la demande de soins à ce service.

Conséquences possibles du non-respect des délais proposés

En ce qui concerne les interventions diagnostiques, lorsque le risque associé à l'attente de l'examen le plus approprié dépasse le risque associé à des examens de rechange moins appropriés et à une stratégie de traitement moins adaptée, le médecin, de concert avec le patient, choisira ces derniers. Si on ajoutait la collecte de données sur l'utilisation non appropriée de techniques, cela permettrait de dresser un tableau plus précis des «engorgements» dans le système et de leur incidence sur la prestation des services de santé.

Suggestions pour respecter les points de repère

La collecte et l'affichage de données sur les délais d'attente, dans chaque territoire, concernant une liste particulière de services et d'interventions devraient être automatisés par l'utilisation du système d'information de chaque établissement. Pour ce faire, il faudrait dresser une liste commune d'interventions à l'échelle du pays pour permettre la gestion du système et les comparaisons interprovinciales et interterritoriales par rapport aux points de repère. L'information recueillie permettrait également de cerner les champs d'activité en situation excédentaire, si champ il y a, et d'aider les centres dotés de ressources limitées à respecter les points de repère quant aux délais d'attente.

Tous les établissements recevant du financement public devraient être obligés de donner des renseignements sur les délais d'attente et sur les ressources comme le personnel, le type de matériel, différents chiffres et l'âge comme condition de fonctionnement.

La plupart des provinces et des régions sanitaires trouveront difficile l'application de ces points de repère sans le soutien de programmes axés sur les patients aux niveaux local, régional et provincial. Cela exigera une planification détaillée et l'intégration de fournisseurs de soins à tous les niveaux : primaire, secondaire, tertiaire et même quaternaire. Les autorités devront étudier de nouveaux modèles de prestation de soins et de rémunération des médecins pour permettre la réussite de ce type de triage pluridisciplinaire intégré et la fourniture satisfaisante de soins. Il faut gérer les listes d'attente et, entre-temps, il faut continuer à traiter les patients inscrits et continuer à les surveiller pour déceler tout signe de détérioration.

Références

Accès à la première consultation en cardiologie

- Baker DW, Hayes RP, Massie BM, Craig CA. Variations in family physicians' and cardiologists' care for patients with heart failure. *American Heart Journal* 1999 November;138(5 Pt 1) :826-34.
- Bellotti P, Badano LP, Acquarone N et al. Specialty-related differences in the epidemiology, clinical profile, management and outcome of patients hospitalized for heart failure; the OSCUR study. Outcome dello Scompenso Cardiaco in relazione all'Utilizzo delle Risorse. [see comment]. *European Heart Journal* 2001 April;22(7) :596-604.
- Dougan JP, Mathew TP, Riddell JW et al. Suspected angina pectoris : a rapid-access chest pain clinic. [see comment]. *Qjm* 2001 December;94(12) :679-86.
- Francis CM, Caruana L, Kearney P et al. Open access echocardiography in management of heart failure in the community [see comments]. *BMJ* 1995 March 11;310(6980) :634-6.
- Glassman PA, Kravitz RL, Petersen LP, Rolph JE. Differences in clinical decision making between internists and cardiologists. *Archives of Internal Medicine* 1997 March 10;157(5) :506-12.
- Halm EA, Browner WS, Tubau JF, Tateo IM, Mangano DT. Echocardiography for assessing cardiac risk in patients having non-cardiac surgery. Study of Perioperative Ischemia Research Group. [see comment] [erratum appears in *Ann Intern Med* 1997 Mar 15;126(6) :494]. *Annals of Internal Medicine* 1996 September 15;125(6) :433-41.
- Natarajan MK, Mehta SR, Holder DH et al. The risks of waiting for cardiac catheterization : a prospective study. [see comment] [erratum appears in *CMAJ*. 2003 Jan 21;168(2) :152.]. *CMAJ Canadian Medical Association Journal* 2002 November 26;167(11) :1233-40.
- Philbin EF, Weil HF, Erb TA, Jenkins PL. Cardiology or primary care for heart failure in the community setting : process of care and clinical outcomes. *Chest* 1999 August;116(2) :346-54.
- Reeder GS. Exercise testing in rapid-access clinics for assessment of chest pain. *Lancet* 2000;356(9248) :2116-30.
- Reis SE, Holubkov R, Zell KA, Edmundowicz D, Shapiro AH, Feldman AM. Unstable angina : specialty-related disparities in implementation of practice guidelines. *Clinical Cardiology* 1998 March;21(3) :207-10.
- Smith LE, Faberi SA, Pai R, Ferry D, Heywood JT. Symptomatic improvement and reduced hospitalization for patients attending a cardiomyopathy clinic. *Clinical Cardiology* 1997;20(11) :949-54.
- Young W, Rewa G, Goodman SG et al. Evaluation of a community-based inner-city disease management program for postmyocardial infarction patients : a randomized controlled trial. [see comment]. *CMAJ Canadian Medical Association Journal* 2003 October 28;169(9) :905-10.
- McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJJV. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission : a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol* 2004;44 :810-819.

Cas urgents et très urgents

- Antman EM et al. ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction. *JACC* 2004; 44 :671-719.
- Braunwald E *et al.* ACC/AHA 2002 Guideline Update for the Management of Patients With Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. *JACC* 2002; 40 :1366-74
- Bertrand ME *et al.* Management of Acute Coronary Syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal* 2002; 23 : 1809-1840 :
- Morrow DA. New insight into clinical risk scores for patients with acute coronary syndromes. *Am Heart J* 2004; 146 : 754-56.

