



Éclaircir la question des temps d'attente

Que signifient des réductions
et des garanties substantielles?

*Une mise à jour sur les temps
d'attente dans les services de santé*

Juin 2007

Health Council of Canada



Conseil canadien de la santé

P R E N D R E L E P O U L S

REMERCIEMENTS

Le Conseil canadien de la santé tient à remercier les membres du Conseil qui ont piloté l'élaboration de ce rapport : D^{re} Jeanne Besner, M. Jean-Guy Finn, D^r Alex Gillis, M^{me} Lyn McLeod, M. Mike Shaw et D^r Les Vertesi. Merci également au consultant John McGurran ainsi qu'à tous les membres du secrétariat qui ont contribué à ce rapport, et plus particulièrement à Kira Leeb, Lisa Maslove, Diane Watson et Amy Zieler.

La réalisation de ce rapport a été rendue possible grâce à la participation financière de Santé Canada. Les opinions exprimées dans ce document représentent le point de vue du Conseil canadien de la santé, agissant en son nom seul sans le contrôle ni la supervision de Santé Canada. Cette publication ne reflète pas nécessairement les opinions de Santé Canada, ni celles d'un gouvernement provincial ou territorial.

Pour joindre le Conseil canadien de la santé :

Téléphone : 416 481-7397
Télécopieur : 416 481-1381
Adresse : 90, avenue Eglinton Est, bureau 900
Toronto (Ontario) M4P 2Y3
Internet : www.conseilcanadiendelasante.ca

Éclaircir la question des temps d'attente :
Que signifient des réductions et des garanties substantielles?
Une mise à jour sur les temps d'attente dans les services de santé
Juin 2007

ISBN 978 1 897463 31 4

Le contenu de cette publication peut être reproduit en tout ou en partie, à des fins non commerciales uniquement et avec le plein consentement du Conseil canadien de la santé.

© 2007 Conseil canadien de la santé

This publication is also available in English.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
Engagements	9
Réductions substantielles des temps d'attente : Un fait accompli?	15
Garanties de temps d'attente : Que vont-elles changer?	23
Que nous réserve l'avenir?	32
Jetons la lumière : Histoires de réussites dans la réduction des temps d'attente	
Soins cardiaques en Ontario : Retour au futur	6
Soins contre le cancer en Nouvelle-Écosse : Les temps d'attente sont l'un des éléments du continuum	13
Opérations de la hanche et du genou en Colombie-Britannique : Rattacher les pointillés	21
Imagerie diagnostique en Saskatchewan : Tirer des leçons des réussites en chirurgie	30
Opération de la cataracte en Ontario : Une vision de changement	33
Tableaux	
Tableau 1. Récentes données sur les temps d'attente et les tendances pour des procédures sélectionnées – Sources : sites Web des gouvernements provinciaux	16
Tableau 2. Garanties de temps d'attente par province et territoire	28
Références	35
Aperçu du Conseil canadien de la santé	36

L'HISTOIRE DE FRANK

À la suite d'une chute à bicyclette, et après deux visites à l'hôpital pour deux radiographies successives, Frank a reçu un diagnostic de fracture de la hanche en 2002. Une intervention chirurgicale a remédié à la fracture, mais trois ans plus tard, Frank alors âgé de 57 ans a commencé à souffrir de douleurs et à avoir du mal à marcher sur de longues distances. Même dans ses activités quotidiennes, il s'est mis à marcher en boitant. Une IRM ayant confirmé que de plus amples examens étaient nécessaires, Frank a été aiguillé vers un chirurgien orthopédiste spécialisé dans le remplacement de la hanche.

Frank a dû attendre cinq mois pour obtenir une visite chez ce chirurgien orthopédiste, qui a conclu qu'il fallait procéder au remplacement complet de la hanche – c'est-à-dire faire une opération chirurgicale pour remplacer l'ossature endommagée par une articulation artificielle. À la suite de cette visite, Frank s'est retrouvé de nouveau sur une liste d'attente. À sa connaissance, cette liste était gérée par un membre du personnel du bureau de ce chirurgien « sans consultation avec le bureau d'autres chirurgiens ou avec le service hospitalier, et sans priorisation des cas, sauf pour les interventions prévues au calendrier ».

Périodiquement, Frank a appelé le bureau de son chirurgien pour savoir où il en était sur la liste d'attente. Mais personne ne semblait avoir réponse à cette question. Il y avait eu des retards en raison de l'état de santé du chirurgien. Frank a donc continué à faire régulièrement des appels et, finalement, il a obtenu une date pour une opération chirurgicale – presque un an après la confirmation de la nécessité d'une opération de remplacement de la hanche. Six semaines après cette opération, Frank a déclaré : « Je pouvais marcher mieux que je n'avais pu le faire depuis au moins un an et demi, et sans boiter. »

Nous savons, d'après les données statistiques et les récits présentés dans ce rapport, que l'expérience de Frank – qui est une expérience vécue – ne reflète pas celle de tous les Canadiens. Mais pour illustrer comment les patients peuvent être touchés par des changements de politique, nous allons revenir plusieurs fois sur l'histoire de Frank afin de mieux éclaircir les questions actuelles que posent les temps d'attente pour les services de santé non urgents.

INTRODUCTION

Attendre des soins de santé nécessaires est difficile, qu'on soit un enfant de neuf ans qui attend de consulter un spécialiste en santé mentale ou un homme de 57 ans qui attend de voir un chirurgien pour un remplacement de la hanche. Attendre trop longtemps peut aggraver un problème de santé ou provoquer un état d'anxiété nuisible à la capacité de vivre au quotidien.

Les longues attentes ont aussi des répercussions sur la performance du système de soins de santé. Ainsi, quand trop de personnes attendent trop longtemps, les frais administratifs de gestion des listes d'attente augmentent, de même que les coûts des complications médicales possibles pour les patients.

Chaque année, environ 1 Canadien sur 10 consulte un spécialiste de la santé et beaucoup de ces patients font alors l'expérience des temps d'attente¹. Selon des sondages effectués en 2003 et 2005, les Canadiens ont connu des temps d'attente d'environ quatre semaines en moyenne pour voir un spécialiste, avec très peu de changement entre ces deux années. Une personne sur cinq qui a consulté un spécialiste (21 %) a déclaré avoir eu des difficultés à obtenir des soins. Et deux tiers de ces personnes (68 %) ont jugé que leurs temps d'attente

avaient été trop longs. En 2003 et 2005, les Canadiens ont aussi déclaré que les temps d'attente faisaient obstacles aux opérations chirurgicales et aux examens diagnostiques non urgents dont ils avaient besoin. Nous disposons actuellement de renseignements partiels sur les temps d'attente des Canadiens pour les soins spécialisés, mais nous avons très peu de données sur les répercussions de ces temps d'attente pour le bien-être des patients ou le bon fonctionnement du système de santé.

Les temps d'attente sont l'une des grandes préoccupations des Canadiens depuis plusieurs années : les Canadiens veulent avoir confiance qu'ils obtiendront les services de santé requis, quand ils en auront besoin. En réponse, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se sont engagés en 2004 à réduire les temps d'attente dans cinq domaines cliniques prioritaires. Le gouvernement fédéral a créé le Fonds pour la réduction des temps d'attente, de 5,5 milliards de dollars, que les provinces et les territoires utilisent pour réduire les temps d'attente dans le domaine de la santé. Ce fonds décennal existera jusqu'en 2014.

Cinq domaines prioritaires

Dans l'*Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, conclu en 2003, le premier ministre du Canada et les premiers ministres des provinces et des territoires se sont engagés à assurer l'accès en temps opportun aux services de santé. Dans le *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, signé en 2004, ils se sont par ailleurs engagés à « réduire substantiellement [d'ici le 31 mars 2007] les temps d'attente dans des domaines prioritaires comme » :

- la restauration de la vue (opération de la cataracte);
- l'imagerie diagnostique (par exemple, IRM, tomodensitogrammes);
- les soins contre le cancer (par exemple, chirurgie et radiothérapie);
- les soins cardiaques (par exemple, pontages cardiaques);
- les remplacements d'articulations (opérations chirurgicales pour la pose d'articulations artificielles de la hanche et du genou).

Dans cette mise à jour, le Conseil canadien de la santé présente un rapport d'étape sur les progrès accomplis pour réduire les temps d'attente dans les services de santé, tout particulièrement à la lumière de l'engagement national de « réduire substantiellement les temps d'attente dans des domaines prioritaires » d'ici le 31 mars 2007. Ce rapport porte sur les temps d'attente pour les soins *non urgents*, les soins urgents étant traités avec urgence au Canada. Pour commencer, nous rappelons les promesses des gouvernements en 2003 et 2004, ainsi que les constatations du Conseil canadien de la santé dans ses rapports précédents. Nous rassemblons des données provenant des provinces et des territoires, de rapports récemment publiés et d'entrevues à propos de programmes sélectionnés, et nous terminons cette partie de notre rapport avec trois messages clés :

- 1) Dans tous les secteurs de compétence, des activités importantes sont en cours pour améliorer les temps d'attente dans les services de santé.
- 2) Dans certains secteurs de compétence, et pour certains services, il existe des données qui montrent la réduction parfois radicale des temps d'attente.
- 3) Toutefois, les renseignements nécessaires pour brosser un tableau à l'échelle de tout le Canada – renseignements qui permettraient aux Canadiens de voir quels changements ont été apportés au fil des années et de comparer les données sur les temps d'attente dans les différentes parties du pays – ne sont pas disponibles pour tous les secteurs de compétence, même s'il est parfaitement clair qu'ils devraient l'être.

Mais nous en tenir à ces conclusions ne serait pas faire justice aux activités entreprises par les gouvernements. C'est pourquoi, comme dans ses précédents rapports, le Conseil canadien de la santé met en lumière des programmes sélectionnés pour illustrer les changements remarquables qui ont été réalisés dans le renouvellement des soins de santé au Canada. À partir d'entrevues avec certains des instigateurs de ces changements, les cinq récits présentés au fil de ce rapport donnent un aperçu des activités entreprises pour améliorer l'accès aux soins dans chacun des cinq domaines cliniques prioritaires. Certains de ces récits font état d'activités bien en place, dont les résultats montrent clairement la valeur, tandis que d'autres évoquent des activités relativement nouvelles. Durant ces entrevues, un certain nombre de thèmes sont apparus sur les facteurs clés de succès pour réduire les temps d'attente dans les services de santé. Ces facteurs sont les suivants :

- l'appui des chefs gouvernementaux;
- un leadership solide qui rassemble les partisans des progrès administratifs et cliniques dans les programmes;
- un personnel à plein temps déterminé à obtenir des résultats;
- des systèmes d'information qui permettent de centraliser les listes d'attente, de faire le suivi des temps d'attente à l'échelle locale comme à l'échelle provinciale et de communiquer ces renseignements au public;
- un financement adéquat pour mettre en place les systèmes d'information nécessaires, ainsi que le leadership requis par les programmes;
- une approche globale et complète face aux nombreux changements, grands et petits, à effectuer pour réduire les temps d'attente dans les services de santé.

À en juger par ces initiatives, il nous semble que les Canadiens devraient bientôt pouvoir constater plus clairement quels progrès sont faits pour réduire les temps d'attente dans le domaine de la santé – tout au moins dans certaines parties du pays. Nous encourageons les responsables qui travaillent à la réduction des temps d'attente dans chacune de leur région respective à s'informer des nombreux programmes actuellement en cours.

Enfin, nous concluons cette mise à jour en présentant un compte rendu sur les nouvelles « garanties de temps d'attente pour les patients » annoncées par le gouvernement fédéral dans son Budget de 2007 et nous étudions certaines des questions que les Canadiens pourraient avoir pour leur gouvernement à la suite de cette annonce.

JETONS LA LUMIÈRE...

Soins cardiaques en Ontario : Retour au futur

Quand les patients sont aiguillés vers une opération cardiaque en Ontario, ils ont un aperçu de ce que nous réserve le futur, et cela de deux façons : ils obtiennent une estimation personnalisée qui leur indique approximativement quand ils devraient subir cette opération, et ils sont branchés à un système de gestion de l'accès aux soins qui, de l'avis de beaucoup, montre un futur possible.

Pour le Cardiac Care Network of Ontario (CCN), le futur a commencé il y a 17 ans. Ce réseau, qui a vu le jour en raison du mécontentement du public face aux patients qui mouraient en attente d'une opération cardiaque, a été fondé en 1990. Son rôle est de conseiller le ministère provincial de la Santé et des Soins de longue durée sur les services de soins avancés de cardiologie pour les adultes et de coordonner les moyens d'améliorer ces services. Longtemps, il n'y avait eu aucun « système » pour coordonner l'accès à ces soins, ce qui est typique de l'histoire de la gestion des temps d'attente.

