



action ACCS



BULLETIN D'INFORMATION : juin 2006

Le problème des listes d'attente

Comme bien d'autres pays dotés d'un régime public de soins de santé, le Canada continue de faire face au problème des longues listes d'attente pour un certain nombre de traitements. Une telle situation peut amener les Canadiens à mettre en doute la qualité de leur régime public. Aussi, les listes d'attente sont-elles devenues l'enjeu politique le plus grave en matière de santé au Canada.

L'accord de 2004 des premiers ministres

Lors de leur rencontre de septembre 2004, face aux pressions de la population, les premiers ministres ont établi, en tête de liste de leurs priorités, l'accès en temps opportun aux soins de santé nécessaires. Ils ont convenu de mettre l'accent sur une meilleure gestion des listes d'attente et sur une réduction des périodes d'attente qui, sur le plan médical, ne sont plus acceptables. Ils se



sont engagés à réaliser, avant le 31 mars 2007, « d'importantes réductions des listes d'attente dans certains domaines de soins prioritaires comme le cancer, les troubles cardiaques, le diagnostic par

imagerie, le remplacement d'articulations et le rétablissement de la vue ».

Pour atteindre cet objectif, ils ont décidé de fixer des jalons, établis sur des résultats vérifiables, dans ces cinq domaines prioritaires avant le 31 décembre 2005.

Le défi des listes d'attente

En mars 2006, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a publié son plus récent rapport intitulé : « Temps d'attente et soins de santé au Canada; ce que nous savons et ce que nous ignorons ». Le rapport conclut que même s'il existe plus d'information qu'auparavant sur cette question, il y a encore d'importantes lacunes dans la compréhension de la manière dont l'attente affecte la santé et le bien-être des patients

et sur ce qui fonctionne le mieux pour réduire les durées d'attente. À ces facteurs, il faut aussi ajouter le défi que pose l'obtention d'un consensus sur ce qui constitue une attente raisonnable ou excessive.

Ce que font les gouvernements

Au niveau fédéral, le gouvernement a financé une recherche sur les périodes d'attente et a également créé le Fonds pour la réduction des périodes d'attente, doté de 4,5 milliards de \$ sur six ans. Il a aussi nommé un Conseiller fédéral sur les temps d'attente.

Le 12 décembre 2005, les ministres de la santé provinciaux et territoriaux, fidèles à la date limite qu'ils s'étaient imposée, ont annoncé qu'ils avaient fixé des jalons, établis sur des données cliniques, pour cinq types de chirurgie non urgente, la radiothérapie et le dépistage du cancer.

Une « garantie de soins »

Le 4 avril 2006, lors du Discours du trône, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il s'attaquerait au problème des listes d'attente en amenant les provinces et territoires à garantir des périodes d'attente maximales pour les services médicaux nécessaires. Cette garantie, affirmait-il, permettra aux Canadiens d'être sûrs d'obtenir les traitements médicaux essentiels à l'intérieur de périodes de temps cliniquement acceptables.

Une telle garantie fait en sorte que les patients seraient envoyés dans d'autres provinces, ou même aux États-Unis, toutes dépenses payées, advenant qu'ils ne puissent obtenir les soins voulus à temps chez eux pour certaines interventions. Le gouvernement fédéral a dès lors affirmé que les garanties de soins seraient financées par le Fonds de réduction des périodes d'attente créé lors de l'Accord sur la santé de septembre 2004.

« L'ACCS est d'avis que ni une garantie de temps d'attente comme solution unique, ni la prestation de soins à but lucratif et le financement privé ne constituent la solution... En étudiant les moyens de relever le défi que posent les périodes d'attente, il est important de noter qu'il existe de nombreux exemples à l'effet que les avantages de la spécialisation et de l'innovation généralement attribués exclusivement au secteur privé peuvent être tout autant obtenus à l'intérieur du système de santé public. »

Extrait de la lettre à tous les députés fédéraux
Avril 2006

Toutefois, l'Accord de 2004 ne fait pas mention de la garantie de soins. En outre, les ministres provinciaux et territoriaux de la santé ont discuté de cette question et s'opposent tous à l'idée. En janvier 2006, le ministre de la santé du Manitoba, Tim Sale, a affirmé : « Je crois que nous sommes à peu près unanimes à reconnaître que les garanties de soins ne sont pas une composante appropriée d'une stratégie sur les listes d'attente ».