Insuffisance cardiaque

- Naylor CD, Slaughter PM, eds. *Cardiovascular Health and Services in Ontario : An ICES Atlas*. Toronto : Institute for Clinical Evaluative Sciences, 1999 :16-49.
- Michalsen A, König G, Thimme W. Preventable causative factors leading to hospital admission with decompensated heart failure *Heart* 1998;80:437-441.
- Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med*. 1995;333 :1190-5.
- Stewart S, Marley JE, Horowitz JD Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on unplanned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure : a randomised controlled study. *Lancet*. 1999;354 :1077-83.
- F A. McAlister, S Stewart, S Ferrua, J J. J. V. McMurray, Multidisciplinary Strategies for the Management of Heart Failure Patients at High Risk for Admission A Systematic Review of Randomized Trials *J Am Coll Cardiol* 2004;44 :810 -9.
- Gwadry-Sridhar FH, Flintoft V, Lee DS, Lee H, Guyatt GH. A systematic review and meta-analysis of studies comparing readmission rates and mortality rates in patients with heart failure. *Arch Intern Med* 2004;164 :2315-2320.
- Phillips CO, Wright SM, Kern DE, Singa RM, Shepperd S, Rubin HR. Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure : a meta-analysis. *JAMA*. 2004;291 :1358-67.
- DeBusk RF, Houston Miller, N, Parker KM, Bandura A, Chmura Kraemer, H, Cher DJ, *et al.* Care management for low-risk patients with heart failure. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 2004;141 :606-13.
- Atienza F, Anguita M, Martinez-Alzamora N, Osca J, Ojeda S, Almenar L, Ridocci F, Valles F, De Velasco JA. Multicenter randomized trial of a comprehensive hospital discharge and outpatient heart failure management program. *The Eur J Heart Failure* 2004;6 :643-652.
- Johansen H, Strauss B, Arnold JMO, Moe G, Liu P. On the rise : The current and projected future burden of congestive heart failure hospitalization in Canada. *Can J Cardiol*. Mar 31 2003;19(4) :430-435.
- Gustafsson F, Arnold JMO. Heart failure clinics and outpatient management : review of the evidence and call for quality assurance. *Eur Heart J*. Sep 2004;25(18) :1596-1604.

Pontage coronarien et valvulopathie

- Naylor CD, Sykora K, Jaglal SB, *et al.* Waiting for coronary artery bypass surgery : population-based study of 8,517 consecutive patients in Ontario, Canada : the Steering Committee of the Adult Cardiac Care Network of Ontario. *Lancet*. 1995; 346 :1605-1609.
- Ray AA, Buth KJ, Sullivan JA, Johnstone DE, Hirsch GM. Waiting for cardiac surgery : results of a risk-stratified queuing process. *Circulation*. 2001 Sep 18;104(12 Suppl 1) :I92-8.
- Cardiac Care Network of Ontario Website : www.ccn.ca
- March 2004 CCN Consensus Panel Report on Target Setting : www.ccn.ca

Interventions coronariennes percutanées

- Faris PD, Grant FC, Galbraith PD, Gong Y, Ghali WA for the Canadian Cardiovascular Outcomes Research Team. Diagnostic cardiac catheterization and revascularization rates for coronary heart disease. *Cdn J Cardiol* 2004;20 :391-397.
- Cardiac Care Network of Ontario. Consensus Panel on Target Setting (2004) — final report and recommendations. www.ccn.on.ca

Cardiologie nucléaire

- Levels of evidence and grades of recommendation : a guidelines advisory committee comparison of guidelines developer's evidence taxonomies. Ontario Guidelines Advisory Committee 2003 March 7; Available from : URL : <http://gacguidelines.ca/article.pl?sid=03/03/07/2128213&mode=thread>
- ACR Appropriateness Criteria Development and Methodology. American College of Radiology 2004; Available from : URL : http://www.acr.org/ac_pda
- Klocke FJ, et al. ACC/AHA/ASNC Guidelines for the clinical use of cardiac radionuclide imaging. American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines 2003;1-69. Available from : URL : <http://www.acc.org>
- Tanser et al. CCS guidelines for evaluation and management of chronic ischemic coronary artery disease. *Canadian Journal of Cardiology* 1998;14(Suppl C).
- Hadorn DC. Developing priority criteria for magnetic resonance imaging : results from the Western Canada Waiting List Project. *Canadian Association of Radiologists Journal* 2005;53(4) :210-8.
- Health Services Wait Time Information. Manitoba Health 2004 November 30; Available from : URL : <http://www.gov.mb.ca/health/waitlist/index.html>
- Surgical Wait Times. Government of British Columbia 2004 October 7; Available from : URL : <http://www.swl.hlth.gov.bc.ca/swl/index.html>
- Alberta Wait List Registry. Alberta Government 2005 November 30; Available from : URL : <http://www.health.gov.ab.ca/waitlist/WaitListPublicHome.jsp>
- Wait Time Information. Saskatchewan Surgical Care Network 2004 September 30; Available from : URL : <http://www.sasksurgery.ca/wait-list-info.html>
- Cardiac Care Network of Ontario. Cardiac Care Network of Ontario 2004; Available from : URL : <http://www.ccn.on.ca/>
- Medical Imaging in Canada 2004. Ottawa : Canadian Institute for

Health Information; 2004.