« Les temps d'attente étaient courts dans certains centres, et longs dans d'autres, et personne n'avait connaissance de la liste des autres », dit Heather Sherrard, directrice générale suppléante du CCN et vice-présidente des Services cliniques à l'Institut du cœur, à l'Université d'Ottawa. Cet institut est l'un des 17 centres de cardiologie qui font maintenant partie de ce réseau provincial. Auparavant, vous pouviez obtenir rapidement un traitement ou attendre selon votre région de résidence, et peu importait si vos besoins étaient urgents ou si l'attente pouvait présenter des dangers. La tâche clé du CCN a donc été d'instaurer un système qui puisse rapidement faire avancer les patients dans les files d'attente, et d'un centre à un autre, quand leur état de santé commence à se détériorer. Pour cela, il fallait une base de données centralisée, un système de classification des urgences et un moyen de communiquer avec les patients durant leur attente. Un nouveau poste a donc été créé : celui de coordonnateur régional des soins de cardiologie.

De nos jours, selon la gamme des services offerts, chaque centre de cardiologie en Ontario emploie un ou plusieurs de ces coordonnateurs, qui font la liaison entre le patient, son médecin de famille, son spécialiste et les hôpitaux. Quand un médecin de famille aiguille un patient vers une opération cardiaque, le coordonnateur régional entre les renseignements du patient dans la base de données provinciales du CCN. Selon les directives médicales et l'état de santé du patient, cette base de données détermine alors un « temps d'attente maximal recommandé » pour le patient – c'est-à-dire le délai maximal durant lequel le patient pourra attendre sans danger. Le coordonnateur envoie au patient une trousse d'information sur le temps d'attente probable et communique ce renseignement essentiel au médecin de famille. De plus, comme tous les coordonnateurs ont accès aux renseignements sur tous les patients inscrits en attente, ils peuvent tous dire aux patients environ combien de temps leur attente durera.

« Cette trousse d'information dit aux patients : Vous êtes inscrit dans un réseau provincial et le temps d'attente recommandé pour vous est de six semaines, par exemple. Si vous ne voulez pas attendre aussi longtemps, ou si des symptômes apparaissent, appelez votre coordonnateur », explique Heather Sherrard. Si le temps d'attente maximal recommandé d'un patient est proche de sa fin, son coordonnateur l'appelle pour l'en informer et pour discuter des options. Ils peuvent alors décider d'obtenir la procédure chirurgicale ailleurs ou de continuer d'attendre tout en surveillant l'état de santé du patient. « Au départ, il n'a pas été aisé de faire changer de lieu les gens », se souvient Heather Sherrard. « Maintenant, tout se fait rapidement et en douceur, bien que relativement peu de patients choisissent de changer de lieu de traitement. »

Changer de lieu de traitement n'est pas souvent nécessaire, car « il y a eu de grandes améliorations dans les temps d'attente », dit Heather Sherrard. « Il a fallu 10 ans d'apprentissage dans la gestion des listes et d'augmentation dans le nombre des procédures médicales effectuées – et cela à une époque de besoins grandissants à cause du vieillissement des personnes nées durant le baby-boom. Mais les temps d'attente sont relativement stables maintenant. » Le système de soins cardiaques est « raisonnablement en position » de répondre aux tendances de la population tant du point de vue de la démographie que des maladies, ajoute-t-elle. Et « nous surveillons attentivement les listes d'attente car nous nous inquiétons de la montée du diabète et de l'obésité ».

Le site Web du CCN, www.ccn.on.ca, donne des statistiques depuis 2004 et ces données montrent que des progrès ont été accomplis en ce qui concerne le respect des temps d'attente recommandés pour les soins cardiaques – les améliorations les plus nettes se produisant au niveau des opérations urgentes. En mars 2007, 96 % des pontages coronaires urgents étaient effectués dans les temps d'attente recommandés, contre 86 % en 2004. Pour le cathétérisme cardiaque, 98 % des cas étaient traités dans les temps d'attente recommandés au début de 2007, contre 82 % trois ans auparavant. De plus, les disparités régionales dans les temps d'attente ont diminué. Le CCN mesure ces disparités en évaluant l'écart entre les régions en deuxième place pour les meilleurs temps d'attente et pour les pires temps d'attente. Depuis 2004, cet écart de disparité pour les pontages coronaires urgents a diminué de 50 % (de 40 à 20 jours) et de 84 % pour les opérations urgentes de cathétérisme cardiaque (de 63 à 10 jours).

Les coordonnateurs parlent presque aussi souvent avec les médecins de famille et les spécialistes qu'avec les patients. Il a fallu du temps pour arriver à gagner la confiance des médecins et des spécialistes afin qu'ils acceptent de céder la gestion de leurs listes d'attente à un système centralisé, reconnaît Heather Sherrard. Consolider le cheminement des renseignements est l'un des moyens grâce auquel le CCN s'est fait une solide réputation, ajoute-t-elle. Par exemple, les médecins de famille reçoivent les résultats des tests et traitements de leurs patients dans 24 à 48 heures.

L'un des nouveaux angles de prévention des problèmes cardiaques est de renforcer les liens du CCN avec les prestataires de soins de santé primaires et d'apporter un soutien aux 20 % des patients du CCN qui n'ont pas de médecin de famille. « C'est la prochaine étape toute naturelle », déclare Heather Sherrard. « Tous les problèmes de santé auxquels nous avons affaire s'accompagnent d'une maladie chronique sous-jacente. Le mieux vous gérez cette maladie, et le moins le patient aura besoin d'une opération cardiaque à l'avenir. » Le CCN évalue plusieurs ressources pour s'assurer que, quand les patients sortent de l'hôpital, les soins de suivi reflètent les meilleurs conseils spécialisés. Dans le cadre d'un projet pilote – la trousse de sortie de l'hôpital – les patients reçoivent un « contrat » avec une copie pour leur médecin de famille, expliquant dans un langage clair et simple le suivi des soins à faire selon les directives de la Société canadienne de cardiologie. Dans le cadre d'un autre projet, on étudie les répercussions d'un système automatisé de messages qui appelle les patients pour leur rappeler leur plan d'autogestion de la santé, leur conseillant par exemple de prendre de l'aspirine pour réduire les risques de crise cardiaque.

« Nous comblons des failles du système », déclare Heather Sherrard. « Les hôpitaux voient les patients si brièvement, et la plupart des hôpitaux n'ont aucun moyen de savoir ce qu'il advient des patients après leur sortie. » Le CCN travaille aussi en collaboration étroite avec la Fondation des maladies du cœur de l'Ontario, notamment à des projets pour promouvoir un poids santé chez les enfants et pour prévenir la tension artérielle élevée, afin de réduire le nombre d'inscrits à la base de données du CCN à l'avenir.

Engagements pris par les gouvernements à propos des temps d'attente dans le Plan décennal pour consolider les soins de santé, en 2004

- Chaque province et chaque territoire adoptera des indicateurs comparables sur l'accès aux professionnels de la santé et sur les procédures de diagnostic et de traitement, et en fera rapport au public au plus tard le 31 décembre 2005,
- Des points de repère probants seront établis au plus tard le 31 décembre 2005 pour les temps d'attente médicalement acceptables, en commençant par le cancer, les maladies du cœur, l'imagerie diagnostique, les remplacements d'articulations et la restauration de la vue. L'établissement de ces points de repère résultera d'un processus élaboré par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé.
- Chaque province et territoire établira d'ici le 31 décembre 2007 des cibles pluriannuelles pour atteindre ces points de repère. (Voir page 24 pour une explication des termes points de repère et cibles.)
- Les provinces et territoires présenteront chaque année au public des rapports sur les progrès réalisés pour atteindre leurs cibles pluriannuelles relativement aux temps d'attente.
- Les provinces et territoires réduiront substantiellement les temps d'attente dans des domaines prioritaires comme le cancer, les maladies du cœur, l'imagerie diagnostique, les remplacements d'articulations et la restauration de la vue d'ici le 31 mars 2007, compte tenu de leurs différents points de départ, priorités et stratégies.
- L'Institut canadien d'information sur la santé fera état des progrès sur les temps d'attente dans toutes les provinces et tous les territoires.
- Le gouvernement fédéral créera un Fonds pour la réduction des temps d'attente, de 5,5 milliards de dollars sur 10 ans, en complément aux investissements existants des provinces et territoires.

ENGAGEMENTS

En 2003 et 2004, le premier ministre du Canada et les premiers ministres des provinces et des territoires se sont rencontrés pour s'entendre sur les investissements gouvernementaux à faire afin de réduire les temps d'attente, et sur d'autres questions en matière de santé. Il en est résulté un ensemble d'engagements, avec des délais de mise en œuvre, pour les temps d'attente, l'accès aux soins et les comptes rendus des progrès aux Canadiens.

Dans ses rapports précédents, le Conseil canadien de la santé a analysé le rythme de changements en vue de respecter ces engagements. Dans son rapport annuel de 2004 aux Canadiens, intitulé *Renouvellement des soins de santé au Canada : Accélérer le changement*, le Conseil canadien de la santé a présenté les recommandations suivantes sur la manière de gérer les temps d'attente et d'en rendre compte :

1. Suivre une approche intégrale pour mesurer, surveiller et gérer les temps d'attente et les besoins en matière d'accès est le seul moyen de protéger l'équilibre entre les demandes concurrentielles à l'égard des ressources limitées des soins de santé. Il faut veiller à ne pas concentrer toute l'attention ou toutes les ressources uniquement sur les domaines suivis, comme les interventions chirurgicales, au détriment de la gestion globale de la santé du patient.
2. Communiquer au public des données fiables et comparables sur les temps d'attente pour favoriser une meilleure compréhension des questions en jeu.

3. Évaluer les résultats des traitements pour s'assurer que les seuils établis sont pertinents et que les ressources du domaine de la santé sont utilisées de manière aussi rentable que possible.
4. Amener les joueurs clés à examiner chaque étape du traitement et simplifier, accélérer ou éliminer les processus pour arriver à des améliorations substantielles des temps d'attente.
5. Créer des mesures incitatives appropriées pour que tous les cliniciens, gestionnaires et administrateurs s'efforcent de réduire les temps d'attente.
6. Consacrer explicitement les nouveaux fonds à la réduction des temps d'attente afin que toutes les ressources soient coordonnées et disponibles au bon moment et au bon endroit.

En réponse à cette date butoir du 31 décembre 2005 pour établir des points de repère pancanadiens, le Conseil canadien de la santé a noté dans un rapport complémentaire² que les provinces et territoires s'étaient entendus sur des temps d'attente médicalement acceptables pour les interventions suivantes : radiothérapie, opération pour remettre la fracture de la hanche, remplacement de l'articulation de la hanche et du genou, opération de la cataracte, dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus, et pontage cardiaque. Les provinces et territoires n'avaient ni établi de points de repère pour l'imagerie diagnostique, ni déterminé d'indicateurs comparables d'accès aux soins de santé.

Dans notre rapport annuel de 2005, *Le renouvellement des soins de santé au Canada : Frayer la voie de la qualité*, nous recommandions que des améliorations soient apportées aux renseignements sur les temps d'attente pour que les Canadiens puissent déterminer combien de temps ils devraient normalement attendre un traitement. Nous faisons aussi les recommandations suivantes : une file d'attente commune (liste centralisée des temps d'attente) pour chacun des services majeurs de soins de santé; un système central d'information identifiant les patients dont le temps d'attente devient anormalement long; un processus d'appel pour les patients qui ont le sentiment d'attendre trop longtemps; des registres protégés des temps d'attente, avec lien en temps réel, pour aider les gestionnaires des listes d'attente. Nous avons aussi réitéré la nécessité de veiller à ce que les soins soient pertinents et permettent d'obtenir les meilleurs résultats possibles de santé. En d'autres termes, nous avons dit qu'il fallait viser la qualité des soins de santé, tout en améliorant l'accès aux soins nécessaires.

Dans notre rapport annuel de 2006, *Renouvellement des soins de santé au Canada : À la hauteur?*, notre message central portait sur la nécessité de meilleures données. Par exemple, nous notions qu'un des problèmes fondamentaux des listes d'attente dans de nombreuses régions du Canada résultait du manque de coordination des processus de gestion et de vérification de ces listes. Le Conseil canadien de la santé a fait alors les recommandations suivantes :

1. Les gouvernements doivent continuer d'évaluer si la réduction des temps d'attente dans les cinq domaines visés a un effet d'éviction sur les temps d'attente pour les autres services.

