



Faire disparaître l'engorgement total dans le système de soins de santé du Canada

BULLETIN 2015 DE L'ALLIANCE
SUR LES TEMPS D'ATTENTE

Faire disparaître l'engorgement total dans le système de soins de santé du Canada



Introduction

Depuis une décennie, l'Alliance sur les temps d'attente (ATA) produit un bulletin sur les progrès réalisés par le Canada afin de réduire les temps d'attente en médecine. Pendant cette période, on a appris beaucoup de choses au sujet des causes des temps d'attente et de la variété des stratégies qu'il est possible de suivre pour s'y attaquer, notamment le recours accru à la recherche opérationnelle (application de la science interdisciplinaire qui inclut la modélisation mathématique, les statistiques et les algorithmes) et l'adoption de méthodes d'amélioration des processus comme la gestion MINCEUR et la théorie des contraintes¹. La réduction des temps d'attente passe clairement par une approche systémique.

Les hôpitaux utilisent l'expression « engorgement total » pour désigner une situation systémique où les patients ne peuvent bouger. Les patients au service des urgences ne peuvent obtenir de lit dans les services internes parce que les lits en question sont occupés. Les ambulances ne peuvent se décharger des patients au service des urgences parce qu'il n'y a pas de place – même dans les couloirs. Des chirurgies électives sont annulées parce qu'il n'y a pas de lits disponibles dans les services internes. Les transferts de la région vers l'hôpital traitant sont suspendus².

Pour le patient, l'« engorgement total » signifie que des patients qui n'ont plus besoin de soins actifs continuent d'occuper des lits d'hôpital parce qu'ils n'ont pas accès à des ressources communautaires plus appropriées, y compris à leur domicile où ils pourraient bénéficier des moyens de soutien nécessaires, ou à un établissement de soins pour bénéficiaires internes. Ces patients, qui sont en majorité âgés, sont appelés patients d'autres niveaux de soins ou patients d'un « ANS ».

L'« engorgement total » a toutefois des répercussions sur un éventail beaucoup plus vaste de patients comme ceux, au service des urgences, qui attendent un lit dans un service interne et ceux qui attendent une chirurgie élective. C'est pourquoi l'ATA a déjà déclaré que le problème des patients d'un ANS constitue le plus gros défi à relever pour réduire les temps d'attente dans tout le système de santé.

La solution à un problème qui met en cause tellement de composantes du système de santé se situe clairement au niveau du système. L'ATA a préconisé à maintes reprises que l'on essaie de réduire les temps d'attente dans tous les éléments constituant le parcours du patient dans le système de santé. Lorsqu'il est question des temps d'attente, l'attention a toutefois été concentrée en grande partie sur le volet hospitalier et non sur les autres éléments du système qui sont mis en cause. Les améliorations au niveau de l'hôpital qui visent à optimiser le débit des patients et à centraliser les admissions en chirurgie font certes une différence, mais ces composantes représentent un élément seulement du système, en particulier pour le patient. Quelques provinces ont commencé à produire des rapports sur les temps d'attente dans d'autres domaines importants, y compris les soins primaires, les soins spécialisés et les soins à domicile.

Les temps d'attente ont diminué dans les cinq premiers domaines désignés dans l'Accord sur la santé de 2004 (arthroplastie de la hanche et du genou, chirurgie de la cataracte, pontage aortocoronarien, radiothérapie, imagerie diagnostique) même si les systèmes de santé ont dû faire face à une montée de la demande de soins. En dépit de ces signes encourageants, il reste toutefois d'autres secteurs qui ont besoin d'attention comme ceux des soins primaires, des services de santé mentale, des soins à domicile et des soins de longue durée, sans oublier les soins palliatifs, si l'on veut réduire de façon soutenue les temps d'attente dans tout le système.

1 Knight A, Vander Stelt R. Seeing differently: applying the Theory of Constraints in health care. *Can J Physician Leadersh*. Hiver 2015. p. 20.

2 Simpson C. Code Gridlock: Why Canada needs a national seniors strategy. Discours prononcé devant le Canadian Club d'Ottawa par le Dr Christopher Simpson, président, Association médicale canadienne. Le 18 novembre 2014. Ottawa, Ontario. Disponible : https://www.cma.ca/En/Lists/Medias/Code_Gridlock_final.pdf#search=Dr%2E%20Simpson%20Code%20Gridlock (consulté le 18 août 2015).

Nouveautés en 2015

Comme une approche systémique s'impose, le bulletin de 2015 de l'ATA met en vedette l'accès en temps opportun dans le cas de deux enjeux plus généraux du système : les soins aux aînés et les soins fournis aux groupes relevant de la compétence fédérale (c.-à-d. Premières Nations, réfugiés, anciens combattants, Forces canadiennes et détenus dans les pénitenciers fédéraux).

Au cours des années précédentes, le bulletin de l'ATA présentait des notes basées sur les points de repère pour les temps d'attente établis à la fois par les gouvernements et par l'ATA. Cette année, le rapport présente des cotes basées uniquement sur les points de repère de l'ATA, car celle-ci est d'avis que ces points de repère conviennent davantage pour évaluer le rendement. Par exemple :

- Le point de repère de l'ATA dans le cas du pontage aortocoronarien (PAC) est de six semaines pour les patients qui doivent subir une intervention élective comparativement au point de repère pancanadien que les gouvernements ont fixé à 26 semaines.
- Dans le cas de la radiothérapie, le point de repère de l'ATA est de 10 jours, comparativement au point de repère national de quatre semaines établi par les gouvernements.
- Grâce aux efforts déployés par l'Association canadienne des radiologistes, l'ATA a établi un point de repère national de huit semaines (60 jours) pour avoir accès à une IRM ou à une TDM³.

On retrouve une liste complète des points de repère de l'ATA à <http://www.waittimealliance.ca/points-de-repere/?lang=fr>.

Résultats pour 2015

Les données sur les temps d'attente ont été extraites de sites Web sur les temps d'attente des provinces au cours du printemps et au début de l'été 2015. Le Tableau 1 du Bulletin présente les cotes attribuées à chaque province en 2015⁴.

À l'échelon national, le paysage de l'accès en temps opportun n'a pas changé beaucoup par rapport à l'année précédente. Les provinces qui ont affiché de bons résultats en 2014 demeurent celles qui performant le mieux en 2015, soit la Saskatchewan, l'Ontario et Terre-Neuve-et-Labrador. La Saskatchewan continue de s'améliorer le plus et déclare

L'expérience de la Saskatchewan [...]

démontre clairement qu'il est possible de réduire les temps d'attente lorsqu'un effort concerté met à contribution tous les intervenants du système, y compris les fournisseurs, les patients et les dirigeants gouvernementaux.

En cinq ans, le nombre de patients de la Saskatchewan en attente depuis plus de six mois pour une intervention chirurgicale a diminué de 96 %.

Comment la province s'y est-elle prise?

- * Au moyen d'objectifs ambitieux appuyés par des ressources importantes (176 millions de dollars en quatre ans).
- * Avec la participation concertée de tous les intervenants du système, y compris les fournisseurs, les patients et les dirigeants gouvernementaux.
- * Par l'instauration de pratiques et d'outils novateurs :
 - **Mise en commun des demandes de consultation** permettant aux patients de choisir de voir le prochain spécialiste disponible ou d'attendre de voir le spécialiste de leur choix.
 - **Formation d'un plus grand nombre d'infirmières de salle d'opération.**
 - **Recours accru aux fournisseurs de services paramédicaux** afin d'accroître la capacité chirurgicale et diagnostique des chirurgiens.