- Guidance for Industry : PET drug applications — Content and format for NDAs and ANDAs. U S Department of Health and Human Service, Food and Drug Administration 2000 March; Available from : URL : <http://www.fda.gov/cder/guidance>
- Silberstein EB. Prevalence of adverse reactions to positron emitting radiopharmaceuticals in nuclear medicine. *Pharmacopeia Committee of the Society of Nuclear Medicine. Journal of Nuclear Medicine* 39(12) :2190-2, 1998 December.
- Adams E, Flynn K. Positron Emission Tomography : descriptive analysis of experience with PET in VA. U S Department of Veterans Affairs 1998 December; Available from : URL : <http://www.va.gov/vatap/>
- Dussault, F-P, Nguyen, V. H., and Racher, F. Positron Emission Tomography in Québec. Montréal : Gouvernement du Québec; 2001. Report No. : AÉTMIS 01-3 RE.
- Positron emission tomography (PET) for a number of services. Canberra Medical Services Advisory Committee 2000 March;
- Adams E, Asua J, Olasagasti JC, Erlichman M, Flynn K, Hurtado-Saracho I. Positron Emission Tomography : Experience with PET and Synthesis of the Evidence. *International Network of Agencies for Technology Assessment* 1999 January 4; Available from : URL : http://www.inahta.org/inahta_web/index.asp
- Robert G, Milne R. Positron emission tomography : establishing priorities for health technology assessment. The National Coordinating Centre for Health Technology Assessment 1999 July; Available from : URL : http://www.nchta.org/projectdata/1_project_record_published.asp?PjtId=1026
- Laupacis A, Paszat L, Hodgson D, Benk V. Health technology assessment of PET (positron emission tomography) : a systematic review. *International Network of Agencies for Technology Assessment* 2005; Available from : URL : http://www.ices.on.ca/webpage.cfm?site_id=1&org_id=68&morg_id=0&gsec_id=0&item_id=1536&type=report
- Minnesota Health Technology Advisory Committee. Positron emission tomography (PET) for oncology applications. Minnesota Department of Health 1999; Available from : URL : www.health.state.mn.us/htac/pet.htm
- Mowatt G, Vale L, Brazzelli M, Hernandez R, Murray A, Scott N *et al.* Systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness, and economic evaluation, of myocardial perfusion scintigraphy for the diagnosis and management of angina and myocardial infarction. *Health Technology Assessment* 2004;8(30).
- Patient Access to Care : Cardiac Catheterization. Cardiac Care Network of Ontario 2004 September 25; Available from : URL : www.ccn.on.ca/access/waittimec.html
- Bax JJ, Poldermans D, Elhendy A, Boersma E, Rahimtoola SH. Sensitivity, specificity, and predictive accuracies of various noninvasive techniques for detecting hibernating myocardium. *Current Problems in Cardiology* 26(2) :141-86, 2001 February.
- Beanlands RS, Hendry PJ, Masters RG, deKemp RA, Woodend K, Ruddy TD. Delay in revascularization is associated with increased mortality rate in patients with severe left ventricular dysfunction and viable myocardium on fluorine 18-fluorodeoxyglucose positron emission tomography imaging. *Circulation* 98(19 Suppl) :II51-6, 1998 November 10.

Consultations en électrophysiologie

Massel D. Access to an outpatient cardiology consultation in southwestern Ontario. *Can J Cardiol.* 1999;15 :879-883.

Naylor CD, Levinton CM, Wheeler S *et al.* Queuing for coronary surgery during severe supply-demand mismatch in a Canadian referral centre : a case study of implicit rationing. *Soc Sci Med.* 1993;37 :61-67.

Hippisley-Cox J, Pringle M. Inequalities in access to coronary angiography and revascularisation : the association of deprivation and location of primary care services. *Br J Gen Pract.* 2000;50 :449-454.

Carroll RJ, Horn SD, Soderfeldt B *et al.* International comparison of waiting times for selected cardiovascular procedures. *J Am Coll Cardiol.* 1995;25 :557-563.

Naylor CD, Levinton CM, Baigrie RS. Adapting to waiting lists for coronary revascularization. Do Canadian specialists agree on which patients come first? *Chest.* 1992;101 :715-722.

Stimulateurs cardiaques

Goldman BS, Nishimura S, Lau C. Survey of cardiac pacing in Canada. *Can J Cardiol* 1996; 12 :573-8.

Crysler Report on the Canadian Cardiovascular Market, 2005.

Simpson CS, Fisher MA, Curtis MJ *et al.* Correlation of waiting time with adverse events in patients admitted for nonelective permanent pacemaker implantation. *Can J Cardiol* 1998; 14(6) : 817-821.

Leung WM, Simpson CS, Abdollah H, Ropchan GV, Brennan FJ. Effect of a Dedicated Implant Facility on Waiting Times and morbidity in patients requiring pacemakers. *Pacing Clin Electrophysiol* 2003; 26(2)(II); S145.

Molin F, Page P, Daoust L. Implantation of permanent pacemakers in the electrophysiology laboratory : What has it changed in a general teaching hospital?

Exploration en électrophysiologie et ablation

Vora AM, Green MS, Tang AS. Safety and feasibility of same day discharge in patients undergoing radiofrequency catheter ablation. *Am Heart J.* 1998;81 :233-235.

Bathina MN, Mickelsen S, Brooks C *et al.* Radiofrequency catheter ablation versus medical therapy for initial treatment of supraventricular tachycardia and its impact on quality of life and healthcare costs. *Am J Cardiol.* 1998;82 :589-593.

Marshall DA, O'Brien B, Nichol G. Review of economic evaluations of radiofrequency catheter ablation for cardiac arrhythmias. *Can J Cardiol.* 2003;19 :1285-1304.

Sintetos AL, Roark SF, Smith MS *et al.* Incidence of symptomatic tachycardia in untreated patients with paroxysmal supraventricular tachycardia. *Arch Intern Med.* 1986;146 :2205-2209.

Klein GJ, Bashore TM, Sellers TD *et al.* Ventricular fibrillation in the Wolf-Parkinson-White Syndrome. *N Engl J Med.* 1979;301 :1080-1085.

Mittal S, Iwai S, Stein KM et al. Long-term outcome of patients with unexplained syncope treated with an electrophysiologic-guided approach in the implantable defibrillator era. *J Am Coll Cardiol*. 1999;34 :1082-1089.

Défibrillateurs implantables

The Antiarrhythmics Versus Implantable Defibrillators Investigators. A comparison of antiarrhythmic-drug therapy with implantable defibrillators in patients resuscitated from near-fatal ventricular arrhythmias. *N Engl J Med* 1997;337 :1576-83.

Connolly SJ, Gent M, Roberts RS, et al. Canadian Implantable Defibrillator Study (CIDS) : a randomized trial of the implantable cardioverter defibrillator against amiodarone. *Circulation* 2000;101 :1297-302.

Kuck K-H, Cappato R, Siebels J, Rüpfer R, CASH Investigators. Randomized comparison of antiarrhythmic drug therapy with implantable defibrillators in patients resuscitated from cardiac arrest. *Circulation* 2000;102 :748-54.

Connolly SJ, Hallstrom AP, Cappato R, et al. Meta-analysis of the implantable cardioverter defibrillator secondary prevention trials. *Eur Heart J* 2000;21 :2071-8.

Tang AS, Ross HR, Simpson C, et al. Canadian Cardiovascular Society / Canadian Heart Rhythm Society position paper on implantable cardioverter defibrillator (ICD) use in Canada. *Can J Cardiol* (in press).