2. Les gouvernements doivent aussi s'assurer que l'urgence de l'état d'un patient entre en compte dans son placement sur une liste d'attente, et qu'un mécanisme de vérification est en place à cet effet.
3. Les secteurs de compétence devraient élaborer leur propre registre centralisé des temps d'attente pour toutes les procédures. Centraliser la gestion de la collecte des données sur les temps d'attente, c'est contribuer à leur exactitude et à leur comparabilité.
4. Les secteurs de compétence devraient agir au plus vite pour fournir en temps réel des renseignements, hôpital par hôpital, sur les sites Web gouvernementaux que peuvent consulter les résidents et les patients.
5. Les secteurs de compétence devraient donner des renseignements sur les temps d'attente dans tous les établissements, même ceux qui ne participent pas au Fonds pour la réduction des temps d'attente, puis étendre le processus de rapports à toutes les procédures non ciblées.

Maintenant que le 31 mars 2007 est passé, date que s'étaient donnée les provinces et les territoires pour apporter des réductions substantielles aux temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires, comme convenu dans le Plan décennal de 2004, le Conseil canadien de la santé saisit l'occasion d'informer les Canadiens de ce que les gouvernement provinciaux et territoriaux ont accompli dans ce sens.

Autres publications du Conseil canadien de la santé sur les temps d'attente et sur l'accès aux soins de santé

On peut télécharger gratuitement toutes les publications du Conseil canadien de la santé au www.conseilcanadiendelasante.ca.

1. *10 étapes vers un cadre commun de production de rapports sur les temps d'attente (novembre 2005)* : Ce bref rapport technique montre clairement la nécessité d'une terminologie et de mesures communes pour évaluer la nature des temps d'attente dans le domaine de la santé au Canada. Il propose 10 moyens possibles de mieux gérer les temps d'attente grâce à de meilleurs renseignements, notamment en priorisant les cas selon leur urgence, en adoptant un système à trois niveaux d'urgence tout au plus, en faisant rapport sur les temps d'attente à l'aide des centiles (pourcentages des cas traités dans les délais voulus, ou les points de repère voulus) au lieu d'utiliser les temps d'attente moyens ou médians).
2. *Note d'information : Points de repère pour les temps d'attente (novembre 2005)* : Ce court rapport a été publié un mois avant l'annonce des points de repère pancanadiens pour certains services cliniques par les gouvernements provinciaux et territoriaux. Afin d'aider le public canadien à comprendre les débats et les déclarations publics sur les points de repère, ce rapport présente sous forme de questions-réponses une définition des termes *points de repère* et *cibles*. Il fait aussi un bref historique des engagements pris par les gouvernements à propos des points de repère pour les temps d'attente médicalement acceptables, et des progrès accomplis jusqu'alors.
3. *Temps d'attente et accès (janvier 2005)* : Ce document d'information sur le premier rapport annuel du Conseil canadien de la santé à la population canadienne, *Renouvellement des soins de santé au Canada : Accélérer le changement*, montre pourquoi l'accès aux soins en temps opportun est un problème, pourquoi il y a des temps d'attente, quelles mesures ont été prises pour améliorer l'accès aux soins en temps opportun et quelles mesures nous pourrions prendre pour surmonter les obstacles et améliorer les progrès.

JETONS LA LUMIÈRE...

Soins contre le cancer en Nouvelle-Écosse : Les temps d'attente sont l'un des éléments du continuum

« Nous considérons les temps d'attente non pas séparément, mais comme l'un des éléments du continuum de soins », déclare Brenda Payne, directrice générale, Soins actifs et soins tertiaires, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. Adopter cette approche généralisée a eu plusieurs conséquences. Il a fallu considérer les aspects démographiques pour projeter la demande de services. La région de l'Atlantique connaît une tendance au vieillissement plus radicale que les autres parties du pays : en Nouvelle-Écosse, le nombre des décès a dépassé celui des naissances l'an dernier et les diagnostics de cancer (l'une des maladies graves associées au vieillissement) sont censés augmenter de 30 % d'ici 2020, selon un rapport fait l'an dernier par Action Cancer de la Nouvelle-Écosse. Il a aussi fallu considérer les aspects géographiques, pour déterminer comment cette province peut mieux servir sa population en grande partie rurale. Et il a fallu entre autres coordonner la planification et la surveillance des services pour obtenir et communiquer des renseignements sur ce qui fonctionne bien et ce qui fonctionne mal.

En prenant pour exemple le cancer du sein, Brenda Payne décrit le programme de dépistage mis en place par la province avec succès, menant à une amélioration de l'accès aux services de dépistage précoce et des taux de survie. Elle a noté que, selon la base de données de la Nouvelle-Écosse sur les mammographies, 58 %* des femmes de 50 à 69 ans ont fait un cliché mammaire (soit pour un dépistage, soit pour un diagnostique) au cours des deux dernières années – taux qui a presque doublé depuis l'an 2000 et qui approche de la cible nationale de 70 % pour les femmes de ce groupe d'âge.

L'un des facteurs qui ont contribué à ce progrès est la mise en service de trois unités mobiles d'examen mammographiques, qui ont radicalement amélioré l'accès aux services courants de mammographie. Ces unités mobiles se rendent dans des collectivités identifiées par un système d'information géographique « relativement peu coûteux », capable d'indiquer où vivent les femmes du groupe d'âge visé. Les unités s'installent dans des lieux pratiques d'accès, comme les centres d'achat, et il suffit d'une seule personne pour les faire fonctionner. Les femmes n'ont pas besoin d'avoir une recommandation de leur médecin pour obtenir un cliché mammaire dans le cadre de ce programme. Par ailleurs, l'accès aux services de mammographie dans les hôpitaux s'est amélioré : en moyenne, les temps d'attente ont été réduits de 44 semaines à 11 semaines, entre 2005 et 2006.

* Ce taux diffère du taux de 49 % pour la Nouvelle-Écosse qui est donné dans le récent rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), *Health Indicators 2007*, à consulter au www.cihi.ca. Les taux donnés par l'ICIS pour les mammographies sont calculés en fonction des sondages de Statistique Canada, dans lesquels les Canadiens font rapport de leur état de santé et de leur utilisation des services de santé.

Les femmes qui obtiennent un résultat anormal doivent faire un test de suivi. Les temps d'attente pour cette prochaine étape ont diminué également, passant en moyenne de huit semaines en 2005 à deux semaines en mars 2007. Un système central de réservation, mis progressivement en place par la province à compter de l'an 2000, a contribué à ce que les femmes sans symptômes de cancer du sein obtiennent leur mammographie dans des services de dépistage, libérant ainsi le personnel et l'équipement des tests diagnostiques.

La vraie mesure du succès, c'est que les femmes en Nouvelle-Écosse sont en meilleure santé. Brenda Payne précise que le nombre de femmes atteintes d'un cancer du sein envahissant a baissé de 13 % depuis 1998, tandis que les taux de survie chez les femmes atteintes d'un cancer du sein ont augmenté de 4 %. De nombreux facteurs contribuent à l'obtention de meilleurs résultats, surtout dans un domaine aussi complexe que les soins contre le cancer, mais il est clair qu'un diagnostic précoce et des soins plus rapides comptent pour beaucoup. En ce qui concerne les traitements anticancéreux, la province a fait de nouveaux investissements dans la dotation en personnel et dans la technologie, par exemple pour moderniser l'équipement de radiothérapie.

Récemment, la province a présenté une nouvelle stratégie triennale, *Timely Access to Healthcare in Nova Scotia: Improving Wait Times 2007 – 2010*, qui décrit un certain nombre d'objectifs, dont les suivants : recueillir des renseignements pertinents et fiables pour réduire les temps d'attente relativement aux soins de santé; investir dans le personnel, l'équipement et la technologie qui conviennent pour assurer des soins plus sûrs et plus rapides; dispenser les soins dans un établissement aussi près que possible de la résidence du patient. La Nouvelle-Écosse adopte maintenant cette approche dans d'autres secteurs, par exemple pour les IRM, la gestion de la douleur et les services de santé mentale aux enfants. Durant tous ces changements, l'un des thèmes clés poursuivis a été de « garder l'œil sur la cible et de maintenir une main ferme sur tous les facteurs qui influencent l'accès aux soins », dit Brenda Payne.

RÉDUCTIONS SUBSTANTIELLES DES TEMPS D'ATTENTE : UN FAIT ACCOMPLI?

Il ne fait aucun doute que des progrès ont été accomplis dans la réduction des temps d'attente pour certains services de santé, dans certaines régions au Canada. Mais pour montrer au public si les temps d'attente deviennent plus longs ou plus courts, ou ne changent pas du tout, les provinces et les territoires doivent déterminer quelle était la longueur des temps d'attente pour commencer. Ils doivent établir une mesure de référence qui marque le commencement de leurs progrès. Et ils doivent faire rapport des données recueillies de manière uniforme dans leur province ou territoire.

Avant les accords des premiers ministres sur les réductions des temps d'attente dans des domaines prioritaires précis, comme le remplacement de l'articulation de la hanche, il existait très peu de systèmes d'information pour donner à des patients comme Frank, à leurs médecins ou aux gestionnaires des hôpitaux, des renseignements leur permettant de déterminer et de gérer les temps d'attente. Par exemple, il y avait très peu de lieux de collecte des renseignements sur les temps d'attente pour des chirurgiens donnés. Il n'y avait quasiment aucun système de partage de l'information entre les chirurgiens, qui aurait permis aux patients de réduire leurs temps d'attente en changeant de spécialiste. Et il existait très peu de sources d'information vers lesquelles les gestionnaires de la santé et les prestataires de soins pouvaient se tourner pour assurer le suivi des temps d'attente des patients pour des types de soins précis. Et enfin, il n'y avait aucun site Web public où les patients pouvaient s'informer eux-mêmes du temps d'attente qui serait probablement le leur.

Afin de montrer que des progrès sont accomplis dans la réduction des temps d'attente, nous devons aussi savoir combien de temps les patients peuvent raisonnablement attendre pour obtenir divers types de soins de santé. Qu'est-ce qu'un temps d'attente médicalement acceptable? En d'autres termes, quel est le repère correspondant à un temps d'attente sûr et médicalement acceptable?

Quelles sont les conséquences pour des gens comme Frank qui attendent des soins de santé?

En ce qui concerne le cas de Frank, les provinces et territoires ont convenu en décembre 2005 que le repère pancanadien pour le remplacement de la hanche serait de 26 semaines (six mois). De toute évidence, Frank a dû attendre bien au-delà du repère préconisé, puisqu'il a subi son opération presque un an après la demande présentée par son spécialiste. Et Frank a vécu cette expérience alors que son diagnostic de remplacement de la hanche datait de février 2006, soit après l'adoption de ce repère. Le cas de Frank indique aussi qu'il y a encore beaucoup à faire au niveau de la coordination des renseignements sur les listes d'attente, de la centralisation des moyens d'améliorer l'accès aux soins en temps opportun, et de la transmission des renseignements sur les temps d'attente aux patients.

Tableau 1. Récentes données sur les temps d'attente et les tendances pour des procédures sélectionnées – Sources : sites Web des gouvernements provinciaux

Ce tableau donne des renseignements sur les temps d'attente provenant de sites Web des gouvernements provinciaux, pour des procédures sélectionnées, dans les cinq domaines cliniques prioritaires (traitement du cancer, opération cardiaque, imagerie diagnostique, remplacement des articulations et restauration de la vue), durant la semaine du 4 au 8 juin 2007. Les territoires ne sont pas inclus ici car ils offrent très peu, voire aucun, de ces services de santé. Mais ils prennent les mesures nécessaires pour envoyer leurs patients dans les provinces avoisinantes du sud.

