

# POURQUOI ATTENDRE ?

DES SOLUTIONS PUBLIQUES AUX LISTES D'ATTENTE EN CHIRURGIE



Alicia Priest,  
Michael Rachlis  
et Marcy Cohen



**CCPA**  
CANADIAN CENTRE  
for POLICY ALTERNATIVES  
CENTRE CANADIEN  
de POLITIQUES ALTERNATIVES



**CCPA**  
CANADIAN CENTRE  
for POLICY ALTERNATIVES  
CENTRE CANADIEN  
de POLITIQUES ALTERNATIVES

410-75 Rue Albert, Ottawa, ON K1P 5E7

TEL 613-563-1341 FAX 613-233-1458

ccpa@policyalternatives.ca

www.policyalternatives.ca

*La plupart de nos publications sont disponibles gratuitement sur Internet. Faire un don au CCPA ou en devenir membre nous aidera à continuer à rendre nos idées et nos recherches accessibles à la population sans frais.*

**Médecins canadiens pour le régime public et sa section du Québec considèrent que les solutions publiques illustrées dans ce document devraient être largement diffusées et pourraient inspirer la communauté médicale, les autres personnels de la santé et les politiciens.**

#### **Remerciements**

Les auteurs veulent remercier Shannon Daub, Colleen Fuller, Michael Klein, Seth Klein, Margaret McGregor, Bob McMurtry, Ben Parfitt, Patricia Wejr et Gavin Wils pour leur contribution à ce rapport.

Merci au Syndicat canadien de la fonction publique pour sa contribution financière à la réalisation de ce travail.

Les possibles erreurs et les opinions présentées dans ce rapport sont le fait de ses auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue du Centre canadien de politiques alternatives ou de la Coalition de la santé de Colombie-Britannique.

#### **Pourquoi attendre ? Des solutions publiques aux listes d'attente en chirurgie**

Version française de *Why Wait? Public Solutions to Cure Surgical Waitlists*.

Révision de la version française : Lucie Dagenais, Manon Leroux, Simon Turcotte

ISBN 978-0-88627-529-7

#### **À propos des auteurs**

**Alicia Priest** est journaliste spécialisée en santé et en médecine. Elle a plus de 20 ans d'expérience dans les médias écrits, la radio et la rédaction de rapports, elle travaille actuellement pour une variété de publications provinciales, nationales et internationales. Elle a une bonne connaissance du milieu de la santé pour y avoir travaillé comme infirmière dans des hôpitaux ruraux et urbains, un peu partout en Colombie-Britannique.

**Dr Michael Rachlis** a gradué de la Faculté de médecine de l'Université du Manitoba en 1975. Il a fait son internat à l'Université McMaster et pratiqué la médecine familiale pendant huit ans à Toronto. Il s'est spécialisé en médecine communautaire à l'Université McMaster en 1988 et, depuis ce temps, travaille comme consultant en politique de la santé. Il a été conseiller pour le gouvernement fédéral, les dix provinces et deux commissions d'enquête parlementaire. Il est aussi professeur associé (à temps partiel) au Service de politique, de gestion et d'évaluation de la santé de l'Université de Toronto. Le Dr Rachlis est l'auteur et le coauteur de trois succès nationaux d'édition sur le système de santé canadien, dont le plus récent est : *Prescription for Excellence: How Innovation is Saving Canada's Health Care System*.

**Marcy Cohen** est directrice de la recherche et de la politique au Syndicat canadien de la fonction publique et agrégée de recherche au bureau de Colombie-Britannique du Centre canadien de politiques alternatives (CCPA). Elle est aussi la présidente du conseil du CCPA-C-B et du Comité de recherche sur la santé communautaire de la Vancouver's Foundation. Elle a dirigé plusieurs projets de recherche sur la restructuration des soins communautaires, la privatisation des services de soutien, la gouvernance démocratique du secteur des soins de santé, les partenariats publics/privés (PPP) et les problèmes de personnel dans le secteur des soins à domicile. Parmi les rapports qu'elle a rédigés pour le CCPA, notons: *Continuing Care Renewal or Retreat? BC Residential and Home Health Restructuring 2001-2004*, (2005) et *From Support to Isolation: The High Cost of BC's Declining Home Support Services*, (2006).

5	<b>Sommaire</b>
9	<b>Introduction</b>
14	<i>Pourquoi ne pas recourir au privé?</i>
17	<b>Quatre projets de réorganisation en Colombie-Britannique</b>
17	Richmond Hip and Knee Reconstruction Project
18	UBC Centre for Surgical Innovation
19	North Shore Joint Replacement Access Clinic
20	Mount Saint Joseph Hospital Cataract and Corneal Transplant Unit
23	<b>Modernisation des systèmes d'information</b>
23	Réorganisation des services chirurgicaux de la <i>Interior Health Authority</i>
26	<i>Effcience des soins chirurgicaux</i>
27	<b>Amélioration des registres d'accès aux chirurgies</b>
27	BC Surgical Patient Registry
29	<b>Innovations dans le secteur public hors Colombie-Britannique</b>
29	Alberta Hip and Knee Replacement Project
31	Saskatchewan's Surgical Care Network
33	Ontario's Wait Time Strategy
37	<b>Au-delà de la gestion des listes d'attente</b>
39	<b>Conclusion</b>
43	<b>Annexe : Comment saper les gains réalisés en C.-B. dans le domaine des listes d'attente : la proposition du Dr Brian Day, président élu de l'Association médicale canadienne, en faveur d'un modèle de marché des soins de santé inspiré du Royaume-Uni</b>
47	<b>Notes</b>
49	<b>Bibliographie</b>
52	<i>Au sujet du Centre canadien de politiques alternatives</i>



# Sommaire

Les délais d'attente pour des chirurgies électives constituent actuellement l'un des plus grands défis du système de santé au Canada. De fait, il ne serait pas exagéré de croire que la façon de gérer ou non ces listes d'attente pourrait sceller le sort du régime public d'assurance maladie.

L'élément central de ce mémoire — et la bonne nouvelle — est qu'une amélioration de la gestion a cours en ce moment en Colombie-Britannique et ailleurs et qu'il en résulte une diminution importante des délais d'attente pour certaines interventions chirurgicales. Des changements aux politiques en matière de soins de santé et l'engagement de certains professionnels de la santé ont fait chuter les temps d'attente de plusieurs mois, ils ont diminué la durée des séjours à l'hôpital et ont amélioré le taux de satisfaction des patients.

Des nouvelles de cette nature méritent d'être diffusées, particulièrement en cette période difficile que traverse notre système de santé. Le public doit savoir que ces projets existent, qu'ils sont viables, qu'ils constituent des solutions souhaitables du point de vue économique et qu'ils recèlent d'intéressantes promesses pour l'amélioration du système d'assurance maladie.

Citons ici trois exemples parmi d'autres :

- Le Richmond Hip and Knee Reconstruction Project a réorganisé un service de chirurgie en introduisant des innovations qui ont réduit de 75 % le temps d'attente médian. En répartissant les interventions dans deux salles d'opération réservées à la reconstruction de la hanche et du genou, en standardisant les pratiques et en investissant dans de nouveaux équipements, le projet de Richmond a capitalisé sur les économies qui découlent de la spécialisation (tout comme dans les cliniques privées à but lucratif) mais sans siphonner les deniers publics au profit des investisseurs privés.

De plus, le rendement des salles d'opération s'est amélioré dans une proportion de 25 %, ce qui a permis une augmentation de 136 % des cas traités. En même temps, la durée de séjour a diminué de cinq à quatre jours pour le remplacement de la hanche et de quatre à trois jours pour le genou.

- Au North Vancouver's Lion's Gate Hospital, la Joint Replacement Access Clinic, un

guichet unique pour les rendez-vous pré- et post-opératoires, a réduit les temps d'attente de deux à quatre semaines en moyenne pour une première consultation, alors qu'ils étaient de plus de onze mois.

- Au Mount Saint Joseph Hospital de Vancouver, l'amélioration de l'efficacité des salles d'opération et des investissements technologiques ont permis aux ophtalmologistes d'effectuer 50 % plus de chirurgies de la cataracte, et donc de réduire d'autant la liste d'attente, sans augmenter le temps d'utilisation des salles d'opération.

Le gouvernement provincial doit miser sur ces succès et en faire la règle et non l'exception. Ce n'est toutefois pas ce qui se produit actuellement. Lorsque le Premier ministre Gordon Campbell s'est adressé au Forum sur la santé de Colombie-Britannique, il a laissé entendre que le système de santé public n'était plus économiquement viable, qu'il envisageait un accroissement du rôle de l'assurance privée et des fournisseurs privés. Pourtant, en choisissant cette voie, il nie les données probantes qui ont démontré que les soins privés à but lucratif coûtent plus cher à la société, sont moins sécuritaires pour les patients et nuisent au système public. La réaction favorable du gouvernement à la suggestion du président de l'Association médicale canadienne, le Dr Brian Day, de développer un marché compétitif dans le domaine des soins de santé, inspiré par l'expérience récente du Royaume-Uni, nous fournit d'autres motifs d'inquiétude. L'expérience britannique a prouvé que de tels changements minent le système public plus qu'ils ne le soutiennent, en plus d'annuler la réduction substantielle des délais d'attente que les initiatives décrites dans le présent rapport rendent possible.

Le gouvernement doit changer de cap. Plutôt que de se faire le promoteur des initiatives privées, il doit promouvoir la réorganisation de la gestion des listes d'attente dans le secteur public.

Plusieurs initiatives du secteur public menées dans d'autres provinces indiquent à la C.-B. d'autres actions qui peuvent être entreprises afin d'assurer que les innovations déjà lancées localement soient élargies à l'ensemble de la province, par exemple :

- Le Alberta Hip and Knee Replacement Project, qui par des changements aux processus de soins ne relevant que du bon sens, a réussi à faire passer les temps d'attente pour une chirurgie de remplacement d'une articulation de 19 mois à 11 semaines;
- Le Saskatchewan's Surgical Care Network, une base de données complète et proactive utilisée par les directions de la santé en collaboration avec les médecins pour raccourcir les délais d'attente en chirurgie;
- La Ontario's Wait Times Strategy, un ambitieux effort concerté destiné à réduire les délais d'attente, dans cinq secteurs où la demande est forte, par le biais d'une augmentation du financement, d'une obligation aux hôpitaux de rendre des comptes, d'un investissement dans les technologies de l'information et d'une amélioration de la qualité.

Ce qui ressort de tous ces projets, c'est que deux changements sont nécessaires pour obtenir une meilleure gestion des délais d'attente. Le premier consiste à faire en sorte que les médecins cessent de travailler en solo pour travailler en équipe avec des collègues de leur spécialité et d'autres disciplines (particulièrement en soins primaires) et avec d'autres professionnels de la santé. Les médecins jouent un rôle central dans la prestation des soins de santé et leur implication est incontournable. Lorsque les médecins travaillent au sein d'équipes très efficaces, comme c'est le cas dans les exemples mentionnés dans ce rapport, le système fonctionne de façon plus efficace et les listes d'attente raccourcissent.

Par exemple, l'accès aux chirurgies s'améliore lorsque les infirmières d'expérience, formées à cette fin, comme les infirmières anesthésistes, sont en mesure de mettre en pratique toute l'étendue de leurs compétences.

Le second changement implique le transfert de la responsabilité de la gestion des listes d'attente des chirurgiens pris isolément vers les autorités en santé qui travaillent avec les groupes de chirurgiens et les autres professionnels de la santé. Il s'agit de mettre le patient sur une seule liste commune plutôt que sur les listes individuelles d'une multitude de médecins. Ce nouveau mode de gestion, toutefois, ne doit pas remettre en cause l'une des forces du système canadien de soins de santé, à savoir le droit de choisir son chirurgien.