³ Il n'y a pas de points de repère gouvernementaux nationaux dans le cas de l'imagerie diagnostique.

⁴ Voir le Document d'information technique pour le Bulletin de l'Alliance sur les temps d'attente – septembre 2015, qui contient des détails sur la méthodologie d'évaluation.

les temps d'attente les plus courts pour les interventions qu'il a été possible d'évaluer au moyen des points de repère de l'ATA. L'Ontario affiche aussi un rendement solide, tout comme Terre-Neuve-et-Labrador, même si le rapport de celle-ci porte sur un éventail plus limité d'actes.

Le rendement de la Saskatchewan est particulièrement impressionnant dans le cas du 90^e percentile des patients traités : il s'agit du temps qu'il faut à 90 % des patients pour obtenir leur traitement. Auparavant, des patients attendaient un an ou plus pour subir une intervention chirurgicale en Saskatchewan. Maintenant, 99 % des patients se voient offrir ou ont subi leur intervention chirurgicale dans les six mois et le pourcentage de ceux qui attendent plus de six mois a chuté de 96 % entre 2010 et 2015, même si les volumes des interventions ont augmenté⁵. Ces résultats positifs sont affichés dans toute la province, ce qui est tout aussi important – sept des dix régions sanitaires qui offrent des interventions chirurgicales déclarent que moins de cinq patients ont attendu plus de trois mois.

La Saskatchewan consacre énormément d'attention depuis quelques années à l'amélioration de l'accès en temps opportun aux soins médicaux, particulièrement pour les patients qui attendent depuis très longtemps de subir leur intervention chirurgicale. La province a fixé une cible pour que la population ait accès à des services de chirurgie dans les trois mois et plus de 91 % des interventions chirurgicales ont été pratiquées ou offertes en deçà de cette cible pendant la période du 1^{er} avril au 30 juin 2015. Il est clair que les efforts de la province ont conduit à des améliorations importantes. Comme celle de l'Ontario auparavant, l'expérience de la Saskatchewan démontre clairement qu'il est possible de réduire les temps d'attente lorsqu'un effort concerté met à contribution tous les intervenants du système, y compris les fournisseurs, les patients et les dirigeants gouvernementaux. La clé consistera à déterminer s'il est possible de maintenir ces améliorations dans le temps et de les étendre à d'autres périodes d'attente que connaissent les patients, y compris le temps qu'il faut attendre pour consulter un spécialiste.

Le service des urgences qu'on qualifie de « canari dans la mine de charbon » constitue souvent le signe avant-coureur de problèmes de santé. C'est pourquoi il importe de réunir des données sur les temps d'attente au service des urgences et d'en faire rapport, à condition qu'elles constituent une évaluation du rendement du système de santé en général. Le nombre de provinces qui font état des temps d'attente au service des urgences continue d'augmenter. L'Île-du-Prince-Édouard et la Colombie-Britannique (pour six établissements) sont les plus récentes à déclarer les temps d'attente au service des urgences en temps quasi réel (mis à jour aux cinq minutes). Les temps d'attente estimatifs représentent à peu près la période pendant laquelle il faut attendre entre le moment de l'inscription et celui où le patient est vu par un médecin. Les provinces en cause ne produisent pas de données cumulatives et c'est pourquoi on n'a pu leur attribuer de cote.

L'Ontario et l'Alberta (par l'entremise de Services de santé Alberta) ont toutes deux modifié leur façon de déclarer publiquement les résumés des périodes d'attente que les patients passent au service des urgences. C'est pourquoi il est impossible de produire un tableau comparatif pour le rapport de cette année. On peut néanmoins conclure que les temps d'attente au service des urgences demeurent beaucoup plus courts pour les patients qui ont des problèmes mineurs ou sans complication que pour les patients dont l'état est complexe (p. ex., il faut plus de temps pour diagnostiquer leur problème) et en particulier ceux qu'il faut hospitaliser. L'Ontario signale, par exemple, que neuf patients sur dix dont l'état est complexe ont terminé leur visite au service des urgences et ont été hospitalisés dans un délai maximum de 25,7 heures (juin 2015). Neuf patients sur dix dont l'état était mineur ou sans complication ont passé au plus quatre heures au service des urgences. Comme l'indiquent les rapports précédents de l'ATA, beaucoup des facteurs à l'origine de la longueur des périodes pendant lesquelles il faut attendre pour être admis dans un lit d'hôpital sont des défaillances d'ordre systémique comme le nombre élevé de patients d'un ANS et le manque de moyens de soutien communautaires⁶.

5 Saskatchewan Surgical Initiative Branch. Improved access to surgical care – progress update. Résultats au 30 juin 2015. Regina : Saskatchewan Ministry of Health. Disponible : <http://www.sasksurgery.ca/sksi/progressupdate.html> (consulté le 20 août 2015).

6 Affleck A, Parks P, Drummond A, Rowe BH, Ovens HJ. L'engorgement des départements d'urgence et le blocage d'accès [Déclaration de l'Association canadienne des médecins d'urgence]. *CJEM* 2013;15(6):359-70. Disponible : http://caep.ca/sites/caep.ca/files/caep/PositionStatements/edoc_document_final_fr.pdf (consulté le 31 août 2015).

TABLEAU 1. Évaluation des temps d'attente basée sur les points de repère de l'ATA 2015

Traitement/services/intervention	TNL	TPE	NE	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC
Soins du cancer (radiothérapie, soins curatifs)*										
Temps d'attente entre la référence et la consultation (tous sites du corps combinés)	14 jours	?	A+	C	?	?	A	?	D	?
Temps d'attente entre la décision de traiter et le début du traitement (tous sites du corps combinés)	14 jours	D	D	D	♣	♣	A	B	A	B
Sein	14 jours	?	?	D	?	?	A+	D	?	?
Prostate	14 jours	?	?	F	?	?	A	F	?	?
Poumon	14 jours	?	?	D	?	?	A+	B	?	?
Soins cardiaques (cas planifiés)†										
Electrophysiologie — ablation par cathéter	90 jours	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Réadaptation cardiaque	30 jours	?	?	♣	?	?	?	?	?	?
Échocardiographie	30 jours	?	?	?	?	?	?	?	?	?
PAC	6 semaines	♣	/	♣	♣	♣	A	♣	A+	♣
Douleur chronique (Anesthésiologie)										
Nerfs endommagés après une intervention chirurgicale ou un traumatisme	30 jours	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Douleur liée à des problèmes de disque	3 mois	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Douleur attribuable au cancer	2 semaines	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Exacerbations ou flambées de douleur chronique	3 mois	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Imagerie diagnostique (non urgente)										
IRM	60 jours	?	F	♣	?	?	B	♣	?	F
TDM	60 jours	?	A	♣	?	?	A+	♣	?	B
Urgences†										
Médecine familiale	Accès le jour même	?	♣	?	?	?	?	?	?	?
Gastroentérologie (endoscopie)										
Cancer	2 semaines	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Maladie intestinale inflammatoire (MII)	2 semaines	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Résultats positifs au test de recherche de sang occulte dans les selles	2 mois	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Chirurgie générale										
Médecine nucléaire (cas planifiés)										
Scintigraphie osseuse — corps au complet	30 jours	?	?	?	?	?	?	?	?	?
FDG-TEP	30 jours	?	?	C	?	?	?	?	?	?
Imagerie nucléaire cardiaque	14 jours	?	?	♣	?	?	♣	♣	?	?
Obstétrique et gynécologie (cas planifiés)										
Saignement utérin préménopausé anormal	12 semaines	?	?	B	?	?	B	?	A	?
Incontinence urinaire	12 semaines	?	?	F	F	?	C	?	A	?
Prolapsus pelvien	12 semaines	?	?	F	♣	?	D	?	A	?
Arthroplastie (orthopédie)										
Arthroplastie totale de la hanche	26 semaines	A+	A+	C	B	A	A	B	A+	B
Arthroplastie totale du genou	26 semaines	A	A+	C	C	A	A	B	A+	B
Chirurgie pédiatrique*										
Caries dentaires avancées : lésions/douleur carieuse	90 jours	?	?	♣	♣	?	♣	?	?	?
Bec de lièvre et fente palatine	21 jours	?	?	F	?	?	♣	?	?	?
Strabisme : 2 à 6 ans	90 jours	?	?	F	D	?	♣	?	?	?
Chirurgie plastique										
Reconstruction du sein	4 semaines	?	?	D	?	?	F	?	♣	F
Débridement du tunnel carpien	2 mois	?	?	A	F	?	?	?	B	D
Traitement d'un cancer de la peau	4 mois	?	?	?	?	?	?	?	♣	?
Psychiatrie (cas planifiés)										
Dépression majeure	4 semaines	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Premier épisode de psychose	2 semaines	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Manie (urgence)	1 semaine	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Rhumatologie										
Polyarthrite rhumatoïde	6 sem (4 sem pour consult.; 2 sem pour début du	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Spondylarthrite	3 mois	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Arthrite psoriasique	6 semaines	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Rétablissement de la vision										
Chirurgie de la cataracte	16 semaines	A+	A+	B	A	A	B	C	A+	C