Repère commun* (période durant laquelle devrait se faire le traitement)	Opération cardiaque Pour pontage cardiaque uniquement, par niveau d'urgence : Niveau I : 2 sem., Niveau II : 6 sem., Niveau III : 26 sem.	Radiothérapie (cancer) 4 semaines à compter de la date où on est prêt au traitement
Colombie-Britannique <i>www.health.gov.bc.ca/cpa/mediasite/waitlist/median.html</i>	2001/02-2006/07 : la médiane† a baissé de 15,1 à 11,3 semaines.	Janv.-mars 2007 : la médiane était de 0,9 semaine; pas de tendance signalée.
Alberta <i>www.ahw.gov.ab.ca/waitlist/WaitListPublicHome.jsp</i>	Avril 2006-février 2007 : la médiane pour les pontages aortocoronariens a baissé de 3 à 2 semaines.	Fév.-avr. 2007 : la médiane pour le cancer du sein et le cancer de la prostate était de 3 à 5 semaines; pas de tendance signalée.
Saskatchewan <i>www.sasksurgery.ca/wait-list-info.htm</i>	Oct. 2006-mars 2007 : la médiane était de 1,3 semaine pour toutes les opérations cardiaques non urgentes dans 10 ASR du sud; pas de tendance signalée.	SK Cancer Agency assure les traitements; pas de données signalées sur les temps d'attente.
Manitoba <i>www.gov.mb.ca/health/waitlist/</i>	Avril 2007 : la médiane était de 5 à 31 jours selon le niveau d'urgence; pas de tendance signalée.	Avril 2007 : la médiane était de 1 semaine; pas de tendance signalée.
Ontario <i>www.waittimes.net</i>	Sept. 2005-mars 2007 : le temps d'attente pour 90 % des pontages aortocoronariens a baissé de 49 à 42 jours.	2003-2006 : la médiane a baissé de 6,4 à 4,4 semaines. <i>www.cancercare.on.ca</i>
Québec <i>http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/g74web/default.asp</i>	Avril 2007 : le pourcentage des cas traités dans un maximum de 3 mois conformément à la directive du Québec est signalé par l'établissement; p. ex. Institut de cardiologie de Montréal, 80 % des cas dans les 3 mois; pas de tendance signalée.	Mars 2007 : le pourcentage des cas commençant un traitement dans les 4 semaines du repère est signalé par région; p. ex. à Montréal 88-99 % des patients ont commencé un traitement dans les 4 semaines.
Nouveau-Brunswick <i>www.surgerynewbrunswick.ca/wait-e.asp</i>	Avril 2005-mars 2006 : 95,8 % des cas traités dans les 6 mois; pas de tendance signalée.	Avril 2007 : 97,6 % des patients ont commencé un traitement dans les 4 semaines, contre 91 % en févr. 2007. <i>www.gnb.ca/0051/cancer/benchmarks_wait-times-e.asp</i>
Nouvelle-Écosse <i>www.gov.ns.ca/health/waittimes</i>	Avril 2007 : la moyenne était de 3 à 189 jours pour chacun des 4 niveaux d'urgence; pas de tendance signalée.	Avril 2007 : la moyenne des temps d'attente était signalée par région et par niveau d'urgence; p. ex. au Cap-Breton, moyenne de 0 à 31 jours pour les 4 niveaux d'urgence; pas de tendance signalée.
Île-du-Prince-Édouard <i>www.gov.pe.ca/photos/original/WaitTimes.pdf</i>	Non applicable; pas d'opération cardiaque à l'Î.-P.-É.	2006 : la médiane était de 11 jours; pas de tendance signalée.
Terre-Neuve-et-Labrador <i>www.releases.gov.nl.ca/releases/2007/health/0405n06.htm</i>	Juill.-sept. 2006 : 97,8 % des pontages aortocoronariens effectués dans le délai repère, contre 95,2 % au trimestre précédent.	Juill.-sept. 2006 : 89 % des cas ont commencé un traitement dans les 4 semaines, contre 92-100 % au cours des 3 trimestres précédents.

* Les provinces et territoires ont annoncé leurs repères pancanadiens le 12 décembre 2005. Le Québec a établi son propre repère (pour plus de détails, voir le site Web du Québec mentionné ci-dessus).

† Médiane de temps d'attente : la moitié de tous les patients en attente a reçu le traitement requis dans le délai indiqué.

Nous indiquons des augmentations ou des diminutions des temps d'attente là où les provinces signalent des tendances. Les provinces se servent de différents moyens de mesure pour faire rapport sur les temps d'attente, et il est donc difficile de comparer les progrès à l'échelle du pays ou de présenter un tableau d'ensemble sur les progrès accomplis relativement aux temps d'attente.

Toutes les provinces donnent des renseignements plus détaillés sur leurs sites Web. Nous encourageons donc nos lecteurs à suivre les liens indiqués ci-après pour mieux se renseigner.

Remplacement de la hanche 26 semaines	Remplacement du genou 26 semaines	Imagerie diagnostique Repère commun pas encore disponible	Opération de la cataracte 16 semaines pour les patients à haut risque
2001/02-2006/07 : la médiane a baissé de 19,6 à 16,4 semaines.	2001/02-2006/07 : la médiane a baissé de 25,3 à 21 semaines.	Pas de rapport.	2001/02-2006/07 : la médiane a baissé de 9,9 à 7,6 semaines.
Avril 2006-février 2007 : la médiane a baissé de 16 à 12 semaines.	Avril 2006-février 2007 : la médiane a baissé de 22 à ~17 semaines.	Avril 2006-avril 2007 : pour les tomodensitogrammes, la médiane de 2 semaines est restée inchangée;; pour les IRM, la médiane a augmenté de 10 à 11 semaines.	Avril 2006-février 2007 : la médiane a augmenté de 12 à ~15 semaines.
Oct. 2006-mars 2007 : la médiane était de 20,4 semaines pour toutes les opérations orthopédiques non urgentes dans 10 ASR du sud; pas de tendance signalée.		Pas de rapport.	Oct. 2006-mars 2007 : la médiane était de 5 semaines pour toutes les opérations de la cataracte non urgentes dans 10 ASR du sud; pas de tendance signalée.
Avril 2007 : la médiane était de 7 à 44 semaines selon la région; pas de tendance signalée.	Avril 2007 : la médiane était de 14 à 35 semaines selon la région; pas de tendance signalée.	Avril 2007 : la moyenne était de 8 semaines pour les IRM et les tomodensitogrammes; pas de tendance signalée.	Avril 2007 : la moyenne était de 4 à 21 semaines selon la région; pas de tendance signalée.
Sept. 2005-mars 2007 : le temps d'attente pour 90 % des cas traités a baissé de 351 à 252 jours.	Sept. 2005-mars 2007 : le temps d'attente pour 90 % des cas traités a baissé de 440 à 321 jours.	Sept. 2005-mars 2007 : pour les tomodensitogrammes, le temps d'attente pour 90 % des cas traités a baissé de 81 à 61 jours; pour les IRM, le temps d'attente pour 90 % des cas traités a baissé de 120 à 108 jours.	Sept. 2005-mars 2007 : le temps d'attente pour 90 % des cas traités a baissé de 311 à 159 jours.
2005-2006 : le pourcentage des cas qui ont attendu 6 mois ou plus est signalé par hôpital et par région; p. ex. à Montréal 0-26 % des cas ont été traités dans les 6 mois.	2005-2006 : le pourcentage des cas qui ont attendu 6 mois ou plus est signalé par hôpital et par région; p. ex. à Montréal 0-52 % des cas ont été traités dans les 6 mois.	Pas de rapport.	2005-2006 : le pourcentage des cas qui ont attendu 6 mois ou plus est signalé par hôpital et par région; p. ex. à Montréal 0-8 % des cas ont été traités dans les 6 mois.
Avril 2005-mars 2006 : 66,1 % des cas traités dans les 6 mois; pas de tendance signalée.	Avril 2005-mars 2006 : 51,7 % des cas traités dans les 6 mois; pas de tendance signalée.	Pas de rapport.	Avril 2005-mars 2006 : 76,9 % des cas traités dans les 6 mois; pas de tendance signalée.
Oct.-déc. 2006 : 44 % des cas traités dans les 26 semaines; pas de tendance signalée.	Oct.-déc. 2006 : 36 % des cas traités dans les 26 semaines; pas de tendance signalée.	Mai 2007 : pour les IRM, temps d'attente prévus de 19 à 109 jours; pour les tomodensitogrammes, de 0 à 70 jours; pas de tendance signalée.	Oct.-déc. 2006 : 34 % des cas traités dans les 30 jours; 50 % dans les 60 jours; 59 % dans les 90 jours; 93 % dans une année; pas de tendance signalée.
2006 : la médiane était de 11 semaines; pas de tendance signalée.	2006 : la médiane était de 19 semaines; pas de tendance signalée.	2006 : pour les tomodensitogrammes, la médiane était de 8 semaines (non urgents) et de 1 semaine (urgents); pour les IRM, la médiane était de 12 semaines (non urgents) et de 48 heures (urgents); pas de tendance signalée.	2006 : la médiane était de 11 semaines; pas de tendance signalée.
Juill.-sept. 2006 : 83,8-100 % des cas traités dans les 26 semaines, selon la région, contre 88-100 % au trimestre précédent.	Juill.-sept. 2006 : 82,5-100 % des cas traités dans les 26 semaines, selon la région, contre 67-100 % au trimestre précédent.	Pas de rapport.	Juill.-sept. 2006 : 88-100 % des cas traités dans le délai repère, selon la région, contre 85-100 % au trimestre précédent.

L'un des secteurs dans lesquels toutes les provinces ont accompli des progrès depuis quelques années au niveau des renseignements sur les temps d'attente communiqués à la population est celui des sites Web publics. La plupart des gouvernements provinciaux ont créé des sites Web spécialisés où le public peut voir les temps d'attente pour des procédures données ou pour des rendez-vous avec des spécialistes. Terre-Neuve-et-Labrador publie des mises à jour périodiques sur les temps d'attente, tandis que les Territoires du Nord-Ouest et l'Île-du-Prince-Édouard communique périodiquement des renseignements à ce sujet dans des communiqués de presse gouvernementaux.

Bien que ces renseignements ne suffisent pas à effectuer une surveillance à l'échelle canadienne, le simple fait qu'ils soient maintenant du domaine public dans un si grand nombre de provinces et de territoires représente à lui seul un pas important en avant. Jusqu'à tout récemment, comme le montre l'histoire de Frank, la plupart des chirurgiens tenaient leurs propres listes des temps d'attente et ces données étaient rarement compilées à l'échelle provinciale. Faire sortir les renseignements sur les temps d'attente des bureaux de médecins pour les afficher sur Internet n'a pas été une chose facile. Et tous ces sites Web ne seraient pas apparus si les gouvernements n'avaient pas alloué des ressources substantielles à la création de systèmes d'information centralisés, qui sont les composantes de base de la gestion des temps d'attente. Comme l'illustrent nos cinq récits « Jetons la lumière », ces systèmes d'information permettent d'inscrire équitablement les patients sur les listes d'attente, en fonction de l'urgence de leurs besoins médicaux. Grâce à ces systèmes, les médecins et les hôpitaux peuvent planifier l'échéancier des interventions requises par les patients, et les patients peuvent savoir approximativement où ils en sont sur ces listes.

Dans notre rapport de février 2007, *Renouvellement des soins de santé au Canada : À la hauteur?*, nous communiquons des renseignements tirés de sites Web provinciaux montrant que, quand les données existent, la preuve est faite que les temps d'attente pour le remplacement des articulations de la hanche et du genou ont diminué. Dans ce document, nous actualisons ces renseignements et nous fournissons des données sur les quatre autres domaines prioritaires, quand elles sont disponibles sur les sites Web provinciaux (voir Tableau 1). Considérés globalement, ces chiffres indiquent que les temps d'attente ont diminué pour certains services, dans certaines régions du pays. En voici des exemples :

- Au cours des cinq dernières années, en Colombie-Britannique, la médiane de temps d'attente pour la chirurgie de la cataracte a diminué, passant d'environ 10 à 7,6 semaines. (« Médiane de temps d'attente » indique que la moitié de tous les patients en attente ont reçu le traitement prescrit dans la période indiquée.)
- De juillet à septembre 2006, à Terre-Neuve-et-Labrador, 98 % de tous les patients qui attendaient une chirurgie de pontage cardiaque ont été opérés dans les 26 semaines prévues par le repère commun des provinces et territoires), contre 95 % des patients d'avril à juin cette même année.

Toutefois, ce tableau montre aussi clairement que les gouvernements continuent de faire rapport des temps d'attente de manières différentes : certains se servent des médianes de temps d'attente dans leurs rapports; d'autres, de moyennes; d'autres encore de pourcentages des cas traités au cours d'une période donnée. Seulement quatre provinces font rapport des

tendances. Certains gouvernements signalent les temps d'attente pour des procédures, des régions ou des hôpitaux spécifiques. Le Conseil Canadien de la santé incite toutes les administrations à compiler des données sur les temps d'attente propres à l'hôpital ou à l'établissement où se passera l'intervention.