En Colombie-Britannique, le ministère de la Santé, les autorités en santé et l'Association médicale de Colombie-Britannique ont récemment tenté de mettre sur pied une telle liste, The BC Surgical Patient Registry. Mais, contrairement à la Saskatchewan et à l'Ontario, le gouvernement de la C.-B. a choisi de négocier les termes de ce registre avec l'Association médicale de Colombie-Britannique. Les conditions négociées incluent la façon dont les informations contenues dans cette liste peuvent être utilisées ou non. Plutôt que de supporter les médecins engagés dans de véritables changements du système, comme dans les exemples cités dans ce mémoire, notamment par le travail en équipes, l'entente a plutôt eu comme résultat de laisser aux médecins pris isolément la plus grande partie de la gestion et de la coordination des listes d'attente. Il semble aussi que l'entente restreint la capacité des autorités en santé de rediriger les patients. Il est

compréhensible que certains médecins résistent à un tel changement de culture. Le gouvernement doit néanmoins agir en dépit de cette opposition prévisible puisque, comme l'indique ce mémoire, les bénéfices pour les patients et le système sont considérables lorsque le fonctionnement des équipes de soins est amélioré.

La conclusion de ce rapport, c'est que le gouvernement de Colombie-Britannique doit faire un choix. Il peut réduire de façon significative les délais d'attente dans l'ensemble de la province en construisant à partir des initiatives déjà en cours dans le secteur public et en les généralisant. Ou il peut baisser les bras, déclarer que le système n'est plus viable et faciliter le développement d'un marché privé de soins de santé. S'il opte pour la deuxième solution, les délais d'attente dans le secteur public ne feront que s'accroître et la prédiction de faillite du système public se réalisera d'elle-même.

## **Recommandations à la Colombie-Britannique**

- Multiplier et étendre les projets-pilotes réussis à Vancouver Nord, Richmond, UBC et ailleurs en y affectant les ressources et l'encadrement nécessaires pour que ces initiatives deviennent la norme et non l'exception.
- Faire en sorte que l'imputabilité quant à l'accès aux soins chirurgicaux et à la gestion des listes d'attente passe des chirurgiens individuels à des groupes régionaux de chirurgiens, et des hôpitaux aux autorités régionales.





# Introduction

Il n'est pas de discussion sur le système canadien de santé qui puisse éviter le sujet des délais d'attente. Bien que près de 85 % des Canadiens se déclarent « très satisfaits » ou « relativement satisfaits » de la façon dont les soins de santé sont assurés de manière générale<sup>1</sup>, il demeure que trop de gens sont inquiets, frustrés et en colère devant les délais déraisonnables pour voir un spécialiste, passer des examens ou subir une chirurgie électorive. Presque tout le monde connaît quelqu'un qui a dû attendre trop longtemps, quand on n'a pas dû subir soi-même une telle attente. Les embouteillages, les blocages et les délais sont fréquents tout au long du parcours vers la salle d'opération et même par la suite, pendant la convalescence. C'est une situation inquiétante, parce que les délais d'attente peuvent contribuer à aggraver un problème de santé, augmenter les risques inhérents à une chirurgie subie tardivement et, dans certains cas, compromettre les possibilités d'une guérison complète. Ce n'est donc pas surprenant que les délais d'attente soient le sujet politique de l'heure quand il s'agit des soins de santé au Canada.

Il n'est pas exagéré de croire que la façon de gérer ou non les temps d'attente pourrait sceller

le sort de l'assurance maladie. Les délais inacceptables ont été décrits comme étant le talon d'Achille du système canadien de soins de santé.<sup>2</sup> La métaphore utilisée pour décrire des failles tellement importantes qu'elles pourraient mener à l'écroulement du système est utilisée par certains pour promouvoir la privatisation en douce des services de santé, aux dépens du système public. (Voir *Pourquoi ne pas recourir au privé ?* page 14). Comme l'a indiqué le commissaire Roy Romanow au gouvernement fédéral en 2002, « les longs délais d'attente sont souvent la seule raison pour laquelle les Canadiens disent être prêts à payer pour obtenir des soins à l'extérieur du système public de soins de santé ».<sup>3</sup>

Le premier pas pour régler un problème, c'est de comprendre la raison de son existence. Bien que les citoyens soient très au fait de l'existence de délais déraisonnables pour avoir accès à une chirurgie électorive dans le système public, ils en savent bien peu sur les causes de ces délais et encore moins sur les façons de les réduire. Si nous parlons beaucoup de la façon dont le vieillissement de la population crée une augmentation de la demande en chirurgie, nous entendons bien peu parler de la façon dont les avancées tech-

nologiques dans le domaine de la chirurgie entraînent une hausse de la demande. Grâce à la généralisation de techniques chirurgicales moins invasives, un résident de Colombie-Britannique de 80 ans est deux fois plus susceptible de subir un remplacement du genou, une chirurgie de la cataracte ou un pontage qu'il y a 15 ans. Dans une assez grande mesure, on demande au système de réaliser un nombre de plus en plus important de chirurgies, simplement parce qu'il est de plus en plus en mesure de soulager la souffrance des patients et d'améliorer leur qualité de vie<sup>4</sup>. Il s'agit évidemment d'une bonne chose, mais si plus de patients demandent à être traités sans que le système ne s'adapte à la situation, les délais d'attente augmenteront forcément.

Un autre facteur-clé qui contribue aux délais d'attente doit faire l'objet d'un examen attentif, parce qu'il s'agit d'un facteur sur lequel il est possible d'agir. Le processus chirurgical (avant, pendant et après l'opération) est techniquement complexe et comporte de nombreuses facettes. Il comprend la préparation à la chirurgie, l'admission à l'hôpital, l'anesthésie, l'intervention chirurgicale et la convalescence, et il fait appel à la participation de nombreux professionnels de la santé qui travaillent dans divers services de l'hôpital et autres lieux de pratique. Traditionnellement, le système reposait sur les médecins et leur personnel de bureau pour la gestion et la direction des différentes étapes de ce processus. Par exemple, c'est le rôle des chirurgiens et de leur personnel de prendre les rendez-vous nécessaires auprès des autres spécialistes, des laboratoires, du service de radiologie et des salles d'opération. Parce qu'un rendez-vous dépend souvent du résultat du précédent, si personne ne supervise le trafic dans son ensemble, la congestion peut survenir à chacune des étapes.

L'une des étapes le plus souvent négligée dans le processus chirurgical est celle qui précède la chirurgie. Préparer les patients à la chirurgie — socialement, psychologiquement et physiquement — et s'assurer qu'ils n'auront pas de

problème à la maison après l'opération, réduit le nombre d'annulations de chirurgie. C'est aussi une façon d'améliorer les chances de succès d'une intervention, de favoriser une convalescence plus rapide et de diminuer le nombre de réadmissions à l'hôpital. Souvent, personne n'est responsable de s'assurer que les patients sont adéquatement informés et préparés avant l'opération. Cette situation est essentiellement due au fait que la plupart des chirurgiens ne travaillent pas en équipe avec les infirmières et les autres professionnels de la santé concernés.

Une autre partie du processus chirurgical, souvent ignorée, consiste à s'assurer de la pertinence des interventions subies par les patients. Il peut arriver que cette pratique signifie qu'il n'y aurait pas d'intervention du tout. Bien que cette question soit rarement abordée dans les médias, certaines interventions peuvent être inappropriées lorsqu'elles n'apportent aucun bénéfice aux patients ou qu'elles l'exposent à des risques trop importants. Par exemple, une étude menée en 2002 par le Dr Charles Wright de l'UBC a démontré que tandis que 70 % des patients qui avaient subi une chirurgie de la cataracte constataient une amélioration de leur vision, la situation avait empiré pour plus du quart d'entre eux.<sup>5</sup> Si les patients qui ont peu de chance de bénéficier d'une chirurgie étaient identifiés d'avance, les listes d'attente seraient plus courtes.

Bien qu'il existe des raisons de s'inquiéter, la bonne nouvelle est que certaines personnes en C.-B. et ailleurs font les choses différemment et ce faisant, contribuent à une réduction importante des délais d'attente. Si leurs modèles d'organisation se généralisaient, il serait possible d'éliminer presque toutes les attentes qui dépassent les délais prescrits. Ces changements font appel à des innovations organisationnelles fondamentales, dont plusieurs sont citées dans ce document. Parce que les médecins jouent un rôle central dans la prestation des soins de santé, plusieurs de ces réformes dépendent de leur volonté. Les projets dont il est question dans ce

document en font la preuve. Lorsque les médecins cessent de travailler en solo pour adopter l'approche par équipe — tant au sein de leur spécialité qu'avec les autres travailleurs de la santé — le système fonctionne mieux, plus rapidement et les listes d'attente diminuent. L'approche des soins en équipe permet aux infirmières et autres professionnels de la santé de jouer des rôles plus importants sur le plan clinique et en matière de coordination, tout en respectant le cadre de leur fonction. Dans certaines circonstances, cette façon de procéder peut même contribuer à réduire les pénuries de personnel.

En décembre 2005, le Centre canadien de politiques alternatives a publié le rapport de recherche du D<sup>r</sup> Michael Rachlis, analyste des politiques de santé, intitulé *Public Solutions to Health Care Wait Lists* (Solutions publiques aux listes d'attente en santé). Ce rapport a suscité et inspiré le présent document.

Michael Rachlis étudie la façon dont les innovations dans la prestation des soins de santé peuvent significativement réduire les listes d'attente dans le secteur public.

L'argument principal du D<sup>r</sup> Rachlis est que les délais d'attente ne sont généralement pas dus à un manque de ressources, mais à une mauvaise organisation des services. Une coordination déficiente ou absente et le parcours improvisé des patients dans un processus de soins qui manque de consistance sont quelques-uns des problèmes qui créent des embouteillages. Par exemple, du temps précieux est perdu à tous les jours au bloc opératoire entre les cas, lors de la préparation des salles en fonction des préférences de chacun des chirurgiens, même lorsqu'ils effectuent la même intervention. Tout changement au continuum des soins ralentit le système. La plupart des variations proviennent toutefois d'inefficacités organisationnelles et non d'événements imprévisibles comme les changements dans la condition du patient.

Ayant comme objectif de diminuer ces variations et de réduire considérablement les temps

d'attente, le D<sup>r</sup> Rachlis propose une importante innovation : l'application de la théorie des queues à la gestion des listes d'attente. La théorie des queues est une branche des mathématiques qui trouve des applications dans le système de santé. Quiconque a déjà attendu en ligne à la banque sait qu'une seule file qui alimente l'ensemble des guichets assure une meilleure circulation pour tous qu'une file par guichet. Pourtant, dans la plupart des cas, les chirurgiens ont chacun leur propre liste d'attente et personne ne supervise l'ensemble de ces listes. La majorité des patients seraient ravis d'être intégrés à une liste commune leur permettant de voir le premier spécialiste disponible, particulièrement si cette innovation permet de diminuer leur temps d'attente de quelques mois. Si les patients désirent un chirurgien en particulier, ils peuvent le voir, tout en sachant qu'ils risquent d'attendre plus longtemps.

Une liste d'attente commune n'est qu'une des nombreuses techniques de la gestion des queues qui peuvent être appliquées aux soins de santé. Une autre solution possible consiste à mettre sur pied des centres de soins ambulatoires spécialisés. Pour des chirurgies électives à faible risque de complications, ces centres permettent une circulation plus fluide des patients, améliorent l'efficacité de la prestation de ce type de services et, en bout de ligne, réduisent les délais d'attente. Le D<sup>r</sup> Rachlis décrit le fonctionnement de centres publics bien établis au Manitoba et en Ontario. Ces centres offrent l'efficacité de la spécialisation et de l'innovation, que l'on n'attribue souvent qu'au secteur privé, tout en maintenant les avantages bien connus du secteur public, des frais d'administration moins élevés et d'importants avantages sociétaux. (Voir *Pourquoi ne pas recourir au privé*, page 14).