Faiblesses de la solution de garantie de soins

Un intérêt exclusif pour la garantie de soins ne tient pas compte de la possibilité de réduire les périodes d'attente par une restructuration du système de soins de santé lui-même. Un exemple de ce qui a été fait en Alberta l'illustre bien :

- En décembre 2005, on a annoncé qu'en Alberta, un projet pilote avait sérieusement réduit les périodes d'attente pour les chirurgies de la hanche et du genou; les patients qui devaient normalement attendre en moyenne 47 semaines pour une consultation orthopédique ont été traités en moins de cinq semaines. À Edmonton et Red Deer, des réductions aussi phénoménales ont été obtenues dans les hôpitaux publics.

Pour s'attaquer au problème des listes d'attente, il a fallu régler les questions de tests et de traitements inappropriés.

- En janvier 2006, l'Association canadienne des radiologistes a rapporté que les Canadiens doivent subir, chaque année, environ 3,5 millions de tests de diagnostic non justifiés. Ces tests inutiles atteignent annuellement un montant total de 500 millions de \$. Si ces tests étaient éliminés et qu'en plus, le nombre d'autres tests moins appropriés était réduit, quelques 200 radiologistes en seraient d'autant libérés et pourraient contribuer à réduire les listes d'attente.

Un système privé parallèle réduirait-il les périodes d'attente?

Il arrive fréquemment que l'on suggère, pour régler le problème des périodes d'attente, de créer un système parallèle privé de soins de santé – et plus précisément de permettre à des établissements privés à but lucratif de fonctionner, en même temps que les établissements publics à but non lucratif – de sorte que les patients qui peuvent se le permettre puissent payer les frais de leurs soins. Les défenseurs de ce système soutiennent qu'une telle approche augmenterait le budget disponible pour les soins de santé et libérerait des places pour l'obtention des services publics, assurant ainsi des traitements plus rapides pour tous et chacun.

La Fondation canadienne de la recherche sur les soins de santé s'est penchée sur la question et a conclu qu'il existe une « montagne de preuves » montrant que les systèmes parallèles privés ne réduisent pas les périodes d'attente dans le système public. « Un système parallèle privé peut assurer plus

rapidement des soins... à ceux qui sont mieux nantis. Il en compromet gravement l'accès, par contre, à ceux qui attendent des soins dans le système public... ».

Solutions publiques aux listes d'attente

Le Dr Michael Rachlis, analyste des politiques sur la santé, est d'avis que des solutions au problème des listes d'attente existent à l'intérieur même du système public. Il propose les approches suivantes :

- établir, au sein du système public, des cliniques chirurgicales plus spécialisées et de courts séjours pour réaliser les économies dont les cliniques privées ont su profiter. Le Queensway Surgicentre, de Toronto, et le Pan-AM Clinic, de Winnipeg, sont deux bons exemples de ce genre d'établissements;
- profiter des leçons tirées des pratiques de gestion des files d'attente appliquées dans d'autres secteurs.

Initiatives au sein du secteur catholique de la santé

Les organismes catholiques de soins de santé sont engagés dans des programmes de réduction des listes d'attente et de valorisation de la qualité, de la sécurité et de la régularité des soins administrés à leurs patients. Comme exemple, citons l'Hôtel-Dieu Grace Hospital, de Windsor (Ont.), qui en 2005 a adopté le « Toyota Production System » comme modèle devant améliorer les soins dans sa salle d'urgence.

Avec ce système, le personnel est parvenu à identifier les engorgements les plus critiques et les pratiques non efficaces dans le soin des patients. En apportant les changements voulus en vue d'éliminer ces manques d'efficacité, le débit de services s'est amélioré dans tout le département, les médecins ont réussi à recevoir les patients 30 minutes plus rapidement et le taux d'abandon a été réduit de moitié. Cette procédure a non seulement raccourci les périodes d'attente, mais elle a créé un environnement qui favorise la recherche de solutions aux problèmes et l'amélioration constante des services par le personnel, autant de facteurs de grande satisfaction tant pour les employés que pour les patients.

Information :

James Roche, Vice-président
Activités d'intervention publique et politiques
1247, place Kilborn, Ottawa (Ontario) K1H 6K9
(613) 731-7148, poste 252 jroche@accs.ca
www.accs.ca

Aussi disponible en anglais