Méthodologie

Basée sur les sites Web des provinces entre juillet et août 2015 :

A+ : de 90 à 100 % de la population traitée en-deçà du point de repère

A : de 80 à 89 % de la population traitée en-deçà du point de repère

B : de 70 à 79 % de la population traitée en-deçà du point de repère

C : de 60 à 69 % de la population traitée en-deçà du point de repère

D : de 50 à 59 % de la population traitée en-deçà du point de repère

F : Moins de 50 % de la population traitée en-deçà du point de repère

ad : aucune donnée ou les données ne se prêtent pas à l'établissement de l'estimation du rendement. La diagonale « / » dans les carrés blancs indique que le service n'est pas offert (p. ex., PAC à l'I.-P.-É.).

P. ex., PAC à l'I.-P.-É.

* Veuillez consulter le site Web de la Société canadienne de cardiologie à www.ccs.ca qui présente l'ensemble des points de repère pour les services et interventions cardiovasculaires. Tous ces points de repère devront être adoptés pour intervenir de façon significative sur les temps d'attente.

† Radiothérapie contre le cancer : Les temps d'attente ne reflètent actuellement que la période pendant laquelle il faut attendre pour recevoir des traitements par faisceau externe puisque les périodes d'attente pour la curiethérapie (radiothérapie implantée, par exemple, pour le cancer de la prostate et les cancers du col utérin) ne sont pas signalées.

‡ L'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) a présenté les objectifs révisés des temps d'attente aux services d'urgence en 2013 (voir le site de l'ATA pour plus d'information).

? Le symbole est attribué à la province qui ne fait pas rapport de temps d'attente pour le traitement.

♣ La province fait rapport de temps d'attente pour cette intervention en particulier mais pas d'une manière qui permettrait de l'évaluer en fonction des paramètres de l'ATA.

○ La province fait rapport des temps d'attente pour cette spécialité.

* Ces points de repère permettent aux établissements de pédiatrie de se comparer à des pairs et de partager les apprentissages.

Méthode de cotation par couleurs

Ce tableau indique le changement des temps d'attente en fonction des données publiques disponibles les plus récentes pour chaque priorité, selon la province, de la façon suivante :

	diminution des temps d'attente par rapport à l'année antérieure
	augmentation des temps d'attente par rapport à l'année antérieure
	aucun changement marqué (c.-à-d. augmentation de moins de 5 % ou diminution de moins de 10 % au cours de l'année)
	données insuffisantes pour arriver à une conclusion

En ce qui concerne les soins primaires, autre composante importante du système de santé, l'Île-du-Prince-Édouard déclare maintenant les périodes pendant lesquelles il faut attendre pour avoir accès à un médecin de famille – c'est la première province à le faire. Il s'agit d'un service volontaire qui mesure le troisième rendez-vous de routine disponible (TRRD) comme paramètre d'évaluation de l'accès aux soins primaires. Les temps d'attente sont déclarés pour chacun des cinq réseaux régionaux de soins primaires⁷. Entre janvier et mars 2015, le temps d'attente moyen pour un rendez-vous, qui s'est établi à 23 jours, a varié de 0 à 72 jours⁸.

Évaluation des sites Web sur les temps d'attente des provinces

Les rapports publics sur les temps d'attente constituent un élément important pour donner aux patients un accès aux soins en temps opportun et suivre les temps d'attente aux fins de l'amélioration de la qualité. Les sites Web des provinces sont reliés à ceux des ministères provinciaux de la Santé. L'évaluation annuelle que l'ATA fait des sites Web sur les temps d'attente des provinces porte notamment sur cinq aspects : actualité, intégralité, convivialité ou accessibilité pour les patients, rendement et qualité ou fiabilité. Des groupes de patients ont été invités à formuler des commentaires sur l'utilisation qu'ils font des sites Web et ont présenté des observations constructives⁹.

Le Tableau 2 du Bulletin présente les résultats pour 2015. La note nationale pour 2015, soit « B », n'a pas changé par rapport à 2014, mais on continue de constater des améliorations sur beaucoup des sites Web provinciaux.

Quatre provinces ont reçu un « A », soit la Saskatchewan, l'Ontario, l'Alberta et la Nouvelle-Écosse. Il n'y a toutefois pas de site Web parfait et chaque province peut s'améliorer. Par exemple, quelques provinces seulement, en particulier l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et le Manitoba, déclarent les temps d'attente pour la radiothérapie (cancer) selon la partie du corps. Des groupes de patients ont déclaré que la police de caractères de certains sites Web est trop petite. Le site Web sur les temps d'attente du Manitoba est considéré un de ceux où la navigation est la plus facile.

Il reste pour toutes les provinces à produire un rapport sur un éventail plus vaste de services de santé importants. Comme on l'a déjà signalé, il y a plus de provinces qui déclarent les temps d'attente au service des urgences, mais elles dévoilent peu de données cumulatives qui permettraient de dégager des tendances. Quelques provinces, notamment la Nouvelle-Écosse, peuvent produire une liste de temps d'attente pour beaucoup d'actes et de services en plus des services chirurgicaux, tandis que l'Ontario est la première province à déclarer les temps d'attente pour l'accès aux soins à domicile.

Aucune province ne déclare toutefois les temps d'attente en soins psychiatriques, en anesthésiologie dans le traitement de la douleur chronique et en rhumatologie. Trois provinces produisent des rapports sur les services de gastroentérologie, mais ils sont limités. Les soins en cardiologie ont été un des cinq domaines choisis à l'origine pour l'élaboration de points de repère dans l'Accord sur la santé de 2004, mais la façon de définir les temps d'attente pour des interventions en cardiologie et d'en faire rapport varie considérablement d'un bout à l'autre du Canada.