Dans un rapport d'étape en février 2007, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a comparé le type de renseignements sur les temps d'attente qui sont affichés sur les sites Web publics des différentes provinces (à compter de décembre 2006) et il a noté lui aussi qu'il n'était pas possible de faire de comparaisons valides³. Faute de données comparables – c'est-à-dire de renseignements découlant de moyens similaires d'évaluer les changements – il est impossible de déterminer sur le plan national si des réductions substantielles des temps d'attente ont eu lieu. Il est impossible aussi de dire combien de personnes obtiennent les soins requis dans les temps d'attente (points de repère) convenus à la fin de 2005. Il se peut que des gens comme Frank ne se soucient guère de la situation en dehors de leur province ou territoire. Exception faite des résidents du Nord, qui doivent aller dans le Sud pour obtenir des traitements spécialisés, les Canadiens ne se font pas souvent soigner ailleurs que dans leur province. Mais des renseignements comparables constituent un outil important pour les gestionnaires des systèmes de services de santé. Ces renseignements leur sont essentiels pour évaluer leurs efforts et pour s'informer de ce que font les autres provinces et territoires. Ils leur sont aussi nécessaires pour confirmer aux contribuables et aux bailleurs de fonds que les investissements faits pour améliorer l'accès aux soins de santé sont judicieux.

Nous savons que des investissements importants ont été faits et que des activités considérables ont été entreprises pour améliorer l'accès aux soins de santé, tout particulièrement dans les cinq domaines prioritaires. Et selon certains rapports récents, le nombre de personnes qui ont reçu des soins de santé dans ces domaines prioritaires a augmenté grâce à ces investissements.

L'ICIS a compilé des données pancanadiennes (ne comprenant pas le Québec, où ces données ne sont pas disponibles) et a conclu qu'à l'exception des soins contre le cancer, le nombre d'opérations chirurgicales dans tous les domaines prioritaires a augmenté entre 2001-2002 et 2005-2006⁴. Les renseignements suivants, qui le montrent, sont ajustés en fonction de l'essor démographique et du vieillissement de la population.

- Le nombre des remplacements du genou a augmenté de 53 %, et celui des remplacements de la hanche de 31 % durant les cinq dernières années, soit une augmentation de 14 300 pour les opérations du genou et de 6 900 pour les opérations de la hanche, de 2001-2002 à 2005-2006.
- Le nombre des opérations de la cataracte a augmenté de 18 %, soit 52 000 de plus.
- Le nombre des revascularisations cardiaques (comprenant les pontages cardiaques et les angioplasties) a augmenté de 12 %, soit 10 700 procédures de plus.

Durant cette même période, le nombre des opérations dans les domaines non prioritaires a également augmenté, même compte tenu des changements démographiques. Bien

évidemment, l'augmentation du nombre d'opérations chirurgicales a été plus importante dans les domaines prioritaires (7 %) que dans les domaines non prioritaires (2 %). C'est là une constatation importante, mais non concluante, sur une question à propos de laquelle certains ont exprimé des inquiétudes, notamment le Conseil canadien de la santé dans son récent rapport *Renouvellement des soins de santé au Canada : À la hauteur?* Les investissements intensifs et ciblés faits par le pays dans la réduction des temps d'attente ont-ils nui à d'autres services, qui ont moins retenu attention? Le rapport de l'ICIS nous rassure, nous disant que le nombre des opérations dans les domaines non prioritaires n'a pas diminué, même si les remplacements de la hanche et du genou et d'autres interventions étaient considérés prioritaires. Mais ce rapport ne nous dit pas si les temps d'attente pour ces services non prioritaires ont souffert ou non.

Une étude plus récente faite en Ontario brosse un tableau similaire⁵. Cette analyse montre qu'il y a eu clairement une augmentation des opérations de remplacement de la hanche et du genou et des opérations de la cataracte depuis la mise en œuvre d'une stratégie sur les temps d'attente en Ontario. Cette analyse indique aussi que le nombre des procédures qui ne font pas partie de la stratégie sur les temps d'attente n'a pas sensiblement diminué. Mais comme l'étude de l'ICIS, cette analyse n'a pas évalué les retombées sur les temps d'attente.

En conclusion, les engagements pris par les premiers ministres en 2004 ont clairement permis de cibler les efforts sur la réduction des temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires – et dans d'autres, pour certaines provinces et certains territoires. Mais en raison du manque de données comparables et complètes, il est impossible de déterminer si oui ou non, au 31 mars 2007, chaque province et territoire était parvenu à des réductions substantielles dans les temps d'attente pour les services de santé ciblés.

JETONS LA LUMIÈRE...

Opération de la hanche et du genou en Colombie-Britannique : Rattacher les pointillés

En santé, tout est interconnecté. L'un des facteurs importants de succès pour l'autorité régionale de Vancouver Coastal Health est donc de porter une grande attention à la manière dont les différents éléments sont rattachés, afin d'améliorer l'accès aux soins pour le remplacement complet des articulations de la hanche et du genou.

La nécessité d'une intervention était claire : en raison du vieillissement de la population dans cette région, on avait prévu dès 2003 que la demande de remplacement de la hanche et du genou augmenterait de 60 % au cours de la prochaine décennie. Or les patients attendaient déjà trop longtemps. Les temps d'attente allaient de neuf à 21 mois à cette époque – même si les recherches montraient que les patients obtenaient de meilleurs résultats quand l'opération se faisait dans les six mois suivant la décision d'opérer (ils pouvaient mieux marcher, souffraient moins et avaient une meilleure qualité de vie).

Faisant le lien entre son expérience des affaires et ses nombreuses années de travail dans la gestion des soins de santé, Cindy Roberts a copiloté le Projet de reconstruction de la hanche et du genou aux services de santé de Richmond, avec le chirurgien orthopédiste Ken Hughes. Ce projet avait vu le jour en 2004 dans un hôpital communautaire de Richmond, en Colombie-Britannique. Dès le départ, comme l'a expliqué Cindy Roberts, l'objectif était d'instaurer et d'évaluer un modèle de prestation des services « de haute qualité, de grand nombre et de faible coût », fondé sur des recherches montrant ce qui donne les meilleurs résultats pour assurer des soins sûrs et pertinents aux patients.

L'un des critères fondamentaux a été de faire participer des gens de tous les milieux de la santé aux diverses équipes de projet chargées d'examiner comment rationaliser toute l'expérience des patients. « Nous avons considéré toutes les retombées potentielles », déclare Cindy Roberts. Et elle ajoute : « La santé et la sécurité des patients et du personnel ont toujours été notre première priorité. » Les équipes comprenaient non seulement du personnel infirmier, des médecins, des responsables de la gestion des salles d'opération et des lits d'hôpitaux, mais aussi des employés qui accueillent les patients à leur arrivée, les admettent à l'hôpital, stérilisent l'équipement chirurgical, poussent les civières roulantes – et bien d'autres. « Pour bien rationaliser le processus, il faut même intégrer les gens qui s'occupent des dossiers médicaux et qui ne voient jamais les patients », déclare Cindy Roberts.

Ce souci de rattacher les différents éléments ne s'est pas arrêté à la sortie des hôpitaux. En effet, une fois rentrés à la maison, les patients ont besoin de services communautaires pendant qu'ils se rétablissent, notamment des soins à domicile et de l'équipement (béquilles, ambulateurs et sièges de bain). Si le nombre de personnes ayant besoin de ces services allait rapidement augmenter, il fallait faire appel à la participation des prestataires et fournisseurs. « Par exemple, nous avons travaillé avec la Croix-Rouge, qui prête et loue de l'équipement mobile, pour nous assurer qu'elle disposerait des ressources voulues », dit Cindy Roberts. « Si les patients n'ont pas l'équipement requis, on ne peut pas les renvoyer à la maison. »

En janvier 2006, le projet était parvenu à ces cibles :

- Une augmentation de 136 % dans le nombre de remplacements de la hanche et du genou, qui est passé de 275 à 675 cas par an.
- Une réduction de 25 % du temps de séjour en hôpital, les patients étant capables de rentrer à domicile quatre jours après une opération de la hanche et trois jours après celle du genou.
- Une hausse de 25 % de l'efficacité en salle d'opération, le résultat étant qu'un jour par semaine l'hôpital pouvait faire huit remplacements complets d'articulations, au lieu de tout juste trois par jour au début du projet.
- Une réduction de 75 % des temps d'attente pour le remplacement des articulations : le temps d'attente moyen est passé à cinq mois, contre 20 mois au début du projet.

Les changements effectués grâce à ce projet sont maintenant la norme à l'hôpital de Richmond et les temps d'attente continuent de s'améliorer : le temps d'attente médian est maintenant de moins de quatre mois, et plus de 70 % des cas sont traités dans les six mois préconisés par le repère national.

Pour aider d'autres hôpitaux à adopter ce modèle de changement, Cindy Roberts et Ken Hughes ont créé une trousse d'information, appelée « Plan d'arthroplastie ». Cette trousse comporte des renseignements détaillés et des modèles de composition des différents comités et groupes de travail, des ressources éducatives pour les patients, des formulaires de consentement, des dossiers cliniques et des outils d'évaluation. Le rôle de chacun est examiné – des employés des services d'admission à l'hôpital à ceux des services de nettoyage. Plus de 100 exemplaires de cette trousse ont été distribués partout en Colombie-Britannique, au Canada et au Royaume-Uni. « Une taille unique ne convient pas à tout le monde, mais nous considérons que le modèle peut s'adapter », explique Cindy Roberts. « Le fait que nous ayons été capables de tels accomplissements dans un hôpital communautaire, plutôt que dans un grand hôpital où il existe des équipes et des unités spécialisées d'orthopédie, est un facteur essentiel. »

Cindy Roberts tire parti de sa capacité à faire des rattachements dans son nouveau rôle de directrice de la mise en œuvre à OASIS (Système d'intégration des services d'ostéoarthrite), autre projet novateur de cette autorité sanitaire régionale. OASIS offre un service centralisé d'évaluation et de triage aux personnes atteintes d'ostéoarthrite – du tout premier diagnostic aux soins intensifs –, faisant ainsi le lien entre les services locaux, les médecins de soins primaires et les patients. L'objectif est de combler des failles importantes du système actuel de soins. OASIS oriente les patients vers les services d'éducation, par exemple pour la gestion de la douleur, la physiothérapie, le counseling sur l'alimentation et l'exercice physique, afin de les aider à mieux gérer leur état de santé et à être prêts à une intervention chirurgicale, où à pouvoir la retarder. Un nouveau site Web compte parmi les ressources d'OASIS : www.vch.ca/oasis.

GARANTIES DE TEMPS D'ATTENTE : QUE VONT-ELLES CHANGER?

Au début de 2007, le gouvernement fédéral a promis un supplément de financement en matière de santé aux provinces et territoires qui souhaitaient établir des garanties de temps d'attente dans un domaine prioritaire. Le budget fédéral rendu public le 19 mars 2007 a annoncé la création d'un Fonds de fiducie pour les garanties de délais d'attente. Voici un extrait du budget :

Afin d'appuyer les administrations qui auront pris l'engagement, d'ici la fin de mars 2007, d'adopter des garanties de délai d'attente pour les patients, le budget de 2007 réserve jusqu'à 612 millions de dollars destinés à accélérer la mise en œuvre de ces garanties. Une somme de 500 millions sera répartie en proportion du nombre d'habitants dans les provinces ou territoires admissibles et versée dans une fiducie administrée par des tiers. Les provinces et les territoires admissibles recevront en outre, par l'entremise de la fiducie, un financement de base de 10 millions de dollars par province et de 4 millions par territoire, pour entreprendre la mise en œuvre de garanties de délai d'attente pour les patients. Les fonds seront accordés aux provinces et aux territoires qui ont publiquement énoncé des plans pour mettre en œuvre une garantie de délai d'attente dans au moins un des cinq traitements prioritaires pour lesquels des repères de délai d'attente fondés sur l'expérience clinique sont élaborés à l'heure actuelle... Le gouvernement prévoit l'établissement d'un fonds ponctuel doté de 30 millions de dollars sur trois ans, qui servira à financer des projets pilotes de garanties de délai d'attente pour les patients et sera mis sur pied par Santé Canada. Le fonds aidera les provinces et les territoires à entreprendre des projets novateurs appuyant la mise en œuvre de leurs garanties.

À la mi-avril, toutes les provinces et tous les territoires avaient accepté d'offrir « une garantie des soins de santé », en échange de ce financement. Le tableau 2 indique les garanties offertes par chaque province et territoire, avec leur calendrier de mise en œuvre respective. Six de ces administrations adopteront une garantie pour la radiothérapie, deux pour la chirurgie cardiaque, et une pour chacun des traitements suivants : opération de la cataracte, mammographie, imagerie diagnostique et soins de santé primaires. Ces garanties viennent s'ajouter aux garanties précédemment annoncées par le Québec pour l'opération de la cataracte et le remplacement de la hanche et du genou. Le gouvernement fédéral instaure lui aussi des garanties dans les domaines de la santé qui sont de son ressort : à la fin de 2006, Santé Canada a annoncé la tenue de projets pilotes pour évaluer les garanties attachées aux traitements du diabète et aux soins prénatals dans les communautés des Premières Nations, où les soins de santé relèvent du gouvernement fédéral.