Une autre forme de gestion des files d'attente est le guichet unique des centres multidisciplinaires préopératoires. Plutôt que de forcer les patients à courir d'un endroit à l'autre pendant des semaines pour passer divers examens et voir

différents spécialistes, il est beaucoup plus efficace d'obtenir le plus de services possible requis pour le bilan préopératoire lors d'une seule visite, sous le même toit.

Parmi les autres stratégies de gestion des listes d'attente recommandées par le D<sup>r</sup> Rachlis, mentionnons une mise à jour des systèmes informatiques, la standardisation des procédures chirurgicales et l'uniformisation des façons d'allouer le temps d'utilisation du bloc opératoire.

Quelle que soit la forme que prennent ces changements dans le système public, dit le D<sup>r</sup> Rachlis, l'essentiel est qu'ils soient dictés par les besoins des patients et non par ceux des organisations et des professionnels de la santé. Bien que les avancées technologiques aient révolutionné la science de la médecine, l'organisation des soins n'a pas suivi. Malgré tout, D<sup>r</sup> Rachlis conclut que le système public est en mesure d'assurer des soins de qualité, en temps opportun et avec consistance, à condition que les innovations nécessaires soient appliquées à grande échelle.

Un autre rapport récent a influencé le présent document. En juin 2006, le gouvernement fédéral a publié le rapport du Conseiller fédéral sur les temps d'attente, le D<sup>r</sup> Brian Postl. Ce dernier, qui est aussi le directeur général de la Direction régionale de la santé de Winnipeg, a souligné que les délais d'attente ne sont pas aussi importants qu'on se plaît à le dire, mais qu'ils n'en sont pas moins préoccupants. Il croit que le système public, s'il est convenablement financé, peut en venir à bout. Comme le D<sup>r</sup> Rachlis, il fait remarquer que les délais d'attente ne sont pas un phénomène isolé, mais qu'ils sont plutôt un symptôme de dysfonctionnements archaïques, profondément enracinés au sein du système de santé. Une diminution radicale et, dans certains cas, l'élimination des délais déraisonnables, exige une transformation en profondeur du système, ayant pour objectif de remettre le patient au centre des préoccupations. Alors que, pour certains, cette tâche semble irréalisable, D<sup>r</sup> Postl affirme que ce n'est pas le cas.

Il en tient la preuve du fait que cette révolution est déjà en marche.

« Des exemples de partout au pays et d'ailleurs dans le monde démontrent que la chose est possible ... », écrit le D<sup>r</sup> Postl. « Il serait possible que les Canadiens aient accès aux soins primaires le jour même, aux médecins spécialistes en une ou deux semaines, et qu'il n'y ait pratiquement pas d'attente pour les examens et les chirurgies. »<sup>6</sup>

Il presse toutes les provinces et territoires d'adopter les stratégies suivantes en matière de gestion des délais d'attente :

- Une seule liste d'attente commune plutôt qu'une multitude de listes gérées par les médecins ou les unités de soins;
- Un maître d'œuvre de projets de réduction des temps d'attente qui aiguillonnera les politiciens et inspirera les prestataires de soins à s'attaquer aux délais d'attente;
- La mise en application de la théorie des queues pour améliorer les processus organisationnels;
- Une campagne de sensibilisation du public pour aider les gens à comprendre que certains délais, pour certaines interventions, ne sont pas déraisonnables;
- L'organisation des soins par équipes permettant aux intervenants comme les infirmières d'effectuer des tâches cliniques plus importantes tout en respectant le cadre de leur fonction;
- La révision de la pertinence de soins médicaux destinés à différents patients;
- Des programmes préopératoires qui préparent les patients à leur chirurgie, physiquement et mentalement.

Ce document porte essentiellement sur six exemples d'innovations dans le domaine des soins chirurgicaux qui ont réussi à faire diminuer les listes d'attente en Colombie-Britannique ou qui ont été conçues à cette fin. Il se penche

aussi sur trois innovations mises en place ailleurs au Canada, soit en Alberta, en Saskatchewan et en Ontario. Comme cette information n'a pratiquement pas été rapportée dans la littérature scientifique, le présent rapport s'appuie surtout sur des entrevues réalisées avec les acteurs-clés de ces innovations.

La portée et l'étendue de ces projets sont saisissantes, tout comme le sont l'enthousiasme, l'engagement et le dévouement de leurs responsables cliniques et administratifs. Les résultats parlent d'eux-mêmes. Les gens dont il s'agit sont des champions de l'amélioration du système de

santé. Pour le bénéfice de l'ensemble des Canadiens, ils méritent d'être reconnus, encouragés et soutenus dans leur travail.

Les sections qui suivent présentent les projets de gestion des listes d'attente pour le système public de Colombie-Britannique, en trois catégories :

- Quatre projets de réorganisation des services
- Modernisation des systèmes d'information
- Amélioration des registres de listes d'attente

## › Pourquoi ne pas recourir au privé?

Est-ce que le recours au privé est la solution au problème des délais d'attente ? Poussées par les rapports des médias portant sur des patients embourbés dans les listes d'attente du système public, certaines personnes diraient oui. Les propriétaires d'établissements privés affirment qu'ils ont les ressources, la motivation et le savoir-faire pour répondre aux besoins des patients de façon beaucoup plus efficace et efficiente que le système public — alors, pourquoi ne pas les laisser faire ? Les défenseurs de cette option envisagent un système de fournisseurs privés qui offrent des services aux gens qui sont en mesure de payer, et un système public qui s'occupe de ceux qui ne peuvent payer. En fait, disent-ils, si vous avez un système privé parallèle au système public, ce dernier fonctionnera mieux. En agissant comme une valve de sécurité, les fournisseurs privés retirent du système des patients qui contribueraient autrement à son engorgement. De plus, selon eux, la *seule* façon de régler le problème des délais d'attente est d'avoir recours à un système parallèle privé.

Voyons de plus près ces affirmations. Les pour et les contre d'un système parallèle privé ont été étudiés en profondeur par des chercheurs de tous les coins du monde. Un essai publié par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé fait référence à une « montagne de faits probants » tirés des publications scientifiques qui documentent les effets délétères de la coexistence d'un système privé parallèle et d'un système public.<sup>7</sup>

Quatre points se dégagent de ces études :

### **1. Les délais d'attente dans le secteur public sont plus longs lorsqu'il existe un système de santé parallèle à but lucratif**

Des études internationales démontrent que les pays où coexistent des systèmes privé et public de soins de santé présentent des temps d'attente plus longs dans le système public que les pays organisés autrement.<sup>8</sup>

Des études canadiennes obtiennent des résultats similaires. Une étude réalisée en 1998 par l'Université du Manitoba a démontré que les patients attendaient deux fois plus longtemps pour une chirurgie de la cataracte si leur ophtalmologiste travaillait à la fois dans les systèmes public et privé, que ceux dont le médecin ne travaillait que dans le système public.

Le problème découle du fait que le système compte un bassin limité de professionnels de la santé, tant médecins qu'infirmières. Les cliniques et hôpitaux privés attirent hors du système public une main-d'œuvre déjà rare, ce qui contribue à l'allongement des délais d'attente pour les patients qui veulent obtenir des services du système public. Comme l'étude sur les cataractes menée au Manitoba le suggère, les patients dont le médecin travaille dans les deux systèmes attendent plus longtemps.<sup>9</sup> L'une des raisons est que les médecins qui travaillent dans les deux systèmes ont avantage à ce que les délais d'attente soient longs dans le système public, ils s'assurent ainsi d'un bassin constant de patients disposés à payer pour des services privés.

### **2. Là où existe un système privé parallèle, il est fréquent de voir qu'on y retient d'abord les cas plus simples et faciles à traiter**

Cela découle du fait que les cliniques privées ont un intérêt économique à traiter les patients pour lesquels les interventions sont moins complexes, les résultats prévisibles et les coûts moins importants. Ces cliniques peuvent ainsi minimiser leurs risques et maximiser leurs profits. Il en résulte qu'au sein du système public, le degré de sévérité des cas augmente, comme les coûts encourus pour les traitements plus complexes. En conséquence, le coût moyen des traitements assurés par les établissements publics augmente. Si le financement ne suit pas l'augmentation des coûts, le système public devient plus difficile à maintenir. Des données probantes suggèrent que lorsque les autorités publiques sont confrontées à

des patients dont la santé se détériore sur des listes d'attente, elles détournent ces patients vers les ressources privées pour soulager leur souffrance même si cette stratégie est délétère pour la viabilité du système public à long terme.<sup>10</sup>

### **3. Les soins assurés dans les établissements privés à but lucratif sont moins sécuritaires**

L'une des raisons qui expliquent la qualité inférieure des soins offerts par les établissements à but lucratif, c'est qu'on y retrouve un moins grand nombre d'employés qualifiés. Une étude publiée dans le Journal de l'Association médicale américaine en 2002 rapportait que le taux de décès dans les cliniques de dialyse à but lucratif était plus élevé de 8 % que dans les cliniques sans but lucratif,<sup>11</sup> et que les patients y avaient moins de chance d'être référés pour une transplantation du rein.<sup>12</sup> Et il ne s'agit pas de la seule étude qui fait état de résultats aussi sombres. Le même groupe a publié une compilation de toutes les études qui comparent les taux de mortalité dans 26 000 hôpitaux à but lucratif et sans but lucratif desservant 38 millions de patients. Ces auteurs démontrent que le taux de décès des adultes est de 2 % plus élevé dans les hôpitaux privés que dans les hôpitaux publics, et chez les nouveau-nés l'écart est de 10 %.<sup>13</sup> Ils concluent que les inquiétudes quant à l'effet de la recherche de profit sur la qualité des soins de santé sont justifiées. Ces chercheurs estiment que si tous les hôpitaux canadiens étaient transformés en établissements à but lucratif, le nombre de décès pourrait augmenter de 2 200 par année.

Les cliniques privées de chirurgie nouvellement établies au Royaume-Uni, nommées Independent Sector Treatment Centres (ISTC), ont éprouvé des problèmes semblables quant à la qualité des soins. Dans un rapport sur les ISTC remis à la Chambre des communes, le Collège royal des chirurgiens et l'Association médicale britannique font part de leurs inquiétudes quant à la qualité des soins dans les ISTC.<sup>14</sup> De plus, dans un sondage mené par l'Association médicale britannique auprès des directeurs de cliniques du National Health Service (NHS) qui travaillent en orthopédie, en ophtalmologie et en anesthésie, les deux tiers des répondants rapportaient que le taux d'admission de patients qui avaient besoin du NHS pour des soins postopératoires était plus élevé pour les patients en provenance des ISTC à but lucratif que des cliniques exploitées par le NHS.<sup>15</sup>

### **4. Les soins à but lucratif coûtent plus cher**

L'expérience internationale démontre que les établissements privés de chirurgie ont tendance à imposer des tarifs plus élevés, beaucoup plus élevés, que les hôpitaux financés par le public pour une même intervention.

Par exemple, en 2004, le British Medical Journal rapportait que le NHS déboursait 47 % de plus pour une chirurgie de remplacement de la hanche lorsqu'elle était effectuée dans un établissement privé à but lucratif. En 2002-2003, un pontage coûtait 91 % de plus dans ces cliniques que dans un hôpital public en Angleterre.<sup>16</sup>

La situation au Canada est similaire. À titre d'exemple, l'an dernier, dans un hôpital public d'Alberta, une chirurgie de remplacement de la hanche coûtait 10 000\$.<sup>17</sup> D'après le Timely Medical Alternatives (qui facilite l'accès aux cliniques), le remplacement de la hanche dans une clinique à but lucratif coûte jusqu'à 21 780\$.<sup>18</sup> Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, dans le système public canadien, un remplacement du genou coûte environ 8 002\$,<sup>19</sup> alors que dans une clinique privée, la même intervention coûte entre 14 000 \$ et 18 000\$.<sup>20</sup>

Les données sont claires. Les soins de santé privés à but lucratif coûtent plus cher, créent des situations d'injustice, et ils font courir aux patients de plus grands risques que dans les établissements sans but lucratif.