7 TRRD s'entend de la durée moyenne en jours de la période écoulée entre la date à laquelle un patient demande un rendez-vous chez un médecin et le troisième rendez-vous disponible pour l'examen médical d'un nouveau patient, un examen de routine ou une consultation de retour. Le « troisième rendez-vous disponible » est utilisé plutôt que le « prochain disponible » puisqu'il reflète de façon plus précise la disponibilité réelle de rendez-vous. Par exemple, un rendez-vous peut être ouvert au moment de la présentation d'une demande à cause d'une annulation ou d'un autre événement imprévu. L'utilisation du « troisième rendez-vous disponible » élimine ces occurrences aléatoires de la mesure de la disponibilité. Source : Institute for Healthcare Improvement (<http://www.ihl.org/resources/Pages/Measures/ThirdNextAvailableAppointment.aspx>)

8 Santé I.-P.-É., Access to family physicians. Île du Prince Édouard : Gouvernement de l'île du prince Édouard; 2015. Disponible : <http://www.healthpei.ca/index.php3?number=1052095&lang=E> (consulté le 17 août 2015).

9 L'ATA remercie la Société canadienne du cancer et l'Association nationale des retraités fédéraux de l'avoir aidée à étudier les sites sur les temps d'attente de toutes les provinces et d'avoir formulé des commentaires à leur sujet.

TABLEAU 2. Évaluation des sites Web provinciaux sur les temps d'attente, 2015*

Province	Actualité	Intégralité	Convivialité pour les patients	Rendement	Qualité et fiabilité	Note moyenne	Note en 2015	Note en 2014	Pratiques exemplaires / commentaires
SK	4,5	3,5	3,5	5	4	4,1	A	A	Utilisation de schémas du corps pour sélectionner les interventions; liste par spécialiste. Il faudrait augmenter la taille de la police de caractères. Il faudrait inclure davantage de rapports sur l'imagerie diagnostique, la pédiatrie et la radiothérapie selon le site anatomique, et aussi sur les temps d'attente au service des urgences.
ON	4	4,5	3	4	5	4,1	A	A	Première province à publier des données de temps d'attente sur les soins à domicile; rapports détaillés sur les temps d'attente en radiothérapie, en pédiatrie et au service des urgences; bilingue. La police de caractère pourrait être de plus grande taille; la navigation est malaisée (plusieurs clics sont nécessaires pour parvenir aux résultats); il faudrait étendre le contenu au-delà des soins chirurgicaux.
AB	4	4	4,5	3,5	4	4,0	A	A	Convivial pour les patients et navigation aisée; présentation claire de données sur les tendances; l'information sur les temps d'attente au service des urgences dans les villes de Calgary et d'Edmonton est affichée sur le site d'Alberta Health Services. Les temps d'attente sont classés par catégorie d'urgence. Il faudrait ajouter plus de détails sur les temps d'attente en oncologie (c.-à-d., sites anatomiques); il faudrait faire les liens avec les cibles sur le site Web.
NÉ	3	4,5	4,5	4	4	4,0	A	A	Très complet y compris les temps d'attente pour la consultation d'un chirurgien et de certains spécialistes. Très convivial et facile à lire. Beaucoup d'options de recherche. Données présentées de nombreuses façons pour évaluer le rendement. Il faudrait inclure les temps d'attente à l'urgence.
NB	4	3	3,5	5	4	3,9	B	B	Navigation aisée sur le site; l'information pour les patients au sujet de la chirurgie est appréciée. Bilingue. Temps d'attente ventilés par établissement. Il faudrait fournir plus de détails sur les temps d'attente en oncologie. Aucune donnée sur les temps d'attente au service des urgences.
BC	4	3,5	4	4	4	3,9	B	A	Les temps d'attente au service des urgences pour certains sites sont à présent affichés; les temps d'attente en pédiatrie sont affichés. Le format est convivial. Il faudrait des rapports plus détaillés sur la radiothérapie. Il faudrait des rapports sur l'imagerie diagnostique et les autres interventions non chirurgicales.
QC	4	3,5	2,5	5	4	3,8	B	A	L'information est assez facile à trouver; bilingue; données à jour et opportunes, par région et établissement. Il faudrait utiliser une police de caractères plus grande et plusieurs étapes sont nécessaires pour accéder aux données; les tableaux provinciaux sont difficiles à lire pour les patients. Il faudrait allonger la liste des interventions (p. ex., services diagnostiques et plus de détails sur les temps d'attente en radiothérapie).
IPÉ	4	3	3,5	4	4	3,7	B	B	Le site affiche à présent les temps d'attente au service des urgences et pour les soins primaires. L'utilisation de pictogrammes pour faire des choix est intéressante. Les données sur les tendances sont disponibles mais pourraient être difficiles à utiliser pour les patients. La façon de s'y prendre pour poser des questions n'est pas claire.
MB	4	2,5	4	2	4	3,3	C	C	Les données sont à jour et opportunes. Les temps d'attente en oncologie sont affichés par site anatomique. Navigation facile; information facile à trouver et à lire. Bilingue. Il faudrait élargir la gamme de services et offrir de multiples façons d'évaluer le rendement.
TNL	1	2,5	3,5	5	4	3,2	C	C	L'information est facile à trouver pour six interventions. Il faudrait augmenter la taille de la police de caractères. Il faudrait rafraîchir et publier les données plus fréquemment. Il faudrait afficher des rapports sur un plus grand nombre d'interventions.
Note nationale globale [2]						3,8	B	B	

* Évaluation, par l'ATA, des sites Web provinciaux sur les temps d'attente : maximum de 5 points pour chacun des 5 critères (note moyenne parfaite = 5).

Accès en temps opportun aux soins pour les aînés

L'amélioration du caractère opportun et approprié des soins aux aînés constitue un enjeu de premier plan pour le système de santé du Canada. Le pourcentage des aînés (65 ans et plus) augmente au Canada et celui des 85 ans et plus, dont beaucoup vivent avec de multiples maladies chroniques, y compris une démence, devrait quadrupler¹⁰. La première vague des baby boomers a eu 65 ans en 2011 et l'analyse démontre que le nombre des personnes âgées devrait continuer d'augmenter pendant les deux prochaines décennies. En 2030, tous les baby boomers auront 65 ans et plus. Les projections démographiques de Statistique Canada montrent qu'en 2063, le nombre des aînés variera de 11,1 à 15,1 millions selon le scénario de croissance utilisé. Il y avait 5,4 millions de personnes âgées en 2013¹¹.

Les projections démographiques de Statistique Canada montrent qu'en 2063, le nombre des aînés variera de 11,1 à 15,1 millions.

Les systèmes de santé doivent traiter et appuyer dûment de plus en plus de personnes qui ont un problème chronique ou plus dans le cadre de modèles intégrés de prestation de soins, offrir des moyens de soutien social adéquats et appuyer les aidants naturels. Si nous pouvons améliorer notre façon de nous occuper de nos aînés, cette amélioration fera beaucoup pour créer un système de santé très performant, ce qui sera bénéfique pour tous les patients.

Il y a peu de données disponibles sur l'accès aux soins, surtout dans le cas des aînés. Aucune province n'a déclaré de temps d'attente pour les soins spécialisés aux aînés (p. ex., gériatrie, soins aux aînés, psychiatrie gériatrique). Ces spécialités s'occupent des aînés qui présentent un risque élevé d'hospitalisation évitable prolongée (ce qui entraîne souvent un placement dans un ANS ou de façon prématurée en soins de longue durée) à cause de problèmes comme la démence combinée à d'autres maladies chroniques.