Moss AJ, Hall WJ, Cannom DS, et al. Improved survival with an implanted defibrillator in patients with coronary artery disease at high risk for ventricular arrhythmia. *N Engl J Med* 1996;335 :1933-40.

Buxton AE, Lee KL, Fisher JD, et al. A randomized study of the prevention of sudden death in patients with coronary artery disease. *N Engl J Med* 1999;341 :1882-90.

Moss AJ, Zareba W, Hall WJ, et al. Prophylactic implantation of a defibrillator in patients with myocardial infarction and reduced ejection fraction. *N Engl J Med* 2002;346 :877-83.

Bristow MR, Saxon LA, Boehmer J et al. Cardiac-resynchronization therapy with or without an implantable defibrillator in advanced chronic heart failure. *N Engl J Med* 2004;350 :2140-50.

Bardy GH, Lee KL, Mark DB, et al. Amiodarone or an implantable cardioverter-defibrillator for congestive heart failure. *N Engl J Med* 2005;352 :225-37.

Kadish A, Dyer A, Daubert JP, et al. Prophylactic defibrillator implantation in patients with nonischemic dilated cardiomyopathy. *N Engl J Med* 2004;350 :2151-8.

Strickberger SA, Hummel JD, Bartlett TG, et al. Amiodarone versus implantable cardioverter-defibrillator : randomized trial in patients with nonischemic dilated cardiomyopathy and asymptomatic ventricular tachycardia — AMIOVERT. *J Am Coll Cardiol* 2003;41 :1707-12.

Bigger JT, CABG-Patch Investigators. Prophylactic use of implanted cardiac defibrillators in patients at high risk for ventricular arrhythmias after coronary-artery bypass graft surgery. *N Engl J Med* 1997;337 :1569-75.

Hohnloser SH, Kuck K-H, Dorian P, et al. Prophylactic use of an implantable cardioverter-defibrillator after myocardial infarction. *N Engl J Med* 2004;351 :2481-8.

Bänsch D, Antz M, Boczor S, et al. Primary prevention of sudden cardiac death in idiopathic dilated cardiomyopathy : the Cardiomyopathy Trial (CAT). *Circulation* 2002;105 :1453-8.

Nanthakumar K, Epstein AE, Kay N, Plumb VJ, Lee DS. Prophylactic implantable cardioverter-defibrillator therapy in patients with left ventricular systolic dysfunction. *J Am Coll Cardiol* 2004;44 :2166-72.

Simpson CS, O'Neill BJ, Sholdice MM, et al. Canadian Cardiovascular Society commentary on implantable cardioverter defibrillators in Canada. Waiting times and access to care issues. *Can J Cardiol* Vol 21 Suppl A May 15, 2005.

Annexe A. Membres du Groupe de travail sur l'accès aux soins de la SCC

Blair O'Neill, MD (président), Halifax (Nouvelle-Écosse)

Robert Beanlands, MD, Ottawa (Ontario)

James Brophy, MD, Montréal (Québec)

William Dafoe, MD, Edmonton (Alberta)

Anne Ferguson, directrice générale de la SCC

Kevin Glasgow, MD, Toronto (Ontario)

Michelle Graham, MD, Edmonton (Alberta)

Merril Knudtson, MD, Calgary (Alberta)

David Ross, MD, Edmonton (Alberta)

Heather Ross, MD, Toronto (Ontario)

John Rottger, MD, Pincher Creek (Alberta)

Chris Simpson, MD, Kingston (Ontario)

Marcella Sholdice, gestionnaire de projet

Annexe B. Membres des sous-groupes de travail

Accès aux soins dans les cas urgents et très urgents

Blair O'Neill, MD (président), Halifax (Nouvelle-Écosse)

Eric Cohen, MD, Toronto (Ontario)

Stephen Fremes, MD, Toronto (Ontario)

Michelle Graham, MD, Edmonton (Alberta)

Greg Hirsh, MD, Halifax (Nouvelle-Écosse)

Merril Knudtson, MD, Calgary (Alberta)

David Ross, MD, Edmonton (Alberta)

Accès aux consultations auprès de spécialistes et aux examens non effractifs

Merril Knudtson, MD (coprésident), Calgary (Alberta)

John Rottger, MD (coprésident), Pincher Creek (Alberta)

Jay Brophy, MD, Montréal (Québec)

Lyall Higginson, MD, Ottawa (Ontario)

Bruce Josephson, MD, Halifax (Nouvelle-Écosse)

Brad Munt, MD, Vancouver (Colombie-Britannique)

Accès à la cardiologie nucléaire

Rob Beanlands, MD (président), Ottawa (Ontario)

Michael Freeman, MD, Toronto (Ontario)

Karen Gulenchyn, MD (présidente du rapport de l'ACMN sur l'accès à la médecine nucléaire), Hamilton (Ontario)

Marla Kiess, MD, Vancouver (Colombie-Britannique)

Accès aux interventions de revascularisation

David Ross, MD (coprésident), Edmonton (Alberta)
Michelle Graham, MD (coprésident), Edmonton (Alberta)
Eric Cohen, MD, Toronto (Ontario)
Stephen Femes, MD, Toronto (Ontario)
Michelle Graham, MD, Edmonton (Alberta)
Merril Knudtson, MD, Calgary (Alberta)
Blair O'Neill, MD, Halifax (Nouvelle-Écosse)
Jack Tu, MD, Ph.D., Institut de recherche en services de santé

Accès aux services d'électrophysiologie

Chris Simpson, MD, Kingston (Ontario)
Paul Dorian, MD, Toronto (Ontario)
Martin Green, MD, Ottawa (Ontario)
Jeff Healey, MD, Hamilton (Ontario)
Brent Mitchell, MD, Calgary (Alberta)
Francois Phillippon, MD, Sainte-Foy (Québec)
John Sapp, MD, Halifax (Nouvelle-Écosse)
Larry Sterns, MD, Victoria, British Columbia
Raymond Yee, MD, London (Ontario)

