

benchmarks. As far as possible these should be based on published evidence, but expert opinion is also essential. A proposal to develop a “wait time code” is sound advice. This sets out rights and responsibility for patients, providers and governments to provide timely quality care by accepting priority tools that define care based on need. In our health authority, this will be addressed by a rigorous resource allocation methodology, which defines access to clinics and operating room resources. Surgeons will need to work in teams to share wait-list information with others, to improve system efficiency and to monitor for deteriorating health conditions that necessitate faster access. The WTA also recommended a “4M tool box” of strategies to *mitigate* the need for wait lists (prevention), *measure* wait times, *monitor* wait times and *manage* wait times. Surgeons have reasonable expectations that health authorities will fully engage them by providing resources

to monitor and refine wait-time strategies based on this concept. Education of health professionals is a much-needed strategy to help reduce the obstacle of limited access arising from a shortage of such qualified professionals. This is no easy task since a system that is accommodating to greater service must also provide time to teach. A source of funds to recognize investment of this time must be sought. Finally, new knowledge and policy in wait-time management should be developed through research-granting agencies.

In summary, Snider and associates have reminded us of the challenges that lie ahead for surgeons to address unacceptable delays in therapy. There has been progress, but surgeons must work collaboratively with governments, other health providers and patients to establish fair, effective and timely access to their services.

Garth L. Warnock, MD
Coeditor

References

1. *First minister's meeting on the future of health care. A 10-year plan to strengthen health care.* Ottawa: Health Canada; Sept. 16, 2004. Available: www.hc-sc.gc.ca/english/hca2003/fmm/index.html (accessed 2005 Sept 2).
2. “Wait” Watchers...Weighing in on wait time initiatives across ACAHO members. Ottawa: Association of Canadian Academic Healthcare Organizations; March 2005. Available: www.acao.org/docs/pdf_weight_watchers_final.pdf (accessed 2005 Aug 31).
3. *No more time to wait. Toward benchmarks and best practices in wait time management. An interim report by the Wait Time Alliance for Timely Access to Health Care.* Ottawa: Canadian Medical Association; March 2005. Available: www.eyesite.ca/pdf/no_more_time_to_wait.pdf (accessed 2005 Aug 31).
4. *It's about time! Achieving benchmarks and best practices in wait time management. Final report by the Wait Time Alliance for Timely Access to Health Care.* Ottawa: Canadian Medical Association; August 2005. Available: www.eyesite.ca/english/press/WTA/wait-times_e.pdf (accessed 2005 Aug 31).

Relever le défi de la réduction des temps d'attente en chirurgie

Dans leur article publié dans le numéro courant du journal (*J can chir* 2005;48:355-60), Snider et ses collaborateurs abordent la question épineuse de l'attente pour avoir accès aux soins dans le système public de santé du Canada. Dans leur étude, les chercheurs ont sondé des patients en attente d'arthroplastie totale de la hanche ou du genou dans une pratique orthopédique communautaire et dans un contexte de soins tertiaires universitaires en milieu urbain. Plus de la moitié des patients ont attendu plus de neuf mois leur intervention chirurgicale, ce qui est

significatif. On a constaté aussi une disparité régionale au niveau de l'accès aux consultations : les patients des milieux urbains attendaient plus longtemps. L'acceptation de la situation par les patients était faible : la moitié des patients ont manifesté leur mécontentement à l'égard des temps d'attente. Même si on n'a pas étudié de mesures objectives de la détérioration fonctionnelle, dans l'ensemble, 47 % des patients croyaient que l'attente a contribué considérablement à la détérioration de leur état de santé.

Cet article arrive à point pour rap-

peeler l'érosion de la confiance du public qui croit que son système de santé ne réussit pas à lui donner accès à des services de qualité en temps opportun. Dans le « plan décennal pour renforcer les soins de santé¹ » de septembre 2004, les premiers ministres ont cerné cette grave lacune et ont recommandé d'investir de multiples milliards de dollars dans la réduction des temps d'attente au moyen de la formation d'un plus grand nombre de professionnels de la santé, de l'élimination des retards accumulés, de la création de capacité, de l'amélioration des soins communau-

taires et de la création d'outils de gestion des temps d'attente. Ils ont désigné cinq domaines cliniques prioritaires : arthroplastie, traitement du cancer, cardiologie, imagerie diagnostique et rétablissement de la vue. Ils ont fixé à décembre 2005 un calendrier serré pour l'élaboration d'indicateurs d'accès aux soins de santé et l'établissement de points de repère factuels pour des temps d'attente médicalement acceptables. Quels progrès a-t-on alors réalisés depuis?