Selon des sondages menés par le Fonds du Commonwealth pour comparer la qualité des soins fournis aux adultes âgés dans 11 pays :

- les Canadiens âgés sont plus susceptibles que la population générale d'avoir accès à un médecin de famille;
- chez les Canadiens de 55 ans et plus, 53 % ont attendu deux jours ou plus pour consulter un médecin de famille ou une infirmière la dernière fois qu'ils ont été malades ou qu'ils ont eu besoin de soins médicaux (comparativement à la moyenne des 11 pays, qui s'établit à 32 %);
- chez les Canadiens de 55 ans et plus, 25 % ont attendu au moins deux mois pour consulter un spécialiste (comparativement à la moyenne des 11 pays, qui est de 15 %)¹².

Il est impossible de satisfaire à la demande actuelle de soins à domicile et de soins de longue durée et l'écart se creusera. En 2012, 25 % des aînés de 75 ans et plus ont reçu des soins à domicile, tandis que 13 % avaient de 64 à 74 ans¹³. Malheureusement, presque le quart des 65 ans et plus (24 %) qui avaient besoin de soins n'en ont pas reçu¹⁴.

LE CONFERENCE BOARD DU CANADA A PRÉDIT QUE LA DEMANDE DE SOINS CONTINUS AUGMENTERAIT DE 71 % CHEZ LES AÎNÉS ENTRE 2011 ET 2026.

10 Canadian Study of Health and Aging 1991-2001. N.p. : Canadian Study of Health and Aging; 2002. Disponible : <http://www.csha.ca/> (consulté le 30 nov 2015)
11 Équipe des projections nationales. *Projections démographiques pour le Canada (2013 à 2063), les provinces et les territoires (2013 à 2038)*. Le 26 mai 2015. Statistique Canada No 91-520-X au catalogue. Ottawa, Ontario. Disponible : <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-520-x/91-520-x2014001-fra.htm> (consulté le 26 mai 2015).
12 Institut canadien d'information sur la santé. *Résultats du Canada : Enquête internationale de 2014 auprès des adultes âgés sur les politiques de santé du Fonds du Commonwealth*. Ottawa : L'Institut; janvier 2015.
13 Statistique Canada. Étude : Les bénéficiaires de soins à domicile, 2012. *Le Quotidien*, le 13 juin 2014. Disponible : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/140613/dq140613c-fra.htm> (consulté le 13 juin 2015).
14 Statistique Canada. Étude : Les Canadiens dont les besoins en soins à domicile sont non comblés, 2012. *Le Quotidien*, le 9 sep 2014. Disponible : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/140909/dq140909a-fra.htm> (consulté le 9 sep 2015).

Le Conference Board du Canada a prédit que la demande de soins continus (y compris à la fois les services rémunérés et les services des aidants naturels non rémunérés) augmenterait de 71 % chez les aînés entre 2011 et 2026¹⁵.

Les données sur les temps d'attente pour recevoir des soins à domicile ou entrer dans un établissement de soins de longue durée sont rares. Les sites Web des gouvernements de beaucoup de provinces et de territoires fournissent aux aînés de l'information qui décrit les nombreux services mis à leur disposition. L'Ontario est toutefois la seule province à diffuser des données sur les temps d'attente pour les soins à domicile et les soins de longue durée (2013-2014). Les données sur les temps d'attente pour les soins à domicile portent sur les aspects suivants :

- le pourcentage de patients en soins à domicile qui ont reçu leur première visite d'infirmière dans les cinq jours suivant la date à laquelle des services de soins infirmiers leur ont été autorisés : 94 %;
- la période d'attente pour les services d'aide personnelle chez les patients dont l'état est complexe : 84 %.

En ce concerne les soins de longue durée, le « nombre médian de jours d'attente pour obtenir un placement dans un foyer de soins de longue durée » s'établissait à 108 en Ontario¹⁶. Dans un rapport produit pour l'Association médicale canadienne, le Conference Board du Canada indique les temps d'attente pour obtenir des soins de longue durée dans neuf des dix provinces. Les données sont déclarées différemment d'un bout à l'autre du Canada, mais le rapport démontre que l'accès en temps opportun aux soins de longue durée varie considérablement non seulement entre les provinces, mais aussi entre des régions et des localités de chaque province¹⁷.

L'Ontario déclare des renseignements supplémentaires sur la qualité des soins reçus aux foyers de soins, en fonction d'un vaste éventail d'indicateurs, comme la fonction cognitive, l'incontinence, les chutes, l'innocuité des médicaments, les dispositifs de contention, notamment. L'outil Web de l'Institut canadien d'information sur la santé, Votre système de santé, permet aux Canadiens d'étudier le rendement d'un hôpital, d'une ville, d'une région, d'une province ou d'un territoire¹⁸. L'outil porte aussi sur les organismes de soins de longue durée et inclut pour la première fois des établissements de soins individuels parallèlement aux indicateurs de rendement¹⁹.

Mesure des taux d'ANS

Un problème sérieux qui a une incidence sur l'accès en temps opportun à la fois pour les aînés et pour d'autres patients, c'est celui du pourcentage élevé de patients qui occupent des lits dans un ANS tout en attendant d'être placés en soins à domicile, dans un centre de réadaptation, de soins de longue durée (foyer de soins infirmiers ou établissement de soins chroniques) ou de soins aux bénéficiaires internes. On entend habituellement par patient d'un ANS un patient qui continue d'occuper un lit d'hôpital de soins actifs après qu'il n'en a plus besoin²⁰, mais il n'y a pas de définition nationale uniforme pour le moment. C'est pourquoi il est difficile de comparer les taux au Canada. En Ontario, 3 812 patients d'un ANS étaient en attente dans un lit de soins actifs ou postactifs le 31 mai 2015²¹. En outre, 41 % des patients d'un ANS qui occupaient ces lits attendaient une place en soins de longue durée. En avril 2015, des patients d'un ANS occupaient 13,7 % des lits des services internes de la province. Les taux variaient d'un minimum de 6 % à un maximum de 27 % entre les régions.

15 Hermus G, Stonebridge C, Edenhoffer K. *Future care for Canadian seniors: a status quo forecast*. Ottawa : Le Conference Board du Canada, 2015. [Les moyens de soutien aux soins continus comprennent les moyens de soutien à la santé, les soutiens personnels et sociaux, l'aide au logement, les dons et les services volontaires.]

16 Qualité des services de santé Ontario. *Rapports sur les soins à domicile*. Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2015. Disponible : <http://www.hqontario.ca/Rapports/Soins-%C3%A0-domicile> (consulté le 17 août 2015).

17 Verbeeten D, Astles P et Prada G. *Understanding health and social services for seniors in Canada*. Ottawa : Le Conference Board du Canada; 2015.

18 Institut canadien d'information sur la santé. *Votre système de santé*. Ottawa : L'Institut; 2015. Disponible : <http://votresystemedesante.icis.ca/hsp/?lang=fr> (consulté le 15 juillet 2015).

19 Institut canadien d'information sur la santé. *La performance de 1 000 établissements canadiens de soins de longue durée désormais accessible au public* [communiqué]. Ottawa : L'Institut; le 10 juin 2015. Disponible : <https://www.cihi.ca/fr/performance-du-systeme-de-sante/rapports-sur-la-performance/international/la-performance-de-1-000> (consulté le 10 juin 2015).

20 Institut canadien d'information sur la santé. *Niveaux de soins alternatifs au Canada. Analyse en bref*. Ottawa : L'Institut; 14 jan 2009. Disponible : https://secure.cihi.ca/free_products/ALC_AIB_FINAL_FR.pdf (consulté le 14 août 2015).