# Quatre projets de réorganisation en Colombie-Britannique

## Richmond Hip and Knee Reconstruction Project

Il y a plus de deux ans, le *Richmond Hip and Knee Reconstruction Project* a entrepris de réduire le nombre de patients en attente d'une chirurgie de la hanche et du genou dans le *Lower Mainland* en s'inspirant de ce qui se fait de mieux dans le monde. Le projet-pilote a été mené dans le secteur public, et il est le fruit d'une collaboration entre le *Provincial Surgical Services Project* (voir page 27), le *Vancouver Coastal Health Arthroplasty Team*, le *Provincial Arthroplasty Collaborative*, et le *Vancouver Coastal Health's Centre for Clinical Epidemiology and Evaluation*.

Le projet poursuivait d'autres objectifs que la réduction des temps d'attente, notamment la diminution de la durée de séjour à l'hôpital et l'amélioration des résultats pour les patients, tout cela dans le cadre d'un hôpital communautaire. Son succès est sans équivoque et le projet est maintenant implanté de façon permanente à l'Hôpital Richmond. On a pu mesurer les résultats suivants :

- diminution du délai d'attente médian de 75 %, soit de vingt à cinq mois;

- diminution de 27 % du nombre de patients en attente;
- diminution de 63 % du nombre de patients en attente de plus de 26 semaines;
- augmentation de 136 % du nombre de cas traités;
- diminution moyenne de 25 % de la durée de séjour, de cinq à quatre jours pour la hanche et de quatre à trois jours pour le genou. (Au début du projet, la durée de séjour dans les hôpitaux de Colombie-Britannique était de huit jours pour un remplacement de la hanche et de six jours pour un remplacement du genou);
- amélioration de l'efficacité des salles d'opération de l'ordre de 25 %.

Comment a-t-on pu obtenir ces résultats ? Un financement de 1,3 millions \$ a permis d'embaucher un directeur à temps plein, d'acheter du nouvel équipement, les outils de recherche et d'évaluation, de rénover entièrement une salle d'opération et ses annexes. Le projet a été financé par le gouvernement provincial, la *Vancouver Coastal Health Authority* et la Fondation de l'Hôpital

Richmond. Mais, comme le savent bien la plupart des analystes de systèmes de santé, l'argent seul n'est pas garant de succès. Dans ce cas cependant, la réussite est venue d'un financement adéquat combiné à une réorganisation efficiente des soins chirurgicaux.

L'horaire du début des interventions a été échelonné et le programme opératoire prévu pour deux salles, de manière à ce que les chirurgiens puissent passer d'une salle à l'autre au fur et à mesure qu'une intervention était terminée. Cette façon de faire a permis aux équipes de compléter huit reconstructions ou remplacements d'articulations par jour au lieu de six. Les procédures chirurgicales et les pratiques cliniques ont été standardisées, éliminant les variations dans l'organisation selon les demandes particulières des différents chirurgiens. Les chirurgiens utilisaient auparavant neuf types de prothèses, selon leurs préférences; dans le cadre du projet-pilote, tous les chirurgiens ont utilisé les mêmes prothèses, facilitant le travail des infirmières et autres professionnels. L'hôpital a pu aussi réaliser des économies substantielles en augmentant son pouvoir d'achat auprès des fournisseurs.

La coresponsable du projet, Cindy Roberts, affirme que sa principale force a été d'inclure tout le monde, depuis l'entretien ménager jusqu'aux professionnels qui oeuvrent dans la communauté. Elle partageait la responsabilité du projet avec un orthopédiste de l'hôpital Richmond, Dr Ken Hughes.

« Nous avons visé tout le monde dans nos efforts d'éducation, y compris les chirurgiens étant donné que leur travail affecte tout le personnel de la chaîne », rapporte Cindy Roberts.

Comme dans plusieurs cliniques privées, deux salles d'opération de l'hôpital Richmond se sont spécialisées pour maximiser l'efficacité des services. Les économies ainsi réalisées n'ont pourtant pas servi à financer les profits de cliniques à but lucratif (où ces chirurgies auraient pu être faites en sous-traitance).

## **UBC Centre for Surgical Innovation**

Une autre retombée du projet de reconstruction de la hanche et du genou de Richmond est *The Arthroplasty Plan* (TAP). Il s'agit d'une trousse mise à la disposition des autres sites et directions de la santé pour partager les connaissances acquises par l'équipe de Richmond. En avril 2006, l'hôpital de l'Université de Colombie-Britannique a décidé de relever le défi en ouvrant son *Centre for Surgical Innovation* (CSI). Ce projet-pilote d'une année, doté d'un budget de 25 millions, était destiné à accélérer le traitement des patients en attente d'une chirurgie de la hanche ou du genou à l'échelle de la province. Le centre est spécifiquement conçu pour traiter les patients à faible risque qui sont sur les listes d'attente depuis plus de 26 semaines. Il dispose de deux salles d'opération dédiées et de 38 lits. L'objectif du projet est de réaliser 1 600 interventions par année. En janvier 2007, le centre avait réalisé plus de 1 100 interventions.

Le CSI est différent du projet de Richmond en ce qu'il s'agit d'un service s'adressant à toute la province; il implique environ 25 chirurgiens orthopédistes et les patients viennent des régions sanitaires de l'Île de Vancouver, de l'Intérieur, du Nord, et des régions Fraser et Vancouver Coastal. Appliquant le modèle TAP, le centre a recours aux mêmes méthodes d'alternance des salles d'opération, de standardisation des procédures cliniques et d'évaluation des résultats auprès des patients. Certains chirurgiens ont ramené le concept dans leur milieu d'origine et ont adopté l'alternance des salles d'opération. Même si les patients venant de l'extérieur de Vancouver ne touchent aucune compensation pour leurs déplacements, ils s'empressent de venir s'y faire opérer, affirme la directrice du projet, Laurie Leith.

« Certains sont sur une liste d'attente depuis un an, même deux, rapporte Laurie Leith. Idéalement, ils aimeraient bien que l'intervention soit pratiquée dans leur milieu, mais ils sont si heureux qu'ils sont prêts à faire tout ce qu'il faut pour que l'intervention se fasse enfin. »

Même s'il est trop tôt pour une évaluation finale, les réalisations du centre sautent aux yeux. La durée moyenne des séjours est tombée sous l'objectif de quatre jours pour la hanche (3,25 jours) et l'objectif de trois jours a été atteint pour le genou, ce qui démontre aussi que le succès dépend en bonne partie du lien entre les soins en établissement et les services qui précèdent et suivent l'admission à l'hôpital. Tous les patients, en effet, reçoivent une formation préopératoire, certains à leur lieu de résidence, afin de bien se préparer à l'intervention. Après l'intervention, un suivi téléphonique permet de déterminer s'ils sont satisfaits des services obtenus. Jusqu'à maintenant, l'évaluation des patients est de 4,7 sur 5.

Selon Laurie Leith, il ne fait aucun doute que le programme a fait une avancée considérable pour la réduction des délais d'attente pour un remplacement de la hanche et du genou dans l'ensemble de la Colombie-Britannique et elle se dit optimiste de voir le programme recevoir un financement à long terme.

### **North Shore Joint Replacement Access Clinic**

La *North Shore Joint Replacement Access Clinic* (JRAC) représente un projet d'un autre ordre, mais également efficace pour réduire les temps d'attente pour les chirurgies de la hanche ou du genou. En se concentrant sur les étapes qui précèdent la chirurgie, la clinique a réduit considérablement les temps d'attente à la fois pour une première consultation en chirurgie et pour l'intervention.

JRAC est un guichet unique, un service centralisé de rendez-vous pour l'ensemble des procédures pré et postopératoires. Il a ouvert ses portes comme projet-pilote en mai 2005 et est maintenant un service permanent à l'hôpital *Lions Gate* de Vancouver. Dr Paul Sabiston, chirurgien orthopédiste de *Lions Gate*, a été l'une des forces motrices de cette innovation avec Chantel Canessa, infirmière en orthopédie et cofon-

datrice du projet. Selon cette dernière, l'idée (de ce service) leur est venue d'un sondage sur les plus grandes préoccupations auprès de patients déjà opérés pour la hanche ou le genou. Outre le temps d'attente, les patients se sont plaints du stress ressenti lorsque, après avoir attendu jusqu'à deux ans, on leur fixait une date pour leur chirurgie et qu'ils disposaient de deux ou trois semaines pour organiser tous leurs rendez-vous préopératoires, comprenant les radiographies, les analyses de laboratoire et les visites chez l'anesthésiste. Les médecins généralistes, quant à eux, se disaient frustrés de voir leurs patients attendre si longtemps avant un premier rendez-vous avec un spécialiste.

Une injection massive d'argent, de la part du ministère provincial de la Santé, n'a pas été nécessaire pour éliminer les inquiétudes identifiées au sondage. Il a plutôt fallu mettre en application quelques idées simples et sensées qui ont facilité l'acheminement des patients vers la chirurgie. Comme l'indique Mme Canessa : « Nous n'avions pas d'argent pour ouvrir cette clinique, alors nous avons dû être créatifs ». La clinique s'est installée dans une unité de débordement et le personnel a fait don de tables et de mobilier usagés.

Les listes d'attente ont commencé à diminuer dès que les patients ont été placés sur une liste d'attente commune et qu'ils ont eu le choix entre consulter le premier chirurgien disponible ou le chirurgien de leur choix. Les délais ont ensuite été réduits davantage par la mise sur pied d'une clinique basée à l'hôpital, où les données nécessaires ont été centralisées pour identifier prospectivement les patients candidats à un remplacement d'articulation. Le personnel de cette clinique dédiée coordonne et fait les arrangements pour les rendez-vous en radiologie, les analyses de laboratoire, les consultations en physiothérapie et en pharmacie. Les anesthésistes voient maintenant les patients à plus haut risque de complications deux mois plutôt que deux jours avant l'intervention; ils peuvent ainsi identifier et

résoudre à l'avance certains problèmes. Depuis le lancement du programme, aucune chirurgie de remplacement articulaire n'a été annulée, rapporte Chantel Canessa. La clinique fait aussi le tri des patients, établit des priorités et, au besoin, réfère des patients aux ressources communautaires appropriées, comme les programmes d'exercices et les services de diététique.

« Il s'agissait essentiellement de petites choses », dit Mme Canessa. « Nous avons mieux réparti la charge de travail en la devançant ».

Le projet a reçu un financement de cinq millions \$ du gouvernement provincial, qui a formellement autorisé la réouverture d'une salle d'opération de l'hôpital, augmentant ainsi radicalement le nombre d'interventions pouvant être effectuées.

Jusqu'à présent, on peut résumer ainsi les réalisations du JRAC :

- réduction du temps d'attente pour une première consultation avec un orthopédiste de près de deux ans entre deux à quatre semaines;
- réduction du temps d'attente pour la chirurgie de près de deux ans à six mois ou moins;
- augmentation de 140 % du nombre de chirurgies de la hanche et du genou effectuées entre 2003 et 2005;
- taux de satisfaction de 97 % d'après un sondage mené auprès des patients ayant subi une intervention.

La clinique a été visitée par douze autres établissements de Colombie-Britannique, qui sont intéressés à mettre en place des pratiques semblables. Selon Chantel Canessa : « Vous devez étudier attentivement ce que vous faites, réfléchir hors du cadre établi et écouter vos patients, ils ont d'excellentes idées. »

## **Mount Saint Joseph Hospital Cataract and Corneal Transplant Unit**

Mount Saint Joseph est un hôpital communautaire de 140 lits de soins aigus, situé à Vancouver Est. Il est reconnu pour son approche multiculturelle, particulièrement à l'endroit de l'importante communauté chinoise de la ville. Durant les trois dernières années, il s'est aussi fait connaître pour son programme de chirurgie de la cataracte et de transplantation de la cornée, dont la performance dépasse nettement celle des autres hôpitaux de la province. En réalisant plus de 6 300 interventions par année, le programme a réduit de moitié la liste d'attente (la faisant passer d'un délai d'attente de 6 à 8 mois à seulement 3 à 4 mois); certains patients arrivent même à être opérés en moins de 10 semaines.