Depuis l'accord de septembre 2004, peu d'initiatives importantes nous ont fait progresser vers un système plus équitable. Comme chef de file de l'éducation des nouveaux professionnels de la santé et de l'innovation dans la pratique par la recherche en santé, l'Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU) a signalé de nombreuses stratégies pour élaborer et mettre en œuvre des solutions afin d'éviter les temps d'attente prolongés dans le système de santé financé par le secteur public². Les progrès réalisés pour attribuer une priorité aux patients en chirurgie cardiaque, arthroplastie ou imagerie diagnostique et l'adoption d'outils factuels d'évaluation des urgences comme ceux qu'ont mis au point le Projet sur les listes d'attente dans l'ouest du Canada et le Réseau des soins intensifs de la Saskatchewan sont particulièrement utiles. Deuxièmement, l'Alliance sur les temps d'attente (ATA), qui regroupe six spécialités médicales et l'Association médicale canadienne, a présenté des points de repère provisoires pour les temps d'attente selon la spécialité et une première série de principes pour des temps d'attente médicalement acceptables, et proposé des étapes subséquentes d'intervention³. Le 9 juin 2005, la Cour suprême du Canada a publié sa décision historique dans l'affaire Chaoulli-Zeliotis au sujet de l'importance de réduire les temps d'attente pour les services de santé financés par le secteur public. En août

2005, l'ATA a publié son rapport final et présenté des stratégies visant à améliorer l'accès aux soins en temps opportun⁴, apportant ainsi une contribution importante, et qui aura des répercussions pour les chirurgiens, à la solution des problèmes définis par Snider et ses collaborateurs.

Les chirurgiens doivent participer activement à l'établissement de points de repère sur les temps d'attente qui devraient, dans la mesure du possible, reposer sur des données probantes publiées. L'avis d'experts est toutefois aussi essentiel. La proposition visant à créer un «code sur les temps d'attente» est aussi judicieuse. Un tel code établirait les droits et les responsabilités des patients, des fournisseurs et des gouvernements face à la prestation de soins de qualité en temps opportun, en acceptant des outils d'établissement des priorités qui définiraient les interventions en fonction des besoins. Dans notre administration de santé, on abordera la question au moyen d'une méthodologie rigoureuse de répartition des ressources définissant l'accès aux cliniques et aux ressources en chirurgie. Les chirurgiens devront travailler en équipe pour partager l'information sur les listes d'attente, améliorer l'efficacité du système et surveiller la détérioration de l'état de santé des patients ayant besoin d'un accès plus rapide. L'ATA a aussi recommandé une «trousse d'outils stratégiques» afin de réduire le besoin de listes d'attente (prévention), de mesurer, de surveiller et de gérer les temps d'attente. Les chirurgiens s'attendent raisonnablement à ce que les administrations de santé les mobilisent pleinement en fournissant les ressources nécessaires pour surveiller et améliorer les stratégies sur les temps d'attente en fonction de ce concept. L'éducation des professionnels de la santé constitue une stratégie des plus nécessaires pour aider à réduire l'obstacle que constitue l'accès limité et qui découle d'une pénurie de ces professionnels

qualifiés. La tâche n'est pas facile, puisqu'un système qui offre un plus grand service doit aussi prévoir le temps nécessaire pour enseigner. Il faut chercher une source de financement pour reconnaître l'investissement de ce temps nécessaire. Il faut enfin produire, par l'entremise d'organismes subventionnaires de la recherche, de nouvelles connaissances et politiques sur la gestion des temps d'attente.

En résumé, Snider et ses collaborateurs nous ont rappelé les défis que doivent relever les chirurgiens pour s'attaquer aux retards inacceptables des traitements. Il y a eu des progrès, mais les chirurgiens doivent conjuguer leurs efforts avec ceux des gouvernements, d'autres prestataires de soins de santé et des patients pour assurer un accès équitable, efficace et opportun à leurs services.

Garth L. Warnock, MD
Co-rédacteur

Références

1. *Réunion des premiers ministres sur l'avenir des soins de santé. Plan décennal pour renforcer les soins de santé.* Ottawa : Santé Canada; le 16 septembre 2004. Disponible : www.hc-sc.gc.ca/francais/hca2003/fmm/index.html (consulté le 2 septembre 2005).
2. "Wait" Watchers...Weighing in on wait time initiatives across ACAHO members. Ottawa : Association canadienne des institutions de santé universitaires; mars 2005. Disponible : www.achho.org/docs/pdf_weight_watchers_final.pdf (consulté le 31 août 2005).
3. *Plus jamais d'attente! Pour une meilleure gestion grâce aux points de repère et aux pratiques exemplaires. Rapport provisoire de l'Alliance sur les temps d'attente pour l'accès aux soins de santé en temps opportun.* Ottawa : Association médicale canadienne; mars 2005. Disponible : www.eyesite.ca/pdf/no_more_time_to_wait.pdf (consulté le 31 août 2005).
4. *Il est grand temps d'agir : Pour une meilleure gestion des temps d'attente grâce aux points de repère et aux pratiques exemplaires. Rapport final de l'Alliance sur les temps d'attente pour l'accès aux soins de santé en temps opportun.* Ottawa : Association médicale canadienne; août 2005. Disponible : www.eyesite.ca/francais/presse/WTA/wait-times_f.pdf (consulté le 31 août 2005).