21 Ontario Hospital Association. *Access to Care. Alternate Level of Care (ALC). Report prepared by Access to Care for the Ontario Hospital Association*. Toronto: Ontario Hospital Association; mai 2015. Disponible : <http://www.oha.com/CurrentIssues/Issues/eralc/Documents/ALC%20Report%20-%20May%202015%20data.pdf> (consulté le 18 août 2015).

Le National Health Service d'Angleterre déclare les taux mensuels d'ANS, y compris les causes du retard selon la région et l'établissement – qu'il présente sous forme de transferts tardifs^{22,23}. L'adoption de tels rapports détaillés au Canada aiderait énormément à contrer le problème des ANS.

LA DÉMENCE EST UN DIAGNOSTIC COURANT CHEZ LES PATIENTS D'UN ANS.

La démence est un diagnostic courant chez les patients d'un ANS. Elle entraîne habituellement une hospitalisation et fait grimper les taux d'ANS lorsque les personnes atteintes de démence ont d'autres maladies chroniques (90 % des personnes vivant avec une démence dans des logements communautaires ont deux maladies chroniques ou plus). Une étude portant sur deux hôpitaux du Nouveau-Brunswick illustre le problème. Les chercheurs ont constaté que des patients d'un ANS occupaient 33 % des lits d'hôpital et l'on avait diagnostiqué une démence chez 63 % d'entre eux²⁴. L'étude a révélé que le séjour durait en moyenne 379,6 jours et que 86 % attendaient un lit dans un centre de soins de longue durée. L'état de santé de beaucoup des patients s'est dégradé pendant leur séjour à l'hôpital. Les aînés à risque élevé ne peuvent attendre longtemps pour obtenir une consultation – les longues attentes se traduisent en occasions ratées de les garder en toute sécurité dans la communauté et, par conséquent, en longues périodes d'hospitalisation évitable et d'ANS (s'il n'y a pas d'admission prématurée en soins de longue durée). L'ATA a déjà demandé au Canada d'adopter un plan national sur la démence comme l'ont fait beaucoup d'autres pays. Un tel plan relierait entre eux et appuierait les plans des provinces sur la démence afin de créer des synergies qui maximisent ou optimisent les efficacités.

Les causes des taux élevés de patients d'un ANS sont nombreuses et comprennent le manque de moyens de soutien communautaires à la fois pour prévenir les

hospitalisations dans un ANS et aussi pour le retour des patients dans un contexte plus approprié. L'état des patients dans un ANS des hôpitaux peut se dégrader et se déconditionner inutilement, ce qui a une incidence sur les personnes âgées fragiles et celles qui vivent avec une démence, prolonge les hospitalisations et les séjours dans un ANS, entraîne un placement prématuré en soins de longue durée et conduit à l'engorgement total. Une attention suffisante portée aux soins des aînés, comme le fait de disposer des ressources humaines nécessaires dans le domaine de la santé (p. ex., médecine gériatrique, soins aux aînés, psychiatrie gériatrique), le fait de garder les aînés et de les traiter là où ils vivent, ce qui évite des visites au service des urgences et des hospitalisations inutiles (p. ex, dans le contexte des programmes de détournement du service des urgences et de l'hôpital) et le modèle de soins concertés constituent la clé qui permettra de réduire le nombre de patients d'un ANS.

Les soins aux aînés, un enjeu national

L'Alliance canadienne de soins continus et de longue durée a dévoilé les résultats d'un sondage Nanos Research qui indique que les soins de longue durée au Canada préoccupent la population canadienne²⁵. Les patients qui attendent trop longtemps une place en soins de longue durée viennent en tête de liste des préoccupations (93 %), suivis de 91 % des répondants qui craignent que les foyers de soins de longue durée ne disposent pas du personnel nécessaire pour répondre aux besoins des aînés. En outre, le niveau élevé de soins dont ont besoin les patients atteints d'une démence, dont le nombre augmente (91 %), et le manque de lits pour répondre aux besoins futurs (91 %) soulèvent aussi des préoccupations.

Les répondants ont appuyé plusieurs initiatives proposées au sujet de la participation du gouvernement fédéral dans les grands dossiers des soins de longue durée. D'abord et avant tout, 93 % ont déclaré que le gouvernement fédéral devrait collaborer avec les provinces pour veiller à

22 Transfert tardif des soins actifs ou non actifs (y compris les soins communautaires et les services de santé mentale) lorsqu'un patient est prêt à partir pour recevoir de tels soins et occupe toujours un lit.

23 NHS England. *Delayed Transfers of Care Statistics for England 2014/15. 2014/15 annual report*. London : NHS England; le 29 mai 2015 <http://www.england.nhs.uk/statistics/wp-content/uploads/sites/2/2013/04/2014-15-Delayed-Transfers-of-Care-Annual-Report.pdf> (consulté le 11 septembre 2015).

24 McCloskey R, Jarrett P, Stewart C, Nicholson P. Alternate Level of Care Patients in Hospitals: What Does Dementia Have to Do With This? *Can Geriatr J* 2014;17(3):88–94.

25 Alliance canadienne de soins continus et de longue durée. Une nouvelle étude démontre que les soins de longue durée des personnes âgées préoccupent les Canadiens. Communiqué. N.p. : l'Alliance; le 24 août 2015. Disponible : <http://www.caltc.ca/fr/documents/NewsReleaseAugust2015CALTCNewSurveyFrench.pdf> (consulté le 24 août 2015).

Quelque 89 % des participants au sondage ont déclaré que le gouvernement fédéral devrait diriger l'élaboration d'une stratégie nationale pour contrer les inégalités et les problèmes de financement liés aux soins de longue durée.

– Sondage effectué par l'Alliance canadienne des soins continus et de longue durée, août 2015

Accès en temps opportun aux soins pour les patients relevant de la compétence fédérale

Le gouvernement fédéral est le cinquième fournisseur en importance de soins de santé au Canada pour l'argent dépensé²⁶. Ces dépenses ont totalité 4,5 milliards de dollars en 2014-2015. Ses principaux programmes de santé sont les suivants :

- Le *Programme des services de santé non assurés de Santé Canada* couvre les membres inscrits des Premières Nations et les Inuits reconnus qui ne sont pas couverts par un régime privé d'assurance ou par les programmes de santé et de services sociaux des provinces et des territoires²⁷.
- *Anciens combattants Canada* offre aux anciens combattants et aux personnes qualifiées plusieurs programmes de santé qui visent à maintenir ou à améliorer leur bien-être physique, psychologique et social²⁸.
- Le *ministère de la Défense nationale* fournit des services de santé aux militaires partout où ils sont affectés²⁹.
- Le *Service correctionnel du Canada* doit « fournir aux détenus des services de santé essentiels et leur donner un accès raisonnable aux services de santé mentale essentiels qui contribueront à leur réhabilitation et à la réussite de leur réinsertion sociale »³⁰.
- Le *Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) de Citoyenneté et Immigration Canada* est un « programme discrétionnaire qui couvre de façon temporaire et limitée les coûts des soins de santé offerts à des groupes particuliers, notamment les personnes protégées, les demandeurs d'asile, les demandeurs d'asile déboutés et certaines personnes détenues en vertu de la LIPR (*Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*) »³¹.

26 Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé. *Libre cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada*. Ottawa : Santé Canada; juillet 2015. Disponible : <http://www.healthycanadians.gc.ca/publications/health-system-systeme-sante/report-healthcare-innovation-rapport-soins/index-eng.php> (consulté le 17 juillet 2015).

27 Ambrose, l'honorable Rona, ministre de la Santé. Correspondance au président de l'AMC, le Dr Christopher Simpson, le 10 juillet 2015.