Alors que nous rédigeons ce rapport, les garanties de temps d'attente au Canada sont encore trop nouvelles pour qu'on puisse déterminer leurs répercussions sur les services de santé offerts aux Canadiennes et Canadiens. Mais le Conseil canadien de la santé explore ci-dessous certaines des questions que le public peut se poser à propos de ces garanties :

- Qu'est-ce qu'une *garantie* de temps d'attente? En quoi ce terme diffère-t-il d'une *cible* ou d'un *repère* pour les temps d'attente?

Repères, cibles et garanties : Quelle est la différence?

Repère : Quand on parle de temps d'attente, un repère fait référence à la durée maximale recommandée par les experts comme médicalement acceptable pour des procédures données. Les repères représentent des cibles que les provinces et territoires se sont données pour tenter d'assurer des soins de santé pertinents, en temps opportun. Ils ne constituent pas de garantie, ni d'obligation juridique. Un repère indique simplement un délai (donné en jours, semaines ou mois) durant lequel la plupart des patients seront traités. Ainsi, le repère pancanadien actuel pour le remplacement de la hanche est de 26 semaines.

Cible : Le terme *cible* désigne le pourcentage attendu ou souhaité de cas qui devraient être complètement traités dans le délai indiqué par le repère. Par exemple, une province pourrait se donner comme cible d'effectuer 90 % des remplacements de la hanche dans le repère donné, qui est de 26 semaines. Chaque province et territoire s'est engagé à établir des cibles pour parvenir aux repères dans les domaines cliniques prioritaires d'ici le 31 décembre 2007.

Garantie : Contrairement aux repères et aux cibles – qui définissent le pourcentage de cas de patients qui seront traités dans un délai donné – une garantie s'applique à tous les cas individuels. Une garantie signifie que 100 % des cas seront complètement traités dans un délai convenu et que si ce délai est dépassé, chacun des patients aura recours à une option pour obtenir le traitement requis en temps opportun.

- Est-ce que ma province ou mon territoire a adopté des garanties de temps d'attente à la suite de ce nouveau financement? (Voir le tableau 2)
- Comment ces garanties de temps d'attente seront-elles appliquées?
- Les autres pays ont-ils des garanties de temps d'attente? Et qu'est-ce que les Canadiens peuvent en tirer comme leçon?

Qu'est-ce qu'une garantie de temps d'attente?

Le terme *garantie* n'était pas employé dans le Plan décennal de 2004, qui faisait référence à des *repères* et à des *cibles*. Quelle est la différence entre ces termes? Bien que les différents gouvernements emploient le mot *repère* différemment, il fait généralement référence à un temps d'attente maximal recommandé, tandis que *cible* fait référence au pourcentage des patients qui devraient être traités ou servis durant un temps d'attente donné⁶. Par contre, une *garantie* évoque les cas dans leur individualité et fait référence à une période durant laquelle tous les patients devraient recevoir les soins requis, après quoi ils devraient pouvoir recourir à une autre option ou solution.

Que signifie tout cela pour des gens comme Frank qui attendent des soins de santé?

Dans le cas de Frank, une attente de 12 mois pour un remplacement de la hanche, qui a finalement été effectué au début de 2006, dépassait de loin le repère de six mois dont les provinces et territoire avaient convenu à la fin de 2005. Bien que Frank ait dû attendre plus longtemps, il n'a pas pu faire grand-chose si ce n'est rester en communication avec le bureau de son chirurgien et demander où il en était sur la liste d'attente. Mais si une garantie de temps d'attente avait existé dans la région de résidence de Frank, il aurait théoriquement eu des options pour obtenir cette opération sans attendre davantage.

Les patients des autres pays ont-ils des garanties de temps d'attente?

L'idée de garantir des temps d'attente pour l'accès aux soins de santé n'est pas unique au Canada. D'autres pays ont élaboré diverses formes de garanties des soins, afin d'améliorer l'accès aux services de santé et de réduire les temps d'attente des traitements. Dans certains cas, ces politiques définissent des temps d'attente maximaux ainsi que des options pour les patients qui doivent attendre plus longtemps. Dans d'autres cas, elles prennent la forme de normes ou de directives nationales, qui décrivent les cibles à atteindre pour offrir des soins en temps opportun, sans pour autant garantir que ces soins seront assurés dans des délais donnés. Voici un aperçu des mesures prises par d'autres pays qui, comme le Canada, ont un régime d'assurance-santé public.

Royaume-Uni : Le National Health Service (NHS) se donne pour cible que d'ici la fin de 2008, aucun patient ne devra attendre plus longtemps que 18 semaines entre la date où il est aiguillé par un médecin de soins primaires et celle où commence son traitement, y compris tous les tests et toutes les consultations pour les patients externes⁷. Les origines de cette norme remontent à un rapport de politique datant de l'an 2000, *NHS Plan: A Plan for Investment, A Plan for Reform*⁸.

Suède : Depuis 2005, la garantie « 0-7-90-90 » offerte par la Suède exige que tout traitement médicalement indiqué et projeté soit fourni dans les trois mois à compter de la décision du traitement⁹. (« 0 » fait référence à un contact le même jour avec le système de santé; « 7 » signifie que les patients verront un médecin de famille dans les sept jours; le premier « 90 » fait référence à une consultation chez un spécialiste dans les 90 jours; le second « 90 » indique que les patients n'attendront pas plus de 90 jours à compter de leur diagnostic pour commencer leur traitement.) Si un patient n'obtient pas le traitement requis dans les trois mois, ce traitement lui est offert dans un autre hôpital de son district de santé ou dans un autre district, ou encore dans le secteur privé. Dans tous les cas, le coût des services est pris en charge par l'assurance-santé publique. Cette garantie de soins résulte de l'évolution d'un plan de 1992 conçu dans le but d'assurer une garantie similaire de trois mois d'attente au maximum pour les 12 traitements non urgents des plus courants.

Finlande : En Finlande, la loi définit des temps d'attente de « trois jours, trois semaines, trois mois » pour que les patients obtiennent les examens et les traitements requis dans les centres de soins de santé primaires et les hôpitaux. Les problèmes de santé d'un patient doivent être évalués dans les trois jours qui suivent sa première visite médicale. Un rendez-vous pour une évaluation ultérieure chez un spécialiste doit être pris, le cas échéant, dans les trois semaines suivantes. Et si ce spécialiste recommande un traitement, celui-ci doit être fait dans les trois mois et jamais plus tard que dans les six mois. Si un établissement local ne peut pas traiter un patient dans ces délais, le traitement doit être assuré par un autre établissement sans aucun frais supplémentaire pour le patient. Comme dans les autres pays scandinaves, la politique exhaustive de la Finlande sur les garanties de temps d'attente comprend les services non chirurgicaux comme les traitements de santé mentale pour les enfants et les jeunes adultes, et les soins dentaires¹⁰.

Danemark : Au Danemark, si un patient doit attendre un traitement plus de deux mois, il a le droit de choisir d'aller dans un autre hôpital public du Danemark, ou dans un hôpital privé ou une clinique privée du Danemark ou d'un pays étranger qui a un accord de service avec les autorités sanitaires régionales du patient. Cette politique est en place depuis 2002. Le temps d'attente pour un traitement médical sera réduit à un mois à compter d'octobre 2007¹¹.

Australie : L'Australie a élaboré une norme nationale d'accès aux soins chirurgicaux exigeant que chaque patient soit évalué par un spécialiste et classé dans un des trois groupes prioritaires : catégorie 1 (le patient a besoin d'un traitement dans les 30 jours), catégorie 2 (le patient a besoin d'un traitement dans les 90 jours), catégorie 3 (le patient a besoin d'un traitement dans un temps à venir)¹². La politique nationale ne garantit pas que les soins seront donnés dans ces délais, mais les gouvernements des États, des territoires et du pays font rapport du pourcentage des patients qui obtiennent les opérations chirurgicales requises dans les délais recommandés.

Nouvelle-Zélande : La Nouvelle-Zélande a elle aussi adopté des normes nationales d'accès aux soins de santé¹³. Mais contrairement aux normes australiennes, qui couvrent uniquement les soins chirurgicaux, la politique de la Nouvelle-Zélande est exhaustive et précise comment les patients devraient être traités alors qu'ils attendent des soins de santé non urgents. Un système de priorisation aide les prestataires de soins primaires et les physiciens spécialisés à classer les patients dans l'un des nombreux groupes d'urgence. Si le traitement requis par un patient ne présente pas une certaine urgence, il n'est pas garanti qu'il sera fait dans le cadre du système de santé public. Selon les normes nationales, les patients dont le besoin de traitement répond au seuil d'urgence requis pour une prise en charge par l'assurance-santé publique devraient recevoir les soins nécessaires dans les six mois. Les patients qui n'atteignent pas ce seuil devraient obtenir un nouvel examen de leur état de santé tous les six mois.

Il est difficile de déterminer ce que le Canada pourrait apprendre de cette expérience internationale car très peu de ces programmes ont fait l'objet d'une solide évaluation. De plus, ce qui réussit bien dans un pays peut ne pas être adaptable dans un autre pays. Ces approches ont-elles réussi à réduire substantiellement les temps d'attente sans nuire à d'autres domaines de la santé? Il faudra effectuer d'autres recherches pour répondre à cette question.

Comment les garanties de temps d'attente seront-elles mises en œuvre au Canada?

Bien que le terme de *garantie* indique que les personnes auront individuellement possibilité de recours si leur temps d'attente pour un service donné excède le repère indiqué, seul le Québec (qui a établi une garantie de temps d'attente pour la chirurgie de la hanche, du genou et de la cataracte en 2006) a publiquement reconnu un tel processus de recours, à notre connaissance. Exception faite de l'Ontario, aucune des administrations qui s'est engagée en réponse au budget fédéral n'a même discuté en théorie comment une personne pourrait invoquer une telle garantie. Il y a peut-être de bonnes raisons à cela : dans les autres pays, l'expérience a montré qu'offrir pareil recours est logistiquement difficile et coûteux, sans être forcément acceptable pour toutes les parties.

En avril, à la suite de l'engagement pris par l'Ontario afin de mettre en œuvre une garantie de soins pour les opérations de la cataracte, le bureau ontarien de la Stratégie de réduction des temps d'attente a publié un « ensemble de principes directeurs considérés » pour guider la province dans cet effort de garantie¹⁴. Les patients qui approchent du repère de 182 jours pour ce type d'intervention devraient avoir l'option de volontairement s'inscrire au « programme de garantie » en appelant un numéro téléphonique sans frais. Le « bureau de garantie » interviendrait alors pour s'assurer que le patient obtienne l'opération nécessaire, de préférence dans son hôpital, et sinon dans un autre établissement de santé publique en Ontario. En contraste, le Québec prend en charge le traitement dans une clinique privée si l'un des hôpitaux publics ne peut pas s'occuper du patient dans les six mois. On trouvera les détails de la proposition envisagée à www.waaitimes.net (cliquez sur « Professionnels », puis sur « Stratégie de réduction des temps d'attente » pour consulter l'annonce faite à propos des temps d'attente le 30 avril 2007). Pour plus de renseignements sur la stratégie ontarienne de réduction des temps d'attente pour les opérations de la cataracte, voir notre histoire à la page 33.

Tableau 2. Garanties de temps d'attente par province et territoire

En mars et avril de cette année, chaque province et territoire a annoncé l'instauration d'une garantie de temps d'attente, en réponse au budget fédéral du 19 mars 2007. (Le Québec fait exception car il a commencé à mettre en place des garanties de temps d'attente en 2006.) Étant donné que ces annonces sont récentes, il existe actuellement très peu de détails sur le sujet. Le tableau ci-dessous compile les renseignements tirés de communiqués de presse et de sites Web des différents gouvernements.

Chaque gouvernement a identifié un service clinique spécifique et un temps d'attente maximal après lequel la garantie s'applique. En ce qui concerne les temps d'attente actuels, chaque gouvernement fait rapport différemment, ce qui rend difficile la comparaison de la performance entre les provinces et territoires. De plus, dans certains cas, on ne peut guère savoir dans quelle mesure une province ou un territoire approche du temps d'attente maximal de la garantie.