Le chef du service d'ophtalmologie, Dr Pierre Taber, explique que comme il y a peu de variations dans la chirurgie de la cataracte, ce type d'intervention se prête bien au modèle efficient d'interventions réalisées à la chaîne, sans perte de qualité. La décision d'investir dans la meilleure technologie et dans des équipements supplémentaires a permis aux chirurgiens de ne plus attendre entre les cas que les instruments soient stérilisés et donc, d'accélérer le *tempo*. Dr Taber a ainsi augmenté le nombre de ses interventions de 12 à 17 par jour.

« Essentiellement, nous avons été en mesure d'éliminer les temps morts », dit-il. « Ainsi à 13 h 30, les instruments que j'ai utilisés à 8 h 00 sont passés à travers les différentes étapes du système et sont prêts à être réutilisés. Sans augmenter le temps en salle d'opération, je suis en mesure de faire 50 % plus d'interventions et donc, de diminuer la liste d'attente d'autant. Et ce n'est pas vrai que pour moi, mais pour tout le monde ».

Parmi les autres mesures ayant permis d'améliorer l'efficacité, mentionnons l'achat en gros des approvisionnements et le transfert de ce type d'intervention des salles d'opérations majeures vers des salles conçues spécifiquement à

cette fin. Toutes les chirurgies sont des chirurgies d'un jour sans recours à l'anesthésie générale.

Bien que les listes d'attente des huit ophtalmologistes n'aient pas été fusionnées, les chirurgiens gèrent ensemble leurs listes. Les interventions sont attribuées sur la base du temps d'attente des patients et non sur le nombre de patients inscrits sur la liste de chacun des chirurgiens.

« L'idée, dit D<sup>r</sup> Faber, est que peu importe lequel des huit chirurgiens du groupe vous consultez, le délai d'attente sera sensiblement le même. »

Pour ce qui est des examens préopératoires, le groupe a éliminé les tests sanguins et les électrocardiogrammes demandés de routine pour les patients à faible risque de complication, en accord avec les données de la littérature scientifique récente. Ironiquement, une pénurie d'anesthésistes a conduit à d'autres économies. L'hôpital a maintenant recours à des infirmières spécialement formées pour administrer et surveiller les faibles quantités de sédatifs utilisées pour la chirurgie de la cataracte.

D<sup>r</sup> Faber se dit néanmoins frustré par le mode actuel de financement des services de santé, qui

fait en sorte que les infirmières coûtent plus cher à l'hôpital que les médecins. En effet, la rémunération des infirmières dépend du budget hospitalier, tandis que les anesthésistes sont payés par le régime provincial. Pourtant, d'un strict point de vue de rentabilité, ça n'a aucun sens d'embaucher un anesthésiste à 250 000\$ alors que deux ou trois infirmières peuvent effectuer le travail pour le même prix. « Tout vient pourtant du ministère de la Santé, la différence c'est que l'argent vient d'une poche différente », précise D<sup>r</sup> Faber.

Selon lui, dans l'ensemble, les patients et les médecins sont ravis du succès du programme. Les résultats obtenus par un financement adéquat et la mise en pratique de méthodes de travail efficaces lui ont redonné foi dans notre système public de santé.

« J'ai travaillé au *Cambie Surgery Centre* (un centre de chirurgie privé à but lucratif) et j'ai amené mes patients là, mais je ne le fais plus parce qu'il n'y a plus de raison de le faire. Nous avons tout ce qu'il faut maintenant, il n'y a plus de raison de se tourner vers le privé. »



# Modernisation des systèmes d'information

## Réorganisation des services chirurgicaux de la *Interior Health Authority* (IHA)

La *Interior Health Authority* (IHA) de Colombie-Britannique dessert une population d'environ 700 000 habitants, répartie dans 54 collectivités. On compte 35 établissements de soins aigus dans cette vaste région du sud intérieur de la Colombie-Britannique, qui s'étend du Lac Williams au nord à la frontière américaine au sud, et du Lac Anaheim à l'ouest jusqu'à la frontière albertaine à l'est.

Il y a trois ans, la IHA comptait six systèmes pour déterminer les programmes opératoires des chirurgiens sur neuf sites. Aujourd'hui, il n'y a plus qu'un seul système pour onze sites.

La programmation des interventions chirurgicales n'est pas une tâche facile. En 2004, une étude des services chirurgicaux de la IHA, effectuée par *Sullivan Healthcare Consulting* — la première à avoir jamais été faite — concluait que « cette tâche non clinique était la plus complexe à être faite dans un hôpital. L'objectif de cette programmation est d'assurer que toutes les ressources nécessaires seront disponibles au bon moment, au bon lieu, que les personnes impliquées s'entendent sur les résultats attendus, tout en soupesant les

coûts, le niveau d'utilisation des ressources et d'autres aspects pratiques ».<sup>21</sup>

Cette étude a identifié trois problèmes principaux dans le système de programmation des opérations de la IHA : des pratiques inconsistantes, un accès inconsistant aux informations médicales pertinentes, et le fait que les différents chirurgiens et les établissements utilisaient des noms différents pour désigner les mêmes procédures. En d'autres termes, lorsqu'on tentait de savoir quel chirurgien devait opérer quel patient, où et quand, on ne parlait pas le même langage, comme dans une véritable tour de Babel. La prestation des soins de santé ne peut pas être suivie, centrée sur les besoins des patients et avec une imputabilité claire, lorsque l'information nécessaire n'est pas disponible pour sa gestion.

L'étude de Sullivan de 2004 recommandait que la IHA standardise l'ensemble de sa gestion périopératoire (toutes les étapes entourant l'intervention chirurgicale d'un patient, depuis son admission, en passant par l'anesthésie, la procédure chirurgicale et la convalescence). La direction a alors décidé que la modernisation de son système de programmation des interventions chirurgicales était sa priorité numéro



un. Si bien que dès novembre 2006, toutes les installations chirurgicales dotées de systèmes informatiques ont adopté le même logiciel de gestion des salles d'opération, appelé *Picis OR Manager*. Le coût de cette amélioration n'était pas très élevé — 1,5 million \$ sur un budget total de 1,25 milliard \$ — et l'on n'a pris que 18 mois pour mettre en place le système.

La directrice du projet IHA, Janine Johns, affirme toutefois qu'un effort « immense » a été déployé. Bien qu'il y ait eu certaines résistances, une fois que le personnel a été formé au nouveau programme, leur travail est devenu plus facile, « avec un outil de gestion des activités plutôt que de contemplation de colonnes de chiffres qui ne concordent pas ».

Une amélioration simple, mais qui a produit d'importants résultats, a été d'enregistrer les préférences d'instruments et d'équipements des chirurgiens qui ont chacun leur propre façon de procéder aux diverses interventions. Auparavant, l'information était conservée dans des cahiers, sur des bouts de papier ou mémorisée par quelques infirmières, ce qui était à l'origine d'importantes pertes de temps lorsque les papiers étaient égarés ou qu'une certaine infirmière était en congé. Maintenant, tout est inscrit dans le système.

En plus des travailleurs de la santé qui voient leur tâche simplifiée, les patients bénéficient du nouveau système de programmation. « Ils ne sont plus perdus dans le système, rapporte Janine Johns. On en arrivera à mieux planifier le moment et l'endroit où ils pourront avoir accès à nos services ».

Un autre élément critique de la modernisation du système est la création d'un programme de sélection préopératoire. La *IHA 2004 Surgical Services Review* avait d'ailleurs établi que la sélection préopératoire offrirait un « retour sur l'investissement » plus important que toutes les autres recommandations émises dans le rapport.<sup>22</sup> En effet, lorsque les patients sont bien informés et préparés pour leur intervention, il y a

moins de retards et d'annulations, les résultats obtenus sont meilleurs, et il y a une meilleure utilisation des ressources et une diminution des temps d'attente. La IHA a maintenant recours au programme de sélection préopératoire dans 75 % des chirurgies électives. Son objectif est d'appliquer cette façon de faire à l'ensemble des patients avant la chirurgie.

Mme Johns affirme que rien de tout cela n'aurait été possible sans le remarquable travail d'équipe réalisé conjointement par les administrateurs, les infirmières et plus particulièrement les médecins. Le conseil chirurgical de la IHA est composé d'administrateurs, d'infirmières et d'une majorité de médecins. L'équipe chargée du programme comprend deux médecins rémunérés à cette fin — un chirurgien et un anesthésiste — et le nouveau système a été mis en place sous la responsabilité d'un autre chirurgien.

« Je ne connais aucune autre direction de la santé où ce sont des médecins qui se sont chargés de diriger ce genre d'initiative d'une Direction de santé, dit Mme Johns. C'est le dévouement de ces gens et la détermination de certains chirurgiens et des dirigeants de l'IHA qui nous ont permis de nous rendre où nous en sommes aujourd'hui; outre le financement, je crois que c'est le facteur le plus important de notre succès. »

L'intégration complète et l'amélioration de nos services chirurgicaux exigent toutefois des actions dans bien d'autres domaines d'activité comme la sécurité, les normes, le rôle des cadres et l'examen de la pertinence des interventions. Un grand pas dans la bonne direction vient de la participation de IHA, avec d'autres directions de la santé, au nouveau *Provincial Surgical Services Project* du gouvernement provincial, toujours en développement (voir page 27).

Pour ce qui est des autres priorités, Mme Johns dit que la capacité d'aller de l'avant dépend de deux facteurs : le recrutement et la rétention du personnel, particulièrement des infirmières, et un financement assuré. La première phase du projet a bénéficié d'un financement non récur-



rent qui s'est terminé à la fin de l'année financière (31 mars 2007). La prochaine phase sera en compétition avec les projets de toutes les autres directions de la santé.

« Je suis très heureuse de ce nous avons bâti, dit Janine Johns. Mais aurons-nous suffisamment d'argent et de personnel pour continuer à avancer ? »

Ironiquement, alors que Mme Johns demeure dans l'incertitude quant au financement à long terme pour le registre chirurgical, la IHA a fait un appel de propositions pour une clinique privée de chirurgie avec un financement garanti pour dix ans, pour un volume minimum de 1 700 cas par année. À l'opposé, dans son plus récent budget (2007–2008), le gouvernement provincial ne s'engageait à soutenir que pour une année les projets des Directions régionales de la santé.

Bien que le secteur privé semble en mesure de créer une clinique plus rapidement que le secteur

public, l'existence de telles cliniques crée de nombreux problèmes (voir *Pourquoi ne pas recourir au privé?* page 14). D'abord, elles détournent du système public un certain nombre de travailleurs de la santé, particulièrement des infirmières, alors qu'il en manque déjà chroniquement. Ensuite, tout dépendant de leur contrat, leur existence compromet la gestion efficace des listes d'attente du fait que des médecins pratiquent à la fois dans le privé et dans le public. Enfin, ces cliniques privées de chirurgie ne prendront en charge vraisemblablement que des patients à faible risque, laissant au système public les cas plus complexes et plus graves. Finalement, si la clinique privée est payée à taux forfaitaire pour chaque cas, le système public pourrait se retrouver finalement à surpayer pour ces services.

## › Efficience des soins chirurgicaux

Le processus chirurgical — examens préopératoires, admission, anesthésie, chirurgie et convalescence — est l'un des aspects les plus complexes de la prestation des soins aux patients et accapare la plus grande part du budget d'un hôpital. Les activités chirurgicales d'un hôpital, qui font appel à presque tous les services, comme la radiologie, les laboratoires, les soins infirmiers, les autres spécialités médicales et l'administration, sont déterminantes pour évaluer l'efficience et la sécurité du fonctionnement d'un hôpital. Les chirurgies annulées, retardées ou inefficaces coûtent non seulement plus cher au système, elles augmentent l'utilisation des lits de l'hôpital, contribuent à engorger l'urgence, diminuent la sécurité des procédures, minent le moral du personnel et augmentent la frustration de tous les professionnels concernés.