Accès aux services spécialisés dans le traitement de l'insuffisance cardiaque

Heather Ross, MD (présidente), Toronto (Ontario)
Malcolm Arnold, MD, London (Ontario)
Israel Belenkie, MD, Calgary, Alberta
Catherine Demers, MD, Hamilton (Ontario)
Paul Dorian, MD, Toronto (Ontario)
Nadia Gianetti, MD, Montréal (Québec)
Haissam Haddad, MD, Ottawa (Ontario)
Jonathan Howlett MD, Halifax (Nouvelle-Écosse)
Andrew Ignaszewski, MD, Vancouver (Colombie-Britannique)
Philip Jong, MD, Toronto (Ontario)
Peter Liu, MD, Toronto (Ontario)
Robert McKelvie, MD, Hamilton (Ontario)
Gordon Moe, MD, Toronto (Ontario)
John D. Parker, Société canadienne de cardiologie
Vivek Rao, MD, Toronto (Ontario)
Jean Rouleau, MD, Montréal (Québec)
Koon Tang Teo, MD, Hamilton (Ontario)
Ross Tsuyuki, MD, Edmonton (Alberta)
Jack Tu, MD, PhD, Institut de recherche en services de santé
Michel White, MD, Montréal (Québec)

Accès à la réadaptation cardiologique

Bill Dafoe, MD (président), Edmonton (Alberta)
Heather Arthur, Ph.D., Hamilton (Ontario)
Louise Beaton, Ottawa (Ontario)
Louise Morrin, Sainte-Foy (Québec)
Helen Stokes, Ph.D., Edmonton (Alberta)

Annexe C. Organisations ayant participé à l'examen des rapports préliminaires

Accès aux soins dans les cas urgents et très urgents

Association canadienne des cardiologues d'intervention (ACCI)
Société canadienne des chirurgiens cardiaques (SCCC)

Accès aux consultations auprès de spécialistes et aux examens non effractifs

La Société canadienne de cardiologie a demandé à 20 de ses membres, également cardiologues dans la communauté, de lire le rapport.

Accès à la cardiologie nucléaire

Association canadienne de médecine nucléaire
Peter Bogaty, MD, Sainte-Foy (Québec)
Ross A. Davies, MD, Ottawa (Ontario)
Terrence D. Ruddy, MD, Ottawa (Ontario)
Gerry Wisenberg, MD, London (Ontario)

Accès aux interventions de revascularisation

La Société canadienne de cardiologie a demandé à 20 de ses membres, également membres de l'ACCI ou de la SCCC, de lire le rapport.

Accès aux services spécialisés dans le traitement de l'insuffisance cardiaque. Deuxième groupe de travail de la conférence consensuelle de la SCC sur le diagnostic et le traitement de l'insuffisance cardiaque

Accès aux services d'électrophysiologie
Canadian Heart Rhythm Society

Accès à la réadaptation cardiologique

Association canadienne de réadaptation cardiaque

Sigles et abréviations

AAS	acide acétylsalicylique
ACC	American College of Cardiology
ACMN	Association canadienne de médecine nucléaire
ACTP	angioplastie coronarienne transluminale percutanée
AHA	American Heart Association
AMC	Association médicale canadienne
CP	coronaropathie
DI	défibrillateur implantable
ECA	enzyme de conversion de l'angiotensine
ECG	électrocardiogramme
EP	électrophysiologie/électrophysiologiste
FA	fibrillation auriculaire
FDG	fluorodésoxyglucose
FE	fraction d'éjection
FV	fibrillation ventriculaire
IAM	infarctus aigu du myocarde
IC	insuffisance cardiaque
ICP	intervention coronarienne percutanée
IM	infarctus du myocarde
IM+(ST)	infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST
IPM	imagerie de perfusion myocardique
MD	médecin
PGST	programme de gestion des soins thérapeutiques
RC	réadaptation cardiologique
RC	resynchronisation cardiaque
s.o.	sans objet
SCA	syndrome coronarien aigu
SCA-(ST)	syndrome coronarien aigu sans sus-décalage du segment ST
SCC	Société canadienne de cardiologie
SIC	spécialiste en insuffisance cardiaque
STT	stimulation transveineuse temporaire
TEP	tomographie par émission de positrons
TEM	tomographie d'émission monophotonique
TV	tachycardie ventriculaire
VG	ventricule gauche/ventriculaire gauche

Références

- 1 Association canadienne des radio-oncologues. Comité de la main d'œuvre et des normes de soins en radio-oncologie, septembre 2000.
- 2 Klocke FJ, et al. ACC/AHA/ASNC Guidelines for the clinical use of cardiac radionuclide imaging. American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines 2003;1-69. Site Web : www.acc.org.
- 3 Tanser et al. CCS guidelines for evaluation and management of chronic ischemic coronary artery disease. *Can J Cardio* 1998;14 (Suppl C).
- 4 Association canadienne de médecine nucléaire (ACMN). Mémoire présenté à l'Alliance canadienne pour l'accès en temps opportun, K. Y. Gulenchyn et coll., 2005.
- 5 Sous-document du mémoire de l'ACMN, sur l'imagerie nucléaire cardiologique, préparé pour la SCC et l'ACMN, par un groupe de la SCC, 2005.

Annexe C : Points de repère pour Association canadienne des médecins d'urgence

Prendre en main le problème d'encombrement dans les services d'urgence du Canada, 16 juin 2005

Analyse de la situation

En 2004, les premiers ministres du Canada ont décidé d'un *Plan décennal pour consolider les soins de la santé*, affirmant que d'améliorer l'accès aux soins et de réduire les temps d'attente sont une préoccupation nationale et une priorité claire. Les médecins et les gouvernements provinciaux du Canada ont franchi certaines premières étapes importantes afin de réduire les temps d'attente en commençant avec cinq domaines prioritaires qui comprennent les soins cardiaques, les soins contre le cancer, l'imagerie diagnostique, la restauration de la vue et les remplacements d'articulations.

L'Alliance sur les temps d'attente, composée de six groupes spécialisés, a été formée afin d'assister les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux dans l'identification de points de repère fondés sur des preuves pour des temps d'attente médicalement acceptables pour les cinq domaines prioritaires et pour fournir des conseils sur la mise en oeuvre de stratégies de réduction de temps d'attente.