Province ou territoire	Financement provenant du budget fédéral de 2007*	Service clinique	Temps d'attente maximal	Date de mise en œuvre	Temps d'attente actuels (d'après les rapports au public au 4 juin 2007)†
Colombie-Britannique	76,4 millions de dollars	Radiothérapie	8 semaines à compter de la date où on est prêt au traitement	31 mars 2010	Dans 5 cas sur 10, le traitement commence dans les six jours (médiane) (jan.-mars. 2007)
Alberta	62 millions de dollars	Radiothérapie	8 semaines	2010	Dans 5 cas sur 10, le traitement commence dans les 3 à 5 semaines, selon le lieu (fév.-avr. 2007)
Saskatchewan	24,8 millions de dollars	Chirurgie de pontage coronaire	2 à 26 semaines selon l'urgence	2010	Dans 78 % des cas, l'opération est effectuée dans les trois semaines; dans les autres, elle se fait dans les 12 mois (juillet-décembre 2006)
Manitoba	27,9 millions de dollars	Radiothérapie	4 semaines	Printemps 2008	Dans 5 cas sur 10, le traitement commence dans moins d'une semaine (avr. 2007)
Ontario	205 millions de dollars	Opération de la cataracte	26 semaines	1 ^{er} janvier 2009	Dans 9 cas sur 10, les patients sont traités dans les 159 jours (février-mars 2007)
Québec	127 millions de dollars	Remplacement de la hanche et du genou Opération de la cataracte	6 mois	Actuellement mise en œuvre	Pourcentage des patients qui attendent 6 mois ou plus : remplacement de la hanche, 7 %; remplacement du genou, 13 %; opération de la cataracte, 3 % (2005-2006)
Nouveau-Brunswick	21,3 millions de dollars	Radiothérapie	8 semaines	2010	Dans 97,6 % des cas, le traitement commence dans les 4 semaines (avril 2007)
Nouvelle-Écosse	24,2 millions de dollars	Radiothérapie	8 semaines	2010	Moyenne pour les patients de priorité 4 (cas les moins urgents) : 31 jours (Cap Breton) et 37 jours (capitale) (avril 2007)

Province ou territoire	Financement provenant du budget fédéral de 2007*	Service clinique	Temps d'attente maximal	Date de mise en œuvre	Temps d'attente actuels (d'après les rapports au public au 4 juin 2007)†
Île-du-Prince-Édouard	12,1 millions de dollars	Radiothérapie	8 semaines à compter de la date où on est prêt au traitement	31 mars 2010	Dans 5 cas sur 10, le traitement commence dans les 11 jours (médiane) (janvier-décembre 2006)
Terre-Neuve-et-Labrador	18 millions de dollars	Opération cardiaque	26 semaines	Mars 2010	Dans 97,8 % des cas, le traitement est achevé dans les 26 semaines (juillet-septembre 2006)
Yukon	4,5 millions de dollars	Mammographie	Non disponible	Février 2010	Non disponible
Territoires du Nord-Ouest	4,6 millions de dollars	Soins de santé primaires	Non disponible	Mars 2010	Non disponible
Nunavut	4,5 millions de dollars	Certains types d'imagerie diagnostique	Non disponible	2010	Non disponible

Gouvernement fédéral À la fin de 2006 et au début de 2007, le gouvernement du Canada a annoncé qu'il entreprendrait une série de projets pilotes afin d'évaluer les garanties de temps d'attente pour les soins prénatals et les soins pour le diabète, dans des collectivités sélectionnées des Premières Nations.

Soins prénatals

- premier rendez-vous prénatal dans les 2 semaines qui suivent un test de grossesse positif;
- rendez-vous avec un prestataire de soins de santé toutes les 4 semaines après cette première visite;
- confirmation d'un futur rendez-vous avec un spécialiste et services de diagnostic dans les deux semaines qui suivent la décision d'aiguiller une femme qui fait une grossesse à risque.

Diabète

- en cas de test positif de diabète, les adultes obtiendront un rendez-vous dans les deux mois pour une évaluation et pour un programme d'éducation sur le diabète avec un prestataire de soins primaires de santé dans la réserve;
- en cas de test positif de « pré-diabète », ou diabète précoce, les adultes pourront participer à un programme de prévention, d'éducation et de soutien dans les trois mois;
- les adultes dont les résultats de test sont normaux referont un test dans l'année à venir;
- un projet pilote sera mis en place pour déterminer les délais à respecter pour les soins d'ulcères au pied causés par le diabète.

Remarques :

* En plus du financement indiqué, les provinces et les territoires seront admissibles à une partie des 400 millions de dollars de financement de l'Inforoute Santé du Canada, ainsi qu'aux 30 millions de dollars de projets pilotes annoncés dans le budget fédéral de 2007.

† Cette colonne donne des renseignements sur le temps d'attente actuel pour le service clinique qui fait l'objet d'une garantie dans chaque province et territoire. Pour plus de détails sur les temps d'attente, consulter les sites Web des gouvernements.

JETONS LA LUMIÈRE...

Imagerie diagnostique en Saskatchewan : Tirer des leçons des réussites en chirurgie

Quand la Saskatchewan s'est attaquée aux problèmes de l'accès des patients à l'imagerie diagnostique – IRM, tomodensitogrammes, ostéodensitométries –, cette province s'est tout naturellement inspirée de ses succès dans la gestion des temps d'attente pour la chirurgie. Les questions fondamentales étaient similaires : il n'y avait aucun moyen systématique de savoir combien de temps les patients attendaient, ou si leur attente était cliniquement acceptable ou non. Et il n'y avait aucune structure générale pour promouvoir le changement. De plus, la province se trouvait confrontée à la nécessité de remplacer son équipement désuet d'imagerie diagnostique, ce qui s'annonçait fort coûteux.

Calqué sur le Saskatchewan Surgical Care Network (SSCN), le Diagnostic Imaging (DI) Network est le premier du genre au Canada. Comme le SSCN, le DI – fondé il y a deux ans – offre un point de rencontre au gouvernement, aux 12 autorités sanitaires régionales de la province, aux spécialistes cliniques (dans ce cas, des radiologistes) et à un représentant du public pour parvenir à une approche mieux centralisée, mieux organisée en matière de services. (Le Conseil canadien de la santé a fait un profil vidéo du SSCN, à voir à www.conseilcanadiendelasante.ca.)

Peter Glynn, qui préside le DI comme il avait présidé le SSCN, et Doug Calder, directeur de la Saskatchewan Health's Acute and Emergency Services Branch, connaissent bien les leçons tirées de l'expérience avec le SSCN.

- Leadership et vision sont des éléments essentiels; une volonté réelle de changement aussi. « Il ne s'agit pas d'un simple projet », note Peter Glynn. « C'est une façon permanente de réorganiser le système. »
- Il faut désigner du personnel pour appuyer le réseau et lui donner le temps de bien faire son travail. « Si vous essayez d'agir à partir du coin d'un bureau », explique Peter Glynn, « ça ne va pas se passer assez vite, ni assez intelligemment. »
- L'information – c'est-à-dire les données incontestables sur les problèmes et les répercussions des solutions – est l'élément moteur pour assurer au réseau une capacité à trouver les ressources nécessaires. En d'autres termes, une fois que les ministres connaissent les faits, il leur est plus facile de solliciter des fonds.
- Parvenir à une bonne entente sur les termes et les concepts communs – c'est-à-dire obtenir que les gens « chantent la même partition » – est une étape critique au départ. « Les gens peuvent alors se concentrer sur les questions à résoudre au lieu de perdre leur énergie à discuter qui a raison sur les faits », explique Doug Calder. Par exemple, quand commence un temps d'attente? Comment se fait le classement des patients en fonction de l'urgence de leurs besoins de santé? Ces questions courantes sous-tendent un système d'information qui permet au public, aux prestataires de soins de santé et aux gestionnaires des soins de santé de comparer des données pour toutes les régions de la province et de constater ce qui se passe à l'échelle provinciale.

- La gestion des listes d'attente des patients est maintenant la responsabilité des autorités sanitaires régionales, et non plus celle des différents bureaux de médecins, comme c'était le cas auparavant dans tout le Canada. Ce changement de responsabilisation est un élément clé, précise Peter Glynn. « On ne peut pas gérer l'accès aux soins si on ne connaît pas le nom du patient », explique-t-il.

En mettant ces connaissances à bon escient, la Saskatchewan est parvenue à réduire les temps d'attente pour l'imagerie diagnostique, alors que la demande de services était en croissance. Ainsi, de mars à décembre 2006 :

- Les temps d'attente maximaux pour les tomodensitogrammes non urgents ont baissé et sont maintenant de 8 à 90 jours, selon l'autorité sanitaire régionale, contre des temps d'attente de 196 jours au maximum en mars.
- Les temps d'attente pour les IRM non urgentes ont baissé de 70 % à Regina (ils sont maintenant de 90 jours au plus) et de 14 % à Saskatoon (ils sont de 180 jours au plus).
- Pour les ostéodensitométries, les temps d'attente ont baissé de 23 % à Regina et de 31 % à Saskatoon, malgré une augmentation de 17 % des demandes.

La collaboration dans l'achat d'équipement neuf a été importante pour l'accomplissement de ces progrès. Les autorités sanitaires régionales ont réussi à faire des économies de plus de 300 000 dollars en 2005-2006 grâce à des achats globaux pour perfectionner l'équipement, et elles ont réinvesti ces sommes dans des dépenses en capital.

Le réseau s'efforce aussi de veiller à la pertinence des aiguillages pour les imageries diagnostiques. « Franchement, je n'aime pas l'expression "temps d'attente" », dit Peter Glynn. « Ce qui compte, c'est cette question : est-ce que nous faisons le test qui convient aux gens qui en ont besoin, en temps opportun? » Selon les recherches, les tests inutiles pourraient être la cause de jusqu'à 10 à 20 % des temps d'attente pour les patients – une autre conséquence étant que les patients sont alors exposés inutilement à des rayons X. Actuellement, le DI met à l'essai un équipement électronique conçu pour aider les médecins à appliquer les directives d'aiguillage de l'Association canadienne des radiologistes. Éventuellement, cet outil sera intégré à un système électronique d'entrée des demandes, qui permettra de montrer aux médecins leurs schémas de prescription de tests.

Le lancement d'un site Web de renseignements publics est prévu pour cette année. Comme avec le site Web du SSCN (www.sasksurgery.ca), les patients pourront vérifier les temps d'attente pour l'imagerie diagnostique dans chacune des régions et informer leur médecin traitant qu'ils aimeraient aller ailleurs pour ce test. Avec la mise en place de systèmes électroniques de stockage et de transmission de l'imagerie diagnostique partout dans la province, les médecins auront bientôt accès aux résultats des tests de leurs patients peu importe où aura été fait le scannage. Plusieurs provinces se préparent à adopter ces systèmes d'imagerie numérique avec l'appui d'Inforoute Santé du Canada. La Saskatchewan prévoit avoir instauré son système à l'échelle de la province d'ici la fin de 2009.

QUE NOUS RÉSERVE L'AVENIR?

En fin de compte, ce qui importe probablement le plus pour les Canadiens, c'est de savoir quelles répercussions les garanties de temps d'attente auront sur leurs soins de santé. Quelles options auront les personnes qui doivent attendre plus longtemps que prévu par les garanties? D'autres domaines de la santé, c'est-à-dire ceux qui ne sont pas couverts par les garanties, en souffriront-ils? Il est trop tôt pour répondre à ces questions et à bien d'autres sur ce nouveau concept de garanties au Canada. En fait, sans les données pertinentes, il restera peut-être impossible de répondre à des questions essentielles sur les conséquences de ces garanties. Le Conseil canadien de la santé espère que dans les mois et les années à venir, les provinces et territoires mettront en place l'infrastructure nécessaire pour évaluer leurs forces au niveau de ces garanties et pour modifier l'orientation de leurs actions en fonction des données fiables recueillies.

Idéalement, la meilleure des garanties est celle qui doit rarement, ou même jamais, être invoquée. À ce point, les administrations ont opté pour une approche sûre dans leur acceptation de la proposition fédérale : elles ont choisi de garantir des services qu'elles sont déjà en mesure, ou seront bientôt en mesure, d'offrir dans les délais garantis (voir tableau 2).

Si les garanties de temps d'attente constituent des mesures de stimulation en faveur des cibles de réduction des temps d'attente et de respect des repères, elles pourront jouer un rôle valable dans la solution au problème des délais d'attente au Canada. Mais à moins d'une amélioration de l'accès aux soins de santé qui ne font pas l'objet des garanties, ces garanties ne suffiront pas à répondre aux attentes des Canadiens.