Comme le démontrent les projets rapportés dans ce rapport, il existe toute une gamme de mesures relativement simples, qui relèvent du bon sens et sont souvent peu coûteuses, pour améliorer l'efficience des services chirurgicaux. Il s'agit notamment de :

- Regrouper les patients sur une liste commune. Cette simple mesure a des effets immédiats et importants parce qu'elle permet aux patients de voir le premier chirurgien disponible, sans pour autant les empêcher de voir le chirurgien de leur choix.
- Présélectionner et bien informer tous les patients qui doivent subir une chirurgie. Il ne s'agit pas seulement d'identifier les patients à haut risque de complications avant l'intervention, mais aussi d'offrir le support nécessaire aux patients qui doivent modifier certains facteurs de risques, comme arrêter de fumer, par exemple. Il s'agit aussi de coordonner tous les examens préopératoires, comme les analyses sanguines ou la radiologie, et d'évaluer la pertinence de l'intervention.
- Planifier la convalescence avant la chirurgie. Beaucoup moins de patients sont réadmis à l'hôpital si les soins à domicile sont bien planifiés.
- Commencer toutes les interventions à l'heure, particulièrement la première de la journée, pour réduire les annulations et reports de cas.
- Standardiser les équipements chirurgicaux par type d'intervention plutôt que par chirurgien. Cela facilite l'assistance opératoire et permet l'achat de matériel en gros. Lorsque nécessaire, les listes de préférences des chirurgiens doivent être à jour et accessibles.
- Pour un même programme opératoire, regrouper des interventions similaires. Ceci permet d'améliorer l'efficience, de mieux prévoir le début des interventions et de mieux profiler le parcours des patients pour éviter les délais. Ainsi, un chirurgien entreprend une intervention à 14 h 15 alors qu'un autre commence à 15 h dans la salle voisine. Les chirurgiens ou les assistants peuvent passer d'une salle à l'autre pour aider lors des incisions ou des sutures, alors que le personnel d'entretien peut désinfecter les salles au fur et à mesure qu'elles sont libres.
- Moderniser les systèmes d'information électroniques où sont inscrits les patients en attente de chirurgie de manière à ce que les médecins, les hôpitaux et les directions de la santé puissent avoir accès à des informations exactes, fiables et bien à jour, pour mieux organiser le cheminement des patients à travers le processus chirurgical.
- Standardiser les protocoles de soins postopératoires pour que tous les patients reçoivent les meilleurs traitements. Il s'agit, par exemple, d'aider les patients à se lever ou à marcher quelques heures après l'intervention plutôt que le lendemain, ou d'assurer un soulagement adéquat de la douleur postopératoire.
- Soutenir le recours aux infirmières cliniciennes ou spécialisées qui peuvent jouer un rôle en anesthésie et pour l'assistance opératoire.

# Amélioration des registres d'accès aux chirurgies

## BC Surgical Patient Registry (SPR)

Le registre Internet actuel des temps d'attente de Colombie-Britannique est inexact et inconsistant; il est donc difficile de s'y référer en tant qu'outil de gestion. Dans son ensemble, l'information sur les services chirurgicaux n'est pas à jour dans la province, comme c'est le cas ailleurs. La Colombie-Britannique a toutefois entrepris de changer cette situation. Il y a deux ans, la province a lancé le *Provincial Surgical Services Project* (PSSP), un effort ambitieux de collaboration entre le ministère de la Santé, les six directions de la santé de la province, les chirurgiens, l'Association médicale de Colombie-Britannique, la Faculté de médecine de l'Université de Colombie-Britannique et la Commission des services médicaux de Colombie-Britannique. Bien que le projet soit coordonné par la *Provincial Services Health Authority* (PHSA), aucun responsable provincial n'a été désigné.

L'objectif du PSSP est de réorganiser les services chirurgicaux afin que l'accès en soit plus équitable et plus rapide, et de s'assurer de la pertinence des interventions. Après un peu plus de deux ans et des investissements de cinq millions de dollars, le nouveau *BC Surgical Patient Registry* (SPR) est

sur le point de voir le jour. Ce registre Internet reflète les listes d'attente en temps réel et rend possible de suivre la trace de tous les patients en attente d'une chirurgie électorale. Élaboré à partir du registre de la Saskatchewan (voir le *Saskatchewan's Surgical Care Network*, page 31), la version de C.-B. a été adaptée pour une population beaucoup plus importante.

« L'objectif est de réduire drastiquement les listes d'attente », dit Brian Schmidt, vice-président senior de la PHSA pour les services provinciaux de santé publique et de santé des populations, et responsable du Comité directeur du PSSP. « Sans informations exactes, nous n'y arriverons jamais. »

Le nouveau SPR été conçu avec succès et promet d'avoir des répercussions importantes sur le système actuel. Comme le dit M. Schmidt, « nous serons désormais en mesure de comparer des pommes avec des pommes ». Les responsables du projet espéraient que le registre soit entièrement opérationnel à la fin de mars 2007, mais un processus de consultation plus lent que prévu entre les médecins et les responsables du SPR les a forcés à viser plutôt la fin de l'année. Contrairement à ce qui s'est passé en Saskatchewan et en

Ontario, l'Association médicale de C.-B. a participé activement à la mise en forme du registre. Les médecins de cette province ont négocié les conditions d'utilisation de l'information contenue dans ce registre. Ces conditions sont basées sur neuf principes édictés par l'association, qui n'ont pas encore été rendus publics.

L'enjeu est de savoir exactement comment sera utilisée l'information recueillie par le moyen d'un formulaire électronique appelé « outil de priorisation clinique ». Cet outil est conçu pour permettre aux directions de la santé et aux chirurgiens de s'assurer que les gens qui ont le plus besoin d'être opérés le soient en premier. Cela affectera le mode de fonctionnement de certains chirurgiens. Les chirurgiens qui ont œuvré au PSSP ont développé l'outil pour 13 spécialités chirurgicales telles l'orthopédie, l'ophtalmologie et la neurochirurgie. Le travail est à compléter pour une spécialité.

Le président élu de l'Association médicale de C.-B., le Dr Geoff Appleton, affirme que les neuf principes comprennent les conditions d'accessibilité au registre tout en garantissant le respect de la vie privée des patients et « l'indépendance des médecins ».

« Deux ou trois (principes) portent essentiellement sur la relation chirurgien/patient que nous voulons garder intacte », dit M. Appleton.

L'entente prévoit aussi le versement par le gouvernement provincial d'un montant de quatre millions \$ sur deux ans afin de compenser les chirurgiens pour le temps consacré à compléter des formulaires d'évaluation clinique. Appleton dit qu'à compter de décembre, les chirurgiens de C.-B. devront compléter cet outil d'évaluation

clinique pour que leurs patients puissent être inscrits au registre provincial.

À ce jour, il n'y a que 25 % des chirurgiens qui utilisent le registre. Éventuellement cependant, tous les chirurgiens qui pratiquent des interventions financées par le système public, que ce soit dans des établissements privés ou publics, devront participer au registre.

Une note positive, M. Schmidt affirme que le gouvernement provincial lui a garanti le financement du registre pour l'année suivante. Un autre point positif, c'est que les chirurgiens devront participer au registre pour pouvoir réserver du temps opératoire. Le registre de la C.-B. ne sera cependant pas aussi proactif que ceux de la Saskatchewan et de l'Ontario (voir pages 31–33). Il reste à voir si cela pourrait compromettre les efforts déployés en Colombie-Britannique pour améliorer le système de santé public dans son ensemble.

En résumé, bien qu'il y ait en Colombie-Britannique un certain nombre d'initiatives visant à réduire les temps d'attente pour les chirurgies électives, le *leadership* à l'échelle provinciale ne semble pas toujours soutenir ces efforts. Plusieurs projets n'existent que dans certaines parties du système plutôt que dans son entièreté. Même le PSSP, qui est pourtant une initiative provinciale, demeure sous la responsabilité individuelle des directions de la santé, qui le gèrent sur la base des principes énoncés par l'Association médicale de C.-B., plutôt que par le ministère de la Santé. Les projets déployés par d'autres provinces sur l'ensemble de leur territoire méritent d'être examinés pour nous encourager à aller dans cette direction.

# Innovations dans le secteur public hors Colombie-Britannique

## **Alberta Hip and Knee Replacement Project**

Comme l'ont démontré les exemples cités précédemment, la Colombie-Britannique peut être fière de ses efforts de renouvellement du système public de soins de santé. Parmi les nombreuses initiatives lancées dans les autres provinces, la plus intéressante est sans doute le *Alberta Hip and Knee Replacement Project*, mené conjointement par le *Alberta Bone and Joint Health Institute*, des chirurgiens orthopédistes, des départements de santé régionaux et le gouvernement albertain. Le projet-pilote d'une année, maintenant complété, a été cité en exemple dans l'ensemble du pays pour illustrer de quelle manière des changements simples et relevant du bon sens peuvent régler des problèmes qui semblaient insolubles. Ce projet combine des éléments du *North Shore Joint Replacement Access Clinic* de Vancouver Nord et des projets *Richmond* et *UBC Hip and Knee Reconstruction Projects*, mais va encore plus loin que ces derniers. Le projet a maintenant établi les standards de soins en matière de remplacements articulaires dans les régions sanitaires de Calgary, de la Capitale et de David Thompson,

et trois autres régions ont manifesté leur intérêt pour ce modèle.

Le projet-pilote a été lancé en avril 2005 grâce à une subvention de 20 millions \$ du gouvernement albertain. Il s'agit d'un modèle de dispensation des soins ajustée aux besoins de la communauté desservie, où sont centralisés dans des cliniques autonomes tous les services requis pour l'investigation, le diagnostic et le traitement des maladies articulaires, selon le principe du « guichet unique ». Les cliniques sont situées à Edmonton, Red Deer et Calgary.<sup>23</sup> Les patients y arrivent préparés en partie par leur médecin de famille, qui les réfère avec un dossier de deux pages comprenant notamment les antécédents médicaux et les différents traitements déjà subis par le patient. Les patients se voient alors offrir les services du premier chirurgien disponible ou du chirurgien de leur choix. Le système de référence prévoit aussi l'identification des cas jugés urgents par le médecin de famille.

À la clinique, une équipe multidisciplinaire évalue les besoins des patients et si leur état de santé leur permet de subir une chirurgie. Si des changements s'imposent avant la chirurgie (comme de perdre du poids ou d'arrêter de fumer), les

patients bénéficient d'un soutien. S'il y a des inquiétudes quant au déroulement de leur convalescence, les dispositions nécessaires sont prises avant l'intervention pour planifier la réadaptation ou les soins à domicile. Un gestionnaire de cas est assigné aux patients pour les aider à naviguer à travers le système. Le résultat de tout ce travail fait en amont de la chirurgie est d'avoir radicalement diminué le temps d'attente moyen, les différents délais d'attente et les annulations de dernière minute. Comme le démontre une étude réalisée par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le tiers du temps d'attente des patients pour subir une chirurgie de la hanche ou du genou se déroule avant le premier rendez-vous avec un chirurgien.<sup>24</sup>

Le projet albertain met en évidence une autre mesure simple, mais efficace. Au début de leur démarche en vue d'être opérés, les patients signent un contrat qui fait d'eux un partenaire à part entière dans le processus. En effet, l'une des prémisses du projet est que nous sommes tous responsables de l'amélioration de notre système de santé. Les dirigeants du projet sont d'avis que le public ne doit pas se contenter d'espérer que quelqu'un veille à leur meilleur intérêt. Le projet encourage donc les patients à poser des questions, à exiger des réponses et, ce faisant, « d'être tenus personnellement responsables de leur propre état de santé, ainsi que des succès et des échecs du système de santé ».<sup>25</sup>

S'appuyant sur les données probantes tirées de la recherche scientifique dans le domaine des remplacements articulaires, le projet standardise tous les aspects des soins, depuis l'équipement nécessaire à l'opération, en passant par le traitement de la douleur en postopératoire, jusqu'à la fréquence des visites durant la convalescence. L'accessibilité, la qualité et les coûts des services sont constamment évalués. Le modèle présente deux autres avantages : les résultats quant à la performance des services sont communiqués publiquement, et une politique en vertu de laquelle les services qui ne s'appuient pas sur des données

scientifiques probantes perdent leur financement public, financement qui est alors redirigé vers des services publics qui ont fait leurs preuves. Idéalement, le système pourrait aller jusque-là.