Par l'entremise du Transfert canadien en matière de santé, le gouvernement fédéral s'est engagé à remettre 4,5 milliards de dollars au cours des six prochaines années au Fonds pour la réduction des temps d'attente. Selon les priorités juridictionnelles dans le cadre de l'Accord sur les soins de santé, les provinces et les territoires détermineront où seront répartis ces dollars. Dans le budget 2005, le gouvernement fédéral a annoncé 15 millions de dollars supplémentaires pour la réduction des temps d'attente.

Le travail sur la Stratégie de réduction du temps d'attente est en cours dans chacune des provinces. L'Accord sur les soins de santé a engagé les gouvernements fédéral et provinciaux à développer des points de repère fondés sur des preuves pour des temps d'attente médicalement acceptables pour les cinq domaines prioritaires d'ici décembre 2005. Les plans pluriannuels pour atteindre ces cibles doivent être en place d'ici mars 2007.

Ce qu'il manque dans la Stratégie de réduction du temps d'attente : Le besoin d'aborder la crise dans les services d'urgence du Canada

Le temps d'attente dans les services d'urgence du Canada

est un problème de grande importance pour les Canadiennes et les Canadiens. Soixante-quatorze pour cent (74 %) des Canadiens ont indiqué qu'ils sont inquiets en ce qui concerne l'attente et la détérioration du service dans les services d'urgence. Le temps d'attente prolongé est une épidémie nationale au Canada et un problème continu dans les autres pays à travers le monde, y compris aux États-Unis. La cause principale des temps d'attente prolongés est l'encombrement des services d'urgence.

L'encombrement est le problème le plus sérieux auquel les services d'urgence du Canada doivent faire face ainsi qu'un problème très sérieux en ce qui concerne la santé du patient. L'encombrement se traduit par l'augmentation de la souffrance des patients, du temps d'attente prolongé, la détérioration des niveaux de service, et parfois, l'aggravation de la condition médicale ou même la perte de vie. À moins de prendre des mesures pour s'occuper efficacement de ce besoin, la santé des patients continuera à être compromise et il continuera à y avoir des décès qui auraient pu être évités.

De plus, les services d'urgence continuent d'être un point d'accès important au système de santé et, à ce titre, ils sont devenus un indicateur très visible de l'état général des soins de santé canadiens.

Les services d'urgence canadiens reçoivent 10 millions de visiteurs chaque année et l'opinion des Canadiens sur les temps d'attente est en grande partie déterminée par leurs expériences dans les services d'urgence.

Encombrement des services d'urgence – Crise de première ligne

L'encombrement est défini comme une situation dans laquelle la demande de services d'urgence dépasse l'habileté d'un service d'urgence à fournir des soins de qualité dans un délai médicalement acceptable.

La cause principale de l'encombrement est le manque de lits dans les salles communes et dans les unités de soins intensifs. Avec le manque de lits d'hôpitaux, les patients en surplus sont souvent « entreposés » dans les services d'urgence, créant ainsi une situation où les patients les plus malades sont privés de l'accès à des soins rapides. La capacité

de lits réservés aux soins d'urgence est aussi considérablement affectée par les patients qui requièrent un « autre niveau de soins » (ANS), des patients qui pourraient être soignés à la maison, les manques de ressources pour les soins à la maison ainsi que le manque de lits pour les malades chroniques et les soins palliatifs. Ces patients monopolisent jusqu'à 20 % des lits d'hôpitaux réservés aux soins d'urgence et contribuent au problème d'encombrement des services d'urgence en empêchant l'admission de patients de l'urgence à des lits d'hôpitaux. En moyenne, un patient « entreposé » dans le service d'urgence bloque l'accès de quatre patients par heure au service d'urgence, contribuant ainsi directement aux temps d'attente prolongés et à la souffrance des patients.

Pendant la dernière décennie, le Canada a assisté à une diminution de quarante pour cent (40 %) de la capacité totale des lits d'hôpitaux attribuable à des coupures de

financement du gouvernement. Les fermetures d'hôpitaux et de lits, ajoutées à une population de patients vieillissante et de plus en plus complexe ont créé une crise d'encombrement dans les services d'urgence à travers le pays.

Des études effectuées en Angleterre ont montré que les services d'urgence sont rarement encombrés quand le taux d'occupation des lits approche quatre-vingt cinq pour cent (85 %), mais qu'ils le sont invariablement quand l'occupation est de plus de quatre-vingt dix pour cent (90 %). La plupart des hôpitaux du Canada fonctionnent avec des taux d'occupation des lits de quatre-vingt-quinze pour cent (95 %). L'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) croit que si la capacité des lits pouvait être rétablie et que l'objectif d'arriver à une adéquation entre le niveau de soins et les besoins des patients et de placer le « bon patient » dans le « bon lit » était fixé, alors le problème des temps d'attente interminables et de l'encombrement serait en grande partie résolu.

Temps d'attente médicalement acceptables dans les services d'urgence du Canada

Les temps d'attente médicalement acceptables dans les services d'urgence canadiens ont déjà été identifiés et sont définis par l'échelle canadienne de triage et de gravité (ÉTG).

L'échelle a été développée par l'ACMU en 1998. Les objectifs de l'ÉTG sont de définir avec plus de précision les besoins des patient en soins rapides et de permettre aux services d'urgence d'évaluer le niveau d'acuité de ces besoins; leurs besoins en ressources et leur performance en prévision de certains objectifs d'intervention.

Lors de leur première admission au service d'urgence, les patients sont assignés à un niveau de triage basé sur l'urgence apparente du problème présenté. Les patients sont assignés à une des cinq catégories selon le niveau d'urgence et, chaque niveau comprend un temps de réaction fractile prévu qui indique le temps d'attente maximum pour ce type de problème.