Le Conseil canadien de la santé a félicité les gouvernements des efforts qu'ils avaient faits pour communiquer au public l'information sur les temps d'attente pour les soins de santé¹⁵ et il note que ce travail d'information continue de se faire sur les sites Web publics. Il a précédemment offert des conseils sur les moyens d'améliorer la qualité – et donc l'utilité – des renseignements sur les temps d'attente, en particulier pour obtenir des données comparables entre les administrations¹⁶. Les gouvernements continuent d'investir afin de réduire les temps d'attente pour les soins de santé : les annonces récentes de financement à propos des garanties ne sont qu'un des éléments de l'ensemble. Le Conseil considère que ces investissements doivent mener à des données fiables et comparables, pour que les patients, les cliniciens, les gestionnaires et les administrateurs de tous niveaux puissent comprendre et évaluer l'efficacité des changements résultant de ces investissements.

JETONS LA LUMIÈRE...

Opération de la cataracte en Ontario : Une vision de changement

Des nombres de toutes sortes jouent des rôles importants dans le succès remporté par l'Ontario dans la réduction des temps d'attente pour l'opération de la cataracte. Mais en termes humains, l'histoire est simple, comme le déclare Alan Hudson, un médecin qui dirige la Stratégie des temps d'attente en Ontario : « Des milliers de gens qui ne pouvaient plus lire ni conduire peuvent le faire maintenant. »

En moins de deux ans, et malgré une croissance de la demande, les temps d'attente de la plupart des patients pour une opération de la cataracte ont été réduits de moitié – passant d'un sommet de 311 jours en août-septembre 2005 à 159 jours pour février-mars 2007 (le cycle le plus récent de déclaration des rapports). C'est donc une réduction de 49 %. Et pour reprendre les déclarations de l'Ontario à ce propos, cela signifie que neuf opérations de la cataracte sur dix sont maintenant faites dans les 182 jours préconisés par la cible de la province.

Comment expliquer ce succès? L'Ontario a augmenté sa capacité d'action et a utilisé « des fonds et des données » pour convaincre les gens d'agir différemment, comme l'explique Alan Hudson. L'Ontario a créé plusieurs cliniques autonomes d'opération de la cataracte et a fusionné différents services hospitaliers, pour traiter plus rapidement les patients. En ce qui concerne l'intervention de la cataracte – opération qui consiste à enlever une lentille devenue opaque pour la remplacer par une lentille artificielle –, la plupart des interventions ne sont ni urgentes ni compliquées. Les établissements capables de traiter un grand nombre de patients peuvent répondre à une bonne partie de cette demande en toute sécurité. À Toronto, un centre autonome et sans but lucratif de ce type, le Kensington Eye Institute, a été créé dans le cadre de cette stratégie des temps d'attente.

Pour mieux motiver les établissements à augmenter le nombre de leurs interventions chirurgicales, l'Ontario a « introduit des forces de marché » dans la planification des services, comme l'explique Alan Hudson. Les différents hôpitaux signent des contrats avec la province, s'engageant à faire un certain nombre d'opérations de la cataracte. Le financement correspondant vient s'ajouter à leurs budgets globaux. La province leur a essentiellement demandé : combien d'opérations de la cataracte voulez-vous faire en plus, pour 750 dollars par opération? « Intentionnellement, nous avons mis le prix fort », explique Alan Hudson. « Et année après année, nous avons baissé ce prix. Nous comptons le ramener à environ 400 dollars. »

« Les anesthésies en équipe » aident également les centres chirurgicaux à mieux faire usage de leurs installations, non seulement pour les opérations de la cataracte mais aussi pour les autres interventions chirurgicales. Au lieu d'exiger qu'un anesthésiste soit présent en salle d'opération pour une procédure non compliquée, une infirmière

spécialisée peut maintenant faire partie de l'opération, tandis qu'un médecin est de veille dans l'établissement. Des groupes d'experts, composés de spécialistes cliniques respectés par leurs pairs, tiennent le rôle de conseillers indépendants auprès du gouvernement et jouent un rôle critique dans la bonne mise en place de ces changements.

Bien que satisfait des progrès dans la réduction des temps d'attente pour les opérations de la cataracte, Alan Hudson n'hésite pas à montrer la voie de l'avenir, par exemple pour montrer les disparités parmi les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), qui sont les nouvelles entités de planification régionales des soins de santé en Ontario. « L'écart reste bien trop important entre les meilleurs et les pires RLISS », précise-t-il. (À la fin de mai, les données tirées du site Web du gouvernement sur les temps d'attente, *www.ontariowaittimes.com*, montraient que les plus longs temps d'attente étaient supérieurs à un an et demi [559 jours], tandis que les plus courts étaient de 65 jours, la plupart des RLISS étant proches de la moyenne provinciale de 159 jours.) L'intervention de la cataracte était-elle pertinente pour la majorité des patients aiguillés vers cette opération (c'est-à-dire, la majorité des patients allaient-ils en bénéficier)? Et combien d'entre eux allaient voir mieux après cette opération? Ce sont là d'importantes questions que les groupes de spécialistes étudient, a déclaré Alan Hudson.

Alan Hudson conclut qu'un certain nombre de « pierres angulaires » sont communes à toute réussite dans la réduction des temps d'attente, quel que soit le domaine de service : volonté politique, technologie de l'information, financement, transparence et responsabilisation (« qui est responsable? longtemps, la réponse a été "personne" », explique Alan Hudson). Promouvoir la transparence, c'est ce que fait le site Web sur les temps d'attente. Pour garder la confiance du public dans ce site Web, la province a récemment fondé un Conseil de certification des données qui vérifiera les renseignements sur les temps d'attente tous les deux mois.

Quand il compare la réalité d'aujourd'hui à celle d'il y a trois ans, soit quand la Stratégie sur les temps d'attente a été mise en place, Alan Hudson parle d'une différence « jour et nuit ». « J'ai passé toute ma vie à faire de la chirurgie et seule ma secrétaire était au courant de ma liste d'attente. De nos jours, les hôpitaux sont responsables et nous avons un site Web où tout le monde peut voir, à partir de la maison ou d'une bibliothèque, les temps d'attente dans la région correspondant à son code postal. Le but consiste à donner le pouvoir aux patients. »

RÉFÉRENCES

- ¹ Statistique Canada. (Juillet 2006). *Accès aux services de soins de santé au Canada : Janvier à décembre 2005*. N° de catalogue 82-575-XIE. Ottawa : Statistique Canada. www.statcan.ca.
- ² Conseil canadien de la santé. (2006). *Rapport d'étape : Temps d'attente et ressources humaines de la santé. Supplément à Renouveau des soins de santé au Canada : Frayer la voie de la qualité*. Toronto : Conseil canadien de la santé. www.conseilcanadiendelasante.ca.
- ³ Institut canadien d'information sur la santé. (Février 2007). *Wait Times Tables – A Comparison by Province. Analysis in Brief*. Ottawa : ICIS. www.cihi.ca.
- ⁴ Institut canadien d'information sur la santé. (Février 2007). *Surgical Volume Trends Within and Beyond Wait Time Priority Areas. Analysis in Brief*. Ottawa : ICIS. www.cihi.ca.
- ⁵ Institute for Clinical Evaluative Sciences. (Mai 2007). *The Ontario Wait Time Strategy: No Evidence of an Adverse Impact on Other Surgeries. ICES Investigative Report*. Toronto : ICES. www.ices.on.ca.
- ⁶ Conseil canadien de la santé. (2005). *Note d'information : Points de repère pour les temps d'attente*. Toronto : Conseil canadien de la santé. www.conseilcanadiendelasante.ca.
- ⁷ National Health Service. 18 Weeks Delivery Program. [Page web, sans date]. www.18weeks.nhs.uk.
- ⁸ National Health Service. (2000). Cutting waiting time for treatment. Dans : *The NHS Plan: A Plan for Investment, A Plan for Reform*. www.nhsia.nhs.uk/nhsplan/npch12.htm.
- ⁹ Hanning M. Maximum waiting time guarantee – a remedy for long waiting lists? Experiences from Sweden. Présentation à la Conférence du HOPE Exchange Programme, Viareggio, Italie. 22 juin 2006. <http://hope.be/08exchan/2006FORMS/VIAREGGIO/VIAREGGIOEVALUATIONMEETING/HopeExchangeConference2006-06Hanning.pdf>.
- ¹⁰ Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Finlande]. (2002). Décision de principe du Conseil d'État sur les moyens d'assurer le futur des soins de santé. [brochure]. http://pre20031103.stm.fi/english/eho/publicat/bro02_6/bro02_6.pdf.
- ¹¹ Ministère de l'Intérieur et de la Santé [Danemark]. Bien-être et choix dans le secteur public danois. [Page Web, sans date]. www.im.dk/im/site.aspx?p=2246&ArticleID=4167.
- ¹² Ministère de la Santé et du Vieillissement, gouvernement de l'Australie. (2005). Chirurgie non urgente [Page web]. www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/content/health-ahca-sooph05-ins_elective.htm.
- ¹³ Ministère de la Santé, Nouvelle-Zélande. Services non urgents [Page Web, sans date]. www.electiveservices.govt.nz/index.html.
- ¹⁴ Hudson A. The Wait Time Strategy Review of Activities. Janvier-avril 2007. Mise à jour 8 – 30 avril 2007. www.health.gov.on.ca/transformation/wait_times/providers/wt_strategy.html.
- ¹⁵ Conseil canadien de la santé. (2007). *Renouveau des soins de santé au Canada : À la hauteur?* Toronto : Conseil canadien de la santé. www.conseilcanadiendelasante.ca.
- ¹⁶ Conseil canadien de la santé. (2005). *10 étapes vers un cadre commun de production de rapports sur les temps d'attente*. Toronto : Conseil canadien de la santé. www.conseilcanadiendelasante.ca.

APERÇU DU CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ

Les premiers ministres du pays ont créé le Conseil canadien de la santé par leur *Accord sur le renouvellement des soins de santé* en 2003, puis ont renforcé son rôle par le *Plan décennal pour consolider les soins de santé* en 2004. Le Conseil fait rapport sur les progrès réalisés quant au renouvellement des soins de santé, sur l'état de santé des Canadiens et sur les résultats de santé au sein de notre système. Notre objectif est d'avoir une vue d'ensemble, à l'échelle du système, sur la réforme des soins de santé au nom du public canadien, en portant tout particulièrement attention à la responsabilisation et à la transparence.

Les administrations participantes ont nommé au Conseil des membres qui représentent leur gouvernement respectif, de même que des membres qui ont l'expérience de domaines très divers comme les soins communautaires, la santé des Autochtones, les soins infirmiers, l'éducation à la santé, l'administration, les finances, la médecine et la pharmacie. Les administrations participantes comprennent la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut et le gouvernement fédéral.

Financé par Santé Canada, le Conseil est un organisme autonome, sans but lucratif. Les membres de cet organisme sont les ministres de la Santé des administrations participantes.

Vision du Conseil

Un public canadien bien informé et en santé, qui croit en l'efficacité, la durabilité et la compétence du système canadien de soins de santé à promouvoir la santé et à répondre aux besoins de santé des Canadiens et Canadiennes.

Mission du Conseil

Le Conseil canadien de la santé favorise la transparence et la responsabilisation en évaluant les progrès accomplis quant à la qualité, l'efficacité et la durabilité du système. En effectuant une surveillance perspicace, en présentant des rapports publics et en favorisant des discussions éclairées, le Conseil met en évidence ce qui aide ou ce qui nuit au renouvellement du système de soins de santé et au bien-être des Canadiens et Canadiennes.

MEMBRES DU CONSEIL*

Représentants du gouvernement

M. Albert Fogarty – Île-du-Prince-Édouard
D^r Alex Gillis – Nouvelle-Écosse
M. John Greschner – Yukon
M. Michel C. Leger – Nouveau-Brunswick
M^{me} Lyn McLeod – Ontario
M. Bob Nakagawa – Canada
M. Mike Shaw – Saskatchewan
M^{me} Elizabeth Snider – Territoires du Nord-Ouest
M^{me} Patti Sullivan – Manitoba
D^r Les Vertesi – Colombie-Britannique
Postes vacants – Terre-Neuve-et-Labrador
– Nunavut

Autres représentants

D^{re} Jeanne F. Besner – Présidente
D^r M. Ian Bowmer – Vice-président
M. Jean-Guy Finn
D^{re} Nuala Kenny
M. Jose A. Kusugak
M. Steven Lewis
D^{re} Danielle Martin
D^r Robert McMurtry
M. George L. Morfitt
M^{me} Verda Petry
D^r Stanley Vollant

* Juin 2007