Pour le Dr Cy Frank, coprésident de l'*Alberta Bone and Joint Institute* et l'un des principaux architectes du projet, l'objectif est de réduire le plus possible les variations à l'intérieur du système, pour le rendre aussi prévisible que possible. Par exemple, Dr Frank, qui est aussi professeur à l'Université de Calgary, a constaté que les sept chirurgiens d'une unité de médecine sportive pratiquaient différemment les arthroscopies (insertion d'une petite caméra dans une articulation pour en visualiser les structures). « Ils utilisaient des champs stériles et des instruments différents », rapporte Dr Frank. « Nous les avons alors informés des répercussions de leur différentes pratiques sur les coûts et leur avons demandé de justifier cet état de fait. Après un mois, les coûts unitaires des procédures de tous les chirurgiens gravitaient autour du coût le plus faible, avec au plus 10 % d'écart ».

Quand le modèle sera établi partout à travers la province, s'il l'est, Cy Frank prévoit des économies potentielles pour tout le système, parce que, selon lui, les meilleures pratiques coûtent moins cher. Le défi, c'est de développer le projet à plus grande échelle. Les médecins ont une longue histoire de pratique indépendante. Ils résistent à modifier leurs pratiques tant qu'ils ne sont pas convaincus qu'il est préférable de faire les choses autrement. Le projet a tout pris en compte dans son évaluation : le temps d'attente total (depuis le moment où le médecin de famille réfère un patient au chirurgien, jusqu'à un an après la chirurgie), les résultats de l'intervention, la satisfaction du patient, la sécurité, l'observance et la qualité de vie. Une évaluation intérimaire a révélé que :

- Le délai d'attente entre le moment où le médecin de famille réfère le patient à un chirurgien et la consultation avec

ce spécialiste a chuté de 80 %, passant de plus de 8 mois à 6 semaines. Cette amélioration à elle seule compte pour 41 % de diminution des temps d'attente totaux;

- Le délai d'attente entre la consultation avec le chirurgien et la chirurgie a diminué de 90 %, passant de 11 mois à 4,7 semaines;
- La durée de séjour à l'hôpital a diminué de 30 %, passant de 6 à 4 jours;
- Le taux de satisfaction des patients s'est amélioré selon sondage.

Bien que les patients aient largement bénéficié du projet et que le nombre de chirurgiens participants soit passé de 13 à 45, il y a encore de la résistance de la part de certains médecins. Certains déplorent de devoir travailler dans un second bureau dans une clinique communautaire, alors que d'autres s'opposent au modèle parce qu'il va à l'encontre de la culture de la pratique médicale solo, solidement ancrée au sein de la profession.

« Notre système a longtemps fonctionné avec des praticiens indépendants, qui exerçaient chacun à leur façon. Il y a une résistance au changement parce que chacun croit que sa façon de faire est nécessairement la meilleure. Mais, avec résultats obtenus, les gens vont finir par accepter cette forme de pratique commune. Des chirurgiens qui ne faisaient pas partie du projet à l'origine veulent maintenant participer à cette nouvelle façon de pratiquer. Ils changent volontairement parce que nous leur apportons des données probantes », explique le Dr Frank.

Le défi est d'attirer encore plus de chirurgiens pour que le modèle soit encore plus efficace et plus efficient pour eux. Pour ce qui est du financement public, Frank dit que l'Institut travaille en étroite relation avec les autorités des régions sanitaires pour conclure de nouvelles ententes de service.

« Je suis très optimiste », dit Cy Frank. « C'est la pointe de l'iceberg des changements requis

pour améliorer l'accès à des soins de santé de meilleure qualité, à meilleur compte, tous ces éléments étant interreliés. Nous avons déjà un excellent système de santé, mais nous pouvons faire encore mieux. »

### **Saskatchewan's Surgical Care Network**

Le gouvernement de la Saskatchewan a été le premier au pays à mettre en place un système d'évaluation et de suivi de tous les patients en attente de chirurgie. Lancé en mars 2002, le *Saskatchewan Surgical Care Network* (SSCN) constitue la base de données la plus complète en ce domaine au Canada; il a posé les bases des registres que de nombreuses autres provinces sont à mettre en place. Ce qui lui donne son caractère si remarquable, c'est qu'il est proactif plutôt que passif. On se contente habituellement d'afficher sur Internet le nombre de patients en attente de certaines chirurgies. C'est à peu près tout. On espère alors que les patients qui consulteront la liste seront enclins à choisir un chirurgien dont la liste d'attente est moins longue, ou que les chirurgiens qui ont de longues listes d'attente inciteront les patients à consulter un autre chirurgien. Mais en général, ce n'est pas ce qui arrive. Les patients sont habituellement réticents à changer de médecin, et les chirurgiens partagent rarement leurs listes. L'autre problème, c'est que ces listes ne sont pas souvent à jour, elles sont inconsistantes et non vérifiables parce que les données y sont consignées selon diverses méthodes. Des études ont démontré que 30 % des noms inscrits sur ces listes ne sont pas valides, parce qu'il peut s'agir de noms inscrits sur plus d'une liste, de patients n'ayant plus besoin de chirurgie, qui ont déménagé, qui ont déjà subi leur intervention ou qui sont décédés.<sup>26</sup> Ce qui est plus important encore, c'est que ces listes sont passives, en ce sens que personne n'est tenu de rendre des comptes sur l'utilisation des données pour raccourcir les listes d'attente.



Les registres proactifs, à l'inverse, sont constitués à partir de données fiables, recueillies de manière standardisée, et mises à jour quotidiennement. Cette information peut donc être utilisée par les patients, les médecins et, plus important encore, par les directions de santé dans le but de diminuer les temps d'attente. Les registres proactifs ont comme objectif de *gérer* les listes d'attente plutôt que de simplement *faire rapport* sur les listes d'attente. Il est important toutefois de préciser qu'aucune liste d'attente, qu'elle soit active ou passive, n'empêche les patients de choisir leur médecin. Ils ont toujours le droit de choisir le chirurgien qui pratiquera leur intervention. Évidemment, selon le choix qu'ils font, ils peuvent attendre plus ou moins longtemps.

Peter Glynn, président fondateur du SSCN, coprésident depuis cinq ans et consultant en politique, planification et gouvernance dans le domaine de la santé, établi à Kingston, dit que l'idée du registre a surgi lorsqu'il est apparu qu'en matière de listes d'attente, personne n'avait de données exactes, et conséquemment personne ne s'entendait sur ce qui devait être fait.

Les discussions sur les délais se faisaient dans un contexte « où tout le monde y allait de ses opinions et de ses conjectures, mais où personne n'avait de données sur les faits » dit M. Glynn. « Notre objectif était donc de recueillir les faits, de mesurer et de surveiller la situation et, plus important encore pour les directions de santé et les hôpitaux, de gérer l'accès en se basant sur "qui attend quoi" ».

Auparavant, les chirurgiens conservaient cette information dans leur ordinateur, sur des fiches ou ailleurs. Les améliorations ont commencé à se faire sentir lorsque le gouvernement a donné aux directions de santé la technologie nécessaire, des règles standardisées et des critères consistants de *priorisation* pour établir des données exactes et fiables. En contrepartie, les directions devaient s'assurer de fournir les soins aux patients dans des délais acceptables.

La désignation des responsables a été cruciale, insiste M. Glynn. Bien que les chirurgiens soient impliqués dans tous les aspects et tout au long du processus, ce sont maintenant les directions régionales de la santé qui ont la responsabilité de gérer l'accessibilité aux soins, en partenariat avec les chirurgiens. Autre facteur également important : les chirurgiens doivent passer par le registre pour pouvoir inscrire une intervention dans le programme opératoire d'un hôpital. Et, plus important encore, cette nouvelle forme d'imputabilité est encadrée dans les lois provinciales. Malgré une certaine inquiétude de leur part, les chirurgiens ont constaté que s'ils collaborent à un système efficient et que si, malgré tout, des patients attendent trop longtemps, le gouvernement injectera les montants nécessaires pour corriger le problème.

Comme Peter Glynn le rappelle : « Tout ceci concerne les patients ». Toutes les directions de santé en Saskatchewan ont un coordonnateur des soins chirurgicaux. Les patients peuvent téléphoner à un poste précis pour obtenir leur rang sur la liste d'attente, quels chirurgiens de leur région ou d'ailleurs dans la province ont les plus courtes listes d'attente, et quel niveau de priorité leur a été assigné. Le classement traditionnel des priorités était : très urgent, urgent ou électif, mais cette classification laissait beaucoup de place à l'interprétation. Le nouveau système, mis au point par un comité formé de médecins et d'autres professionnels de la santé, évalue les patients et les classe dans l'une des cinq nouvelles catégories, lesquelles correspondent à un temps d'attente cible. Par exemple, s'il est classé urgent, un patient doit être opéré dans les 24 heures, alors qu'un patient classé niveau I, le deuxième niveau de priorité, doit être traité en 3 à 6 semaines.

Le SSCN fournit une gamme d'informations sur les temps d'attente, les listes d'attente, les lieux de pratique des médecins et leurs spécialités. Depuis son implantation, le délai entre la décision de procéder à une intervention et



l'intervention elle-même a diminué de façon constante alors que le nombre d'interventions effectuées est en augmentation. Une fois la décision prise, la moitié des patients attendent moins de cinq semaines, et plus de 80 % attendent moins de six mois.

Malgré tout, certains patients de la Saskatchewan attendent toujours trop longtemps, particulièrement en orthopédie, en chirurgie plastique et en ophtalmologie. Le défi de la province est maintenant de déterminer comment mettre en place de nouvelles initiatives malgré la pénurie mondiale de travailleurs de la santé.

Peter Glynn considère qu'on peut aborder la résolution de ces problèmes en faisant les choses différemment, notamment en diminuant la durée des séjours et en donnant un rôle plus important à certains intervenants, en formant par exemple des infirmières en anesthésie. Le gouvernement tente aussi de réduire le taux d'occupation dans les hôpitaux en augmentant le nombre de chirurgies d'un jour.

Dans la mesure où l'on considère l'ancien Premier ministre de la Saskatchewan, Tommy Douglas, comme le fondateur du système de santé public canadien, la position de leader de la Saskatchewan dans cette nouvelle réforme de la santé va de soi. Toutefois, selon M. Glynn, l'amélioration de l'efficacité du système public de soins de santé est encore loin de se comparer aux initiatives mises en place dans l'industrie depuis des années. Il constate tout de même que lorsque le système public adopte le même genre de mesures, ses gains sont comparables.