28 Anciens combattants Canada. Rapport ministériel de rendement 2013-2014. 2014. Ottawa : Anciens combattants Canada; 2014. Disponible : <http://www.veterans.gc.ca/pdf/deptReports/dpr-rmr/2013-2014/vac-acc-web-pdf-fra.pdf> (consulté le 4 août 2015).

29 Ministère de la Défense nationale et Forces armées canadiennes. Rapport sur les plans et les priorités 2015-2016 Ottawa : Ministère de la Défense nationale et Forces armées canadiennes; 2015. p. 95. Disponible : <http://www.forces.gc.ca/fr/a-propos-rapports-pubs-rapport-plans-priorites/2015-table-matieres.page> (consulté le 4 août 2015).

30 Service correctionnel du Canada. Rapport ministériel de rendement 2013-2014. Ottawa : Service correctionnel du Canada; 2014. p. 34. Disponible : <http://www.csc-scc.gc.ca/publications/005007-4500-2013-2014-fra.shtml> (consulté le 4 août 2015).

31 Citoyenneté et Immigration Canada. Rapport ministériel de rendement pour la période se terminant le 31 mars 2014. Ottawa : Citoyenneté et Immigration Canada; 2014. Disponible : <http://www.cic.gc.ca/francais/ressources/publications/rmr/2014/rmr.asp> (consulté le 4 août 2015).

L'Alliance sur les temps d'attente préconise la publication de rapports sur l'accès en temps opportun aux services de santé pour les personnes relevant de la compétence fédérale.

Compte tenu de ce rôle important, l'ATA préconise la publication de rapports sur l'accès en temps opportun aux services de santé pour les personnes relevant de la compétence fédérale.

Insuffisance de rapports

Contrairement à ce qui se passe dans le cas des sites Web des provinces, les données sur le rendement de ces ministères fédéraux à l'égard de la prestation de leurs services de santé respectifs ne sont pas faciles à trouver. Les rapports ministériels de rendement respectifs qui ont servi à évaluer

leur travail ont été trouvés par l'intermédiaire du site Web du Conseil du Trésor du Canada. Ils contiennent les seuls éléments d'information disponibles sur le rendement mis à la disposition du public³². Les rapports ont tendance à concentrer l'attention sur certaines tâches ministérielles et leurs objectifs administratifs connexes. À cause du manque de transparence en ce qui concerne l'endroit où se trouvent les données sur le rendement fédéral et de l'opacité du peu d'information disponible, il est difficile pour les clients, les membres de leur famille et le public en général d'évaluer la qualité et la valeur des services. Le Tableau 3 ci-après illustre les types d'informations que les ministères fournissent.

TABLEAU 3. Rapports ministériels de rendement³² – 2013-2014

Résultat attendu	Indicateur de rendement	Cibles	Résultats réels
La santé et la sécurité des Premières Nations et des Inuits se sont améliorées.	Pourcentage de la population adulte des Premières Nations ayant déclaré un état de santé excellent ou très bon	45 % au 31 mars 2017	44,1 % chez les 18 ans et plus
	Pourcentage de la population inuite ayant déclaré un état de santé excellent ou très bon	50,5 % au 31 mars 2017	42,1 % chez les 18 ans et plus
Les clients admissibles reçoivent des services de santé urgents et essentiels qui réduisent le danger pour la santé et la sécurité publiques du Canada.	Pourcentage des demandeurs d'asile qui subissent un examen médical aux fins de l'immigration aux frais du PFSI	100 %	93 %
	Pourcentage des clients admissibles à la couverture qui reçoivent des vaccins grâce au PFSI	100 %	0,05 %
	Pourcentage de clients qui obtiennent des services de santé pour traiter une maladie présentant un risque pour la santé publique ou un état de santé préoccupant pour la sécurité publique	100 %	95,4 %
Tous les délinquants ont accès à des services de santé cliniques en établissement, conformément aux normes professionnelles établies.	Pourcentage de délinquants nouvellement admis faisant l'objet d'une évaluation de l'état de santé dans les 24 heures suivant la réception initiale	94 %	98,2%
	Pourcentage de délinquants faisant l'objet d'une évaluation de l'état de santé exhaustive dans les 14 jours suivant leur admission dans un établissement du SCC	75 %	96,5 %

Source : Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada

32 Secrétariat du Conseil du Trésor. *Partie III - Rapports ministériels sur le rendement (RMR) de 2013-2014*. Ottawa : Secrétariat du Conseil du Trésor; 2014. Disponible : <http://www.tbs-sct.gc.ca/dpr-rmr/2013-2014/index-fra.asp#N> (consulté le 4 août 2015).

Les rapports ne contiennent pas de données historiques auxquelles on pourrait comparer le rendement actuel. Une section intitulée « Analyse du rendement et leçons retenues » est jointe aux résultats, mais souvent, on n'y trouve pas de détails importants. Dans l'exemple de l'analyse effectuée par Citoyenneté et Immigration Canada du pourcentage de clients qui ont reçu des services pour des problèmes préoccupants relatifs à la santé et à la sécurité publiques, on lit que des données sont saisies sur huit problèmes, mais ceux-ci ne sont pas énumérés. On mentionne seulement le nombre de personnes recevant des services de santé dans le cadre du PFSI²⁶.

« Les membres des Premières Nations vivant dans une réserve et à l'extérieur de celle-ci doivent franchir une mosaïque de systèmes de santé qui comprend de multiples ministères fédéraux, les gouvernements provinciaux/territoriaux et, parfois, les autorités sanitaires interprovinciales et interterritoriales ».

– Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé, 2015

Depuis 2012, le PFSI a subi de nombreux changements qui ont réduit l'accès aux soins pour beaucoup de demandeurs d'asile. La décision d'une cour fédérale qui a jugé cruelles et inhabituelles les réductions des services de traitement a peut-être forcé à annuler un grand nombre des modifications apportées au programme, mais des rapports des premières lignes confirment que la confusion règne autant chez les patients que chez les fournisseurs au sujet de l'admissibilité au programme, ce qui contribue à des problèmes d'accès.

Le récent rapport de la Commission de vérité et de réconciliation du Canada contient au total 94 recommandations dont sept portent sur la santé. La Commission demande au gouvernement fédéral de consulter les peuples autochtones afin d'« établir des objectifs quantifiables pour cerner et combler les écarts dans les résultats en matière de santé entre les collectivités autochtones et les collectivités non autochtones », ce qui doit inclure des rapports d'étape annuels et une évaluation des tendances à long terme³³.

Un exemple des nombreux enjeux de cette nature qui attirent l'attention a été révélé dans un récent rapport où le vérificateur général du Canada a cherché à déterminer si « Santé Canada avait l'assurance raisonnable que les membres admissibles des Premières Nations vivant dans des communautés éloignées du Manitoba et de l'Ontario avaient accès à des services de soins cliniques et de soins aux clients, ainsi qu'à des prestations de transport pour raison médicale »³⁴. Le vérificateur a conclu que Santé Canada n'avait pas les garanties nécessaires pour confirmer que ces services étaient disponibles.

Comme le signalait récemment le Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé, « les membres des Premières Nations vivant dans une réserve et à l'extérieur de celle-ci doivent franchir une mosaïque de systèmes de santé qui comprend de multiples ministères fédéraux, les gouvernements provinciaux/territoriaux et, parfois, les autorités sanitaires interprovinciales et interterritoriales. En conséquence, le manque endémique de coordination dans les systèmes de santé du Canada est exacerbé par l'ambiguïté et les incohérences juridictionnelles »³⁵.