L'ÉTG est actuellement utilisée dans environ quatre-vingt pour cent (80 %) des services d'urgence canadiens. Les cinq niveaux de triage de l'ÉTG sont comme suit :

Niveau de l'ÉTG	Niveau de la maladie/gravité	Temps de réaction des infirmiers	Temps de réaction des médecins	Diagnostic sentinelle	Réaction fractile	Taux d'admission
Niveau 1	Réanimation	Immédiat	Immédiat	Arrêt cardiaque	98%	70-90%
Niveau 2	Imminent	Immédiat	<15 minutes	Douleur thoracique	95%	40-70%
Niveau 3	Urgent	<30 minutes	<30 minutes	Asthme modéré	90%	20-40%
Niveau 4	Moins urgent	<60 minutes	<60 minutes	Traumatisme mineur	85%	10-20%
Niveau 5	Non urgent	<120 minutes	<120 minutes	Rhume	80%	0-10%

Notes :

- En reconnaissance de grands changements dans la demande de soins et sachant que les idéaux ne peuvent pas toujours être atteints sans ressources illimitées, chaque niveau de triage se voit attribué un objectif de réaction fractile. Une réaction fractile est la proportion des consultations pour un niveau de triage donné où les patients avaient été classés dans le délai défini pour ce niveau par l'ÉTG. Une réaction fractile ne s'occupe pas de savoir si le délai absolu pour un individu est raisonnable ou acceptable.
- Ce qui signifie que même si un patient de niveau 2 devrait être vu dans un délai de 15 minutes, cela peut ne se produire que 95 % du temps. Même si l'objectif de délai pour les patients du niveau 5 est de deux heures, le fractile de 80 % signifie qu'à l'occasion, des patients peuvent attendre plus de six heures. Des erreurs d'évaluation des patients peuvent se produire lorsque les temps d'attente sont au-delà des temps de réaction recommandés.
- Le temps de réaction des médecins pour les niveaux 1 et 2 de l'ÉTG sont basés sur des observations scientifiques. Les temps de réponse des médecins pour tous les autres niveaux sont basés sur l'opinion et l'avis

unanime de médecins experts ainsi que sur la supposition de conditions opérationnelles idéales.

- Les temps de réactions définis par l'ÉTG ne sont, en ce moment, que des lignes de conduite. Elles ne restent que des lignes directrices minimales non distinctes et non respectées pour la performance opérationnelle des services d'urgence canadiens.

Ne pas aborder le problème de l'encombrement et des temps d'attente des services d'urgence – Qu'est-ce qui est en jeu?

Jusqu'à ce que le problème de l'encombrement et des temps d'attente sur la ligne de front dans les services d'urgence canadiens soit abordé, l'ACMU croit que les Canadiennes et les Canadiens continueront à douter de la sécurité et de l'accessibilité de leur système de santé.

Peu importe les progrès qui sont faits dans les autres domaines en ce qui concerne le temps d'attente, si nous ne pouvons pas améliorer l'expérience des patients de première ligne, nous risquons alors de donner l'impression que les temps d'attentes ne sont pas abordés. La fréquence des reportages des médias concernant les ambulances dérivées, les longs temps d'attente et malheureusement, l'aggravation de la condition médicale ou même la perte de vie continueront à saper la confiance en notre système de santé.

L'ACMU croit que réussir à soulager l'encombrement des services d'urgence aidera à construire un dynamisme positif pour les autres réformes clés de la santé et démontrera une réforme significative pour améliorer les soins aux patients.

Le détournement des patients n'est pas le problème principal

Un des mythes les plus fréquents à propos de l'encombrement est le fait qu'il est causé par des gens qui optent pour une visite au service des urgences alors qu'ils pourraient être soignés ailleurs. Ce n'est tout simplement pas le cas. La réalité est que les services d'urgence peuvent traiter ces cas efficacement et à peu de frais différentiel, sinon aucun. Étant donné les coûts relativement fixes du fonctionnement d'un service d'urgence (installation, personnel, accès de 24 heures), les patients non urgents ne coûtent pas plus d'argent au système.

Les patients non urgents ne sont pas pertinents au problème d'encombrement parce qu'ils n'occupent pas de civières réservées à l'urgence, ils requièrent peu ou pas de soins infirmiers et ils ont habituellement des temps de traitement brefs. Dans son rapport sur le renouvellement des soins de santé primaires, l'Association médicale canadienne déclare sans équivoque que les initiatives de la

santé publique visant à détourner les patients non urgents du service d'urgence n'auront aucune conséquence sur le problème de l'encombrement. De la même façon, l'étude sur l'encombrement par l'American College of Emergency Physicians montre que lorsqu'il y a plus de personnes dans les salles d'attentes, l'utilisation non urgente du service d'urgence n'a aucun effet sur la zone de traitement.

Les services d'urgence fournissent aussi un important accès aux soins aux personnes dans le besoin. En déplaçant ces patients dans d'autres centres de soins primaires, des frais supplémentaires seront encourus.

Solutions et facteurs de succès cruciaux

L'ACMU croit que l'échelle de l'ÉTG est déjà reconnue comme LA norme des temps d'attente médicalement acceptables dans les services d'urgence canadiens. L'ACMU recommande fortement que l'échelle soit adoptée par les gouvernements fédéral et provinciaux et incorporée dans la Stratégie nationale de réduction du temps d'attente.

Tous les hôpitaux n'ont pas incorporé l'ÉTG dans la gestion de leurs soins d'urgence. Comme première étape de la mise en œuvre, chaque juridiction doit s'assurer que l'échelle de l'ÉTG est utilisée dans tous les hôpitaux. Dans beaucoup d'hôpitaux, il n'y a pas de système informatisé commun pour enregistrer les interventions du service d'urgence. L'ACMU recommande que chaque juridiction s'assure que les systèmes soient mis en place afin d'enregistrer le temps d'attente selon l'échelle de l'ÉTG.

L'ACMU recommande aussi que chaque juridiction crée des groupes de travail afin d'examiner et d'aborder les défis en répondant aux normes de l'ÉTG pour toutes les visites au service d'urgence. Cela comprend déterminer le nombre de lits d'urgence supplémentaires requis dans chaque hôpital et dans la communauté, les problèmes de ressources humaines, les normes opérationnelles minimales pour les services d'urgence et les autres facteurs.

Points de repère et indicateurs

Dans la plupart des services d'urgence du Canada, il y a déjà des indicateurs et des points de repère en place afin de suivre de près l'activité du service d'urgence. La base de données a été développée par le National CTAS working group et le Canadian Emergency Department Working Group (CEDIS). Les normes ont été établies et la collecte des données peut commencer. Le temps de triage, le temps des soins infirmiers, le temps des médecins, le temps d'admission et le temps de transfert à un étage sont tous des indicateurs de l'encombrement.