### **Ontario's Wait Time Strategy**

En 2004, l'Ontario a lancé la *Wait Time Strategy* (WTS), un effort ambitieux, à multiples facettes, financé à près d'un milliard de dollars, pour réduire les temps d'attente. Bien que le montant semble important, il faut se rappeler qu'il ne s'agit que de 3 % du budget attribué à la santé en Ontario. La province a ciblé cinq secteurs

où la demande était la plus forte : la chirurgie cardiaque, la chirurgie du cancer, la chirurgie de la cataracte, la chirurgie de la hanche et du genou, et les examens d'imagerie par tomodensitométrie (CT-Scan) et résonance magnétique (IRM). L'objectif premier de cette stratégie était de réduire les délais pour 90 % des patients en attente de soins dans ces cinq secteurs avant décembre 2006. Cet objectif a été atteint, avec plus de succès dans certains secteurs que d'autres. Selon les plus récentes données du gouvernement (septembre 2006), les objectifs ont été atteints en chirurgie cardiaque et du cancer, mais pas pour les trois autres secteurs.<sup>27</sup>

Il est important d'essayer de départager si les améliorations notées sont principalement attribuables à un financement considérable ou à de sérieux changements dans l'organisation des soins pour en améliorer l'efficacité. Les recherches ont d'ailleurs souvent documenté que l'injection d'argent seule ne produisait pas des améliorations durables et, dans certains cas, empirait les choses en favorisant les chirurgies inutiles.<sup>28</sup>

« Au début, il ne s'agit que d'argent permettant de traiter plus de cas, » dit le responsable de la WTS, le D<sup>r</sup> Alan Hudson. « Mais par la suite, on commence à devenir de plus en plus efficace parce que, au fur et à mesure que l'on dispose de données plus fiables, on peut améliorer la gestion des services. »

Ces premières réductions des délais d'attente ne marquent que le début de ce qui promet d'être un long et ambitieux voyage. L'objectif de la stratégie était une amélioration marquée de l'accès aux services et une réduction des temps d'attente pour une plus large gamme de services et ce, avant la fin de l'an dernier.

Comme dit le D<sup>r</sup> Hudson : « Il ne s'agit pas de délais d'attente, il s'agit d'introduire en Ontario des systèmes de soins entièrement nouveaux. »

Une tâche de cette envergure exige un engagement d'égale importance et une coopération de la part du gouvernement, des conseils

d'administration des hôpitaux, des fournisseurs de soins, du public et des nouvelles structures ontariennes de coordination régionale, comme les Local Health Integration Networks (LHIN). Comme l'écrivaient récemment les responsables de la WTS, pour qu'elle réussisse, cette initiative gouvernementale doit susciter, développer et soutenir un changement de comportement qui rendra tout le monde responsable de l'atteinte des objectifs en matière de réduction des temps d'attente.<sup>29</sup>

Les éléments suivants sont essentiels à la réalisation du plan ontarien de réduction des temps d'attente :

**Un financement ciblé.** Au cours des deux dernières années, l'Ontario a consacré 614 millions \$ de plus pour environ 657 000 interventions supplémentaires. Si l'on ajoute les achats d'appareils de scans et de résonance magnétique, ces dépenses approchent le milliard de dollars.

**L'imputabilité.** Les conseils d'administration des hôpitaux sont maintenant responsables de la gestion de l'accès aux soins de santé. Pour pouvoir recevoir un financement supplémentaire, ils doivent signer un contrat à cet effet. Les hôpitaux qui effectuent plus d'interventions reçoivent plus d'argent, contrairement au mode de financement traditionnel, où un plus grand nombre de procédures signifiait un dépassement du budget hospitalier.<sup>30</sup>

**La technologie de l'information.** La standardisation de la collecte des données pour produire une liste d'attente commune permet de repérer, de suivre et d'améliorer l'accessibilité tout en donnant aux patients la possibilité de comparer les délais d'attente ailleurs en province. L'effort a consisté à passer de 150 systèmes d'information à un seul. Le système gère maintenant environ 80 % des données de l'attente en chirurgie avec la participation de 60 % des chirurgiens de la province.

**Les équipes d'encadrement périopératoire.** Habituellement constituées d'une infirmière en chirurgie, d'un anesthésiste et d'un chirurgien, ces équipes agissent comme consultant auprès des blocs opératoires, du personnel médical et hospitalier pour améliorer leur efficacité. Au début, tout s'est fait sur une base volontaire, mais aujourd'hui, le gouvernement envoie ces équipes partout dans la province, que les hôpitaux en fassent la demande ou non.

Aussi impressionnantes que soient les premières réalisations de cette stratégie, elle fait encore face à de nombreux obstacles. À l'approche des élections provinciales prévues pour octobre 2007, la WTS est devenue un enjeu politique brûlant. Les critiques font valoir que l'information sur l'état des patients, la pertinence des interventions, la qualité et la sécurité de services n'est toujours pas disponible. Cette information est essentielle pour faire une véritable évaluation; effectuer un plus grand nombre d'interventions, plus rapidement, ne signifie pas nécessairement qu'elles sont mieux faites. Le projet accuse aussi un retard pour ce qui est de la pleine participation des 14 LHINS, qui ont maintenant le statut légal leur permettant d'être les superviseurs régionaux de l'ensemble du processus. Comme si ce n'était pas suffisant, la stratégie est minée par la pénurie de main-d'œuvre, particulièrement d'infirmières, d'infirmières praticiennes, d'inhalothérapeutes et de techniciens en imagerie médicale.

Bien que l'expérience ontarienne ne se déroule pas aussi rapidement et aussi profondément que prévu, les efforts déployés en ce sens sont considérables et les réussites nombreuses. La stratégie s'apprête à s'attaquer aux temps d'attente pour toutes les procédures de chirurgie générale, pour les procédures orthopédiques (pas seulement les remplacements articulaires) et ophtalmologiques (pas seulement pour la chirurgie de la cataracte). Une étude commandée par la WTS à l'*Institute for Clinical Evaluative Science (ICES)* sera bientôt rendue publique, rapporte le D<sup>r</sup> Hud-

son, qui ajoute que les études sur la pertinence des examens d'imagerie pourraient éliminer les délais d'attente dans ce domaine. (Par exemple, 90 % des résultats d'examens d'imagerie demandés pour des maux de tête sont négatifs, mentionne-t-il).

Il ne fait aucun doute que l'Ontario a initié un vent de changement. Le défi est maintenant

de s'assurer que ces initiatives seront centrées sur les résultats obtenus quant à la santé des patients, sur les façons d'évaluer la pertinence des interventions et sur la collaboration au sein d'un système de prestation public, financé publiquement.



# Au-delà de la gestion des listes d'attente

À première vue, les changements illustrés dans ce document en matière de pratiques et de politiques de soins de santé peuvent sembler onéreux, d'autres juridictions ont prouvé que ce n'était pas le cas. Ils représentent un pas significatif vers l'élimination des délais d'attente déraisonnables, mais ce n'est que la première de nombreuses étapes. Un aspect crucial, mais souvent ignoré des délais d'attente s'inscrit dans la dynamique d'utilisation de l'hôpital. Les solutions à long terme doivent viser à réduire la pression sur les services hospitaliers, pour que l'hôpital puisse répondre aux besoins fluctuants en soins aigus tout en réalisant un nombre adéquat de chirurgies électives. L'Association canadienne des médecins d'urgence déclarait d'ailleurs récemment que plus de 20 % des lits d'hôpitaux étaient occupés par des patients qui seraient mieux pris en charge en établissements de soins de longue durée ou avec des soins à domicile de qualité.<sup>31</sup>

Le débordement des urgences dépend étroitement du taux d'occupation de l'hôpital. Une récente étude britannique révélait que lorsque le taux d'occupation dépassait 85 %, les risques pour les patients augmentent et que les hôpitaux de soins aigus sont souvent à court de lits. Quand

le taux d'occupation monte à 90 %, c'est la crise en termes de manque de lits.<sup>32</sup> L'expérience canadienne démontre que, plus souvent qu'autrement, le manque de lits est en cause dans l'annulation des chirurgies électives. Le manque de cliniques ouvertes 24 heures et sept jours empire encore la situation. Le résultat, c'est que de nombreuses personnes dont les problèmes de santé ne sont pas urgents se présentent aux urgences des hôpitaux.<sup>33</sup>

Un autre rapport britannique soulignait que la meilleure façon de diminuer le temps d'attente à l'urgence et de réduire le nombre de chirurgies annulées est de s'assurer qu'un plus grand nombre de lits soit disponible. Et une des meilleures façons de libérer des lits est d'améliorer l'accès aux soins dans la communauté.<sup>34</sup> Pourtant, la Colombie-Britannique a choisi une autre direction. Selon un rapport de 2005 du Canadian Centre for Policy Alternatives, l'accès aux soins de longue durée et aux soins à domicile a connu une diminution entre 2001 et 2004, malgré le vieillissement de la population et le rationnement qui a eu lieu pour les soins aigus.<sup>35</sup> Améliorer l'accès aux soins nécessaires dans la communauté est un moyen essentiel pour réduire la pression sur

le système hospitalier, plus dispendieux, et pour rendre plus fluide le fonctionnement des blocs opératoires pour les chirurgies électives. Le CCPA

rendra bientôt public un rapport qui décrit comment réaliser tels changements au sein du système public de santé.

# Conclusion

Il n'existe aucune solution simple et rapide pour venir à bout des délais d'attente. Comme le démontre ce document, il faut travailler avec acharnement et faire preuve d'une véritable volonté d'abandonner les vieilles habitudes.

Comme le démontre aussi ce rapport, certaines personnes au sein du système public sont déterminées à faire tout ce qu'il faut en ce sens. À tous les niveaux, des gens mettent de l'avant — lentement dans certains cas, plus rapidement dans d'autres — une gamme de stratégies qui transforment les soins de santé. Des initiatives particulièrement encourageantes comme le Richmond Hip and Knee Reconstruction Project, le North Shore Joint Replacement Access Clinic et le Alberta Hip and Knee Replacement Project sont particulièrement prometteurs. Ces efforts ont démontré leur valeur. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, les équipes de chirurgie de l'ensemble du pays ont effectué l'an dernier 40 000 interventions de plus qu'en 2005 dans les services identifiés comme prioritaires en matière de délais d'attente. En une année, les remplacements de la hanche et du genou ont bondi de 12 % et les chirurgies de la cataracte de 10 %. Même des secteurs moins prioritaires, comme

les chirurgies autres que pour une cataracte, et d'autres chirurgies orthopédiques ont connu des augmentations significatives.<sup>36</sup> Ces bonnes nouvelles, commentées dans un éditorial optimiste quoique prudent du *Globe and Mail*, ne sont peut-être pas la preuve définitive que le système est plus efficace dans son ensemble, mais elles suggèrent tout de même « que notre système de santé a amorcé le virage ».<sup>37</sup>

Alors que plusieurs personnes impliquées dans ces projets et d'autres savent comment maintenir le *momentum*, la grande question qui se pose en Colombie-Britannique est de savoir si le gouvernement soutiendra ce type d'innovations. Les *leaders* de ces projets de réorganisation ont besoin d'appuis. En l'absence de planification des ressources humaines en santé à l'échelle nationale, ces gens sont constamment aux prises avec une pénurie de professionnels de la santé. Si les réformes ne mettent pas fin aux pénuries, elles peuvent tout de même contribuer à en diminuer les effets en permettant à différentes catégories de travailleurs de la santé de jouer un rôle plus important, en améliorant l'efficacité du système, et aussi en s'assurant de la pertinence des inter-

ventions, donc en faisant diminuer la demande de chirurgies.

Le système de santé est extrêmement complexe. D'un côté, il s'agit souvent d'un mélange discordant de politiques provinciales et fédérales, de lutte de pouvoir entre groupes de professionnels, de revendications corporatistes et de points de vue académiques. De l'autre côté, le secteur comprend des équipes de professionnels hautement qualifiés, dévoués et déterminés, qui se battent pour le maintien d'une tradition chère au cœur des Canadiens, à savoir contribuer au bien public. Ces deux scénarios constituent la réalité de notre système de santé.

Si notre priorité est d'offrir des soins centrés sur les besoins des patients, il est facile de savoir laquelle des deux visions doit prévaloir. Le gouvernement de Colombie-Britannique doit jouer son rôle et déclarer clairement quel est son camp. Jusqu'à présent, son choix n'est pas clair. Lorsque le