Des organisations comme l'Association médicale canadienne interviennent là où elles peuvent le faire pour aider les familles à trouver un médecin lorsqu'elles déménagent.

33 Commission de vérité et de réconciliation du Canada. Appels à l'action. Winnipeg : Commission de vérité et de réconciliation du Canada; 2 juin 2015. p. 6. Disponible : http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Findings/Calls_to_Action_French.pdf (consulté le 19 juin 2015).

34 Bureau du vérificateur général du Canada. *Rapport 4 – L'accès aux services de santé pour les communautés éloignées des Premières Nations. Printemps 2015. Rapports du vérificateur du Canada*. Ottawa : Bureau du vérificateur général du Canada; 2015. p. 2. Disponible : http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/docs/parl_oag_201504_04_f.pdf (consulté le 3 août 2015).

35 Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé. *Libre cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada*. Ottawa : Santé Canada; juillet 2015. Disponible : <http://www.healthycanadians.gc.ca/publications/health-system-systeme-sante/report-healthcare-innovation-rapport-soins/index-eng.php> (consulté le 17 juillet 2015).

Les familles des militaires canadiens constituent un autre groupe qui éprouve des difficultés. Les membres des forces armées déménagent assez régulièrement, ce qui signifie que les membres de leur famille (qui ne sont pas couverts par le régime de soins de santé des Forces canadiennes) peuvent avoir des défis énormes à relever pour trouver un médecin dans le cadre de chaque affectation nouvelle, particulièrement s'ils déménagent dans une nouvelle province. Des organisations comme l'Association médicale canadienne interviennent là où elles peuvent le faire pour aider les familles à trouver un médecin lorsqu'elles déménagent³⁶. Jusqu'à maintenant, plus de 50 médecins de famille ont répondu à l'appel dans quatre provinces.

Dans son récent rapport, l'ombudsman des vétérans, Guy Parent, a déclaré que « l'écart entre les programmes des vétérans et les besoins des vétérans a été réduit, mais il n'a pas été comblé »³⁷. Il a signalé un éventail de problèmes qu'il reste à aborder, y compris le continuum des soins reçus par les anciens combattants, le besoin d'établir un lien entre les programmes de soins de longue durée, d'aide à la vie autonome et d'autonomie, de dédommagement non financier de la douleur et de la souffrance, notamment.

On reconnaît que beaucoup des groupes relevant de la compétence fédérale reçoivent des soins des systèmes de santé des provinces et des territoires à divers degrés. Les paramètres de rendement de qualité du système, y compris l'accès en temps opportun aux soins, devraient néanmoins faire l'objet de rapports périodiques et servir à rendre le système plus redditionnel et à améliorer la qualité.

Rôle futur du gouvernement fédéral dans les temps d'attente

En tant que fournisseur important de fonds aux provinces et aux territoires et que gestionnaire de premier plan des services de santé fournis à ses clients, le gouvernement fédéral a intérêt à voir diminuer les temps d'attente, comme tous les Canadiens. Depuis 2004, le gouvernement fédéral contribue à réduire les temps d'attente dans les provinces par le financement prévu dans l'Accord sur la santé, en nommant un conseiller fédéral sur les temps d'attente et en aidant à établir dans chaque province et territoire une garantie relative aux temps d'attente pour les patients³⁸.

Dans son étude portant sur l'Accord de 2004, le Comité sénatorial des affaires sociales, des sciences et de la technologie a constaté que l'effort nécessaire pour réduire les temps d'attente constituait un domaine où l'on a réalisé des progrès importants. Le Comité a aussi reconnu que le leadership du fédéral s'impose pour encourager une révision des points de repère courants sur les temps d'attente, créer des points de repère dans de nouveaux domaines de soins spécialisés et élaborer un énoncé de vision national qui instaure une culture de soins axés sur les patients dans tout le pays³⁹.

Plus récemment, le Groupe consultatif de l'innovation des soins de santé a recommandé dans son rapport qu'Ottawa fournisse « un modèle différent de participation fédérale aux soins de santé – un modèle qui dépend d'un esprit de partenariat et d'un engagement commun pour déployer les innovations existantes et apporter des changements fondamentaux »⁴⁰.

36 Sullivan P. Médecins de famille recherchés pour les familles nomades de militaires [communiqué]. Ottawa : Association médicale canadienne; le 28 avr 2015. Disponible : <https://www.cma.ca/fr/Pages/fps-sought-to-help-nomadic-military-families-get-medical-care.aspx> (consulté le 3 août 2015).

37 Parent G. *Mes cinq années en tant qu'Ombudsman des vétérans – Réduire l'écart pour les vétérans et leur famille. 2010-2015*. Ottawa : Ombudsman des vétérans du gouvernement du Canada; juillet 2015. p. 43. Disponible : <http://www.ombudsman-veterans.gc.ca/fra/a-propos-de-nous/ombudsman/guyparent-2010-2015> (consulté le 4 août 2015).

38 Alliance sur les temps d'attente. *Exposé de position à l'occasion du 10^e anniversaire du Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé au Canada. L'accès aux soins en temps opportun pour tous les Canadiens : le rôle du gouvernement fédéral*. Ottawa : l'Alliance; le 23 sept 2014. Disponible : <http://www.waittimealliance.ca/rapports-de-lata/role-federal-laccess-aux-soins/?lang=fr> (consulté le 4 août 2015).

39 Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Un changement transformateur s'impose : un examen de l'Accord sur la santé de 2004. Ottawa : Sénat du Canada; mars 2012. Disponible : <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/411/soci/rep/rep07mar12-f.pdf> (consulté le 27 oct 2015).

40 Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé. *Libre cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada*. Ottawa : Santé Canada; juillet 2015. Disponible : <http://www.healthycanadians.gc.ca/publications/health-system-systeme-sante/report-healthcare-innovation-rapport-soins/index-eng.php> (consulté le 17 juillet 2015).

L'importance de la participation du gouvernement fédéral et de son leadership pour aider à réduire les temps d'attente prendra de l'ampleur à mesure que la population vieillit⁴¹. Statistique Canada signale que, pour la première fois, le pays comptera plus de personnes de 65 ans et plus que d'enfants de 0 à 14 ans⁴². À mesure que les aînés vieillissent, la probabilité qu'ils aient de multiples problèmes chroniques prend de l'ampleur, consommant de plus en plus de ressources et imposant un stress de plus en plus lourd sur les temps d'attente.

Le gouvernement fédéral peut jouer un rôle de premier plan dans l'élaboration d'une solide stratégie nationale sur les aînés qui réduira le gaspillage, ralentira les coûts et améliorera l'accès par la coordination des soins complexes dans la communauté plutôt que dans un milieu hospitalier coûteux. Le fédéral peut aussi aider à garantir des niveaux comparables de services d'un bout à l'autre du Canada. L'engagement de rencontrer les provinces et les territoires et de négocier un nouvel accord sur la santé constitue un excellent point de départ.

41 Pour en savoir davantage sur la façon dont le gouvernement fédéral peut jouer un rôle de leadership, voir le Groupe d'intervention Action santé, The Canadian Way: Accelerating innovation and improving health system performance. A consensus statement by the Health Action Lobby. Décembre 2014. <http://www.healthactionlobby.ca/en/publications/heal-gov-submissions.html> (consulté le 15 novembre 2015).

42 Statistique Canada. Estimations de la population du Canada : âge et sexe, le 1^{er} juillet 2015. *Le Quotidien*, le 29 sep 2015. Disponible : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/151102/dq151102c-fra.htm> (consulté le 29 sep 2015).