Cette donnée est facilement récupérable et peut être utilisée comme point de repère lorsque des changements sont mis en place afin de remédier à l'encombrement du service d'urgence.

À propos de l'ACMU

L'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) est un organisme national d'assistance judiciaire et de développement professionnel qui représente 1 800 médecins d'urgence du Canada. La mission de l'ACMU est de fournir une gestion des soins de santé d'urgence avec comme objectif d'améliorer la santé et la sécurité pour tous les Canadiens et Canadiennes.

Information personne-ressource

D^r Andrew Affleck
Président, ACMU
Tél : 807 624-4839
afflecka@shaw.ca

D^r Alan Drummond
Président, comité des
relations publiques, ACMU
Tél : 613 267-6222

M^{me} Valoree McKay
Directrice générale, ACMU,
Tél : 613 523-3343, poste 15
execdir@caep.ca

Références

1. Premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux. Plan décennal pour consolider les soins de santé. Ottawa : Santé Canada; septembre 2004.
2. Chaoulli c. Québec (procureur général), 2005 CSC.
3. Alliance sur les temps d'attente. *Plus jamais d'attente! Pour une meilleure gestion grâce aux points de repère et aux pratiques exemplaires*. Ottawa : AMC; avril 2005. Disponible : http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Media_Release/pdf/2005/French/no_more_wait_f.pdf (consulté le 27 juillet 2005).
4. *Family medicine in Canada: vision for the future*. Mississauga : Collège des médecins de famille du Canada; novembre 2004.
5. Tu JV, Pinfold SP, McColgan P, Laupacis A. *Access to health services in Ontario*. Toronto : Institute for Clinical Evaluative Sciences; avril 2005 : p.5. Disponible : www.ices.on.ca/webpage.cfm?site_id=1&org_id=31&morg_id=0&gsec_id=0&item_id=2862 (consulté le 27 juillet 2005).
6. Sanmartin C, Gendron F, Berthelot J-M, Murphy K. *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2003*. Ottawa : Statistique Canada; 2004. No 82-575-XIF au catalogue.
7. Decima Research. Decima Express national telephone poll for the College of Family Physicians of Canada; octobre 2004.
8. Hurst J, Siciliani L. *Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries*. Paris : Organisation pour la coopération et le développement économiques; juillet 2003 : p. 10. Health working paper no. 6.
9. Projet de loi C-39 : *Loi modifiant la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et édictant la Loi concernant l'octroi d'une aide financière à l'égard d'équipements diagnostiques et médicaux*. Gazette du Canada, Chapitre 11, Vol., 28, No 2.
10. *Moving forward: final report*. Calgary : Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada; 28 février 2005. Disponible à : http://www.wcwl.ca/media/pdf/news/moving_forward/report.pdf (consulté le 27 juillet 2005).
11. "Wait" watchers...weighing in on wait time initiatives across ACAHO members. Ottawa : Association of Canadian Academic Healthcare Organizations; mars 2005 : p. 6.
12. Référence supprimée.
13. Ross Baker GR, Schwartz F. *Strategies for addressing waits and delays in the Ontario cancer system*. Toronto : Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario; 16 novembre 2004.
14. *Indicateurs de la santé comparables — Canada, provinces et territoires, novembre 2004*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé; novembre 2004. Disponible http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=prtwg_2004_f (consulté le 27 juillet 2005).
15. *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie — Problèmes et options pour le Canada* (rapport provisoire du Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie : Rapport 3). Ottawa : gouvernement du Canada; novembre 2004. Disponible : <http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/socio-f/rep-f/report3/repintnov04vol3-f.htm> (consulté le 27 juillet 2005).
16. Siciliani L, Hurst J. *Explaining wait time variations for elective surgery across OECD countries*. Paris : Organisation pour la coopération et le développement économiques; octobre 2003. Health working paper 7.
17. *Le renouvellement des soins de santé au Canada — Accélérer le changement*. Ottawa : Conseil canadien de la santé; janvier 2005. Disponible : http://hcc-ccs.com/report/Annual_Report/Accelerer_le_changement_CCS_2005.pdf (consulté le 27 juillet 2005).
18. *L'imagerie médicale au Canada*. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé; septembre 2003. Disponible : http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_1043_F&cw_topic=1043 (consulté le 27 juillet 2005).
19. Curry L. *Imaging the future: final report*. Ottawa : Association canadienne des radiologistes; novembre 2004. Disponible : www.car.ca/about_car/publications/future/Imaging_final.pdf (consulté le 27 juillet 2005).
20. Vertesi L. Reporting role of the WG/WTA. Communication présentée à l'atelier Maîtriser les files d'attente II, le 31 mars 2005. Disponible : www.cprn.org/en/doc.cfm?doc=1288 (consulté le 27 juillet 2005).
21. McMurtry R, Vertesi L. Taming the queue. Communication présentée à l'atelier Maîtriser les files d'attentes II, le 1er avril 2005. Disponible : www.cprn.org/en/doc.cfm?doc=1289 (consulté le 27 juillet 2005).
22. Field MJ, Lohr KN (réd.). *Guidelines for clinical practice: from development to use*. Washington : National Academy Press; 1992.
23. *Diagnostic imaging referral guidelines*. Ottawa : Canadian Association of Radiologists; mai 2005.
24. *Ordonnance pour la viabilité — Une charte canadienne de la santé* (document de travail). Ottawa : Association médicale canadienne; juin 2002.
25. Hurst J. OECD project on waiting times for elective surgery. Presentation at Taming of the Queue I, Aylmer, Que.; 31 mars 2004.



Canadian
Cardiovascular
Society
Société
canadienne
de cardiologie

CANM
ACMN

CANADIAN
ASSOCIATION OF
RADIOLOGISTS



L'ASSOCIATION
CANADIENNE DES
RADIOLOGISTES



ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

Association médicale canadienne

Centre des services aux membres

1867, prom. Alta Vista

Ottawa (Ont.) K1G 3Y6

613 731-8610 • 888 855-2555 x2307

mhc@cma.ca

amc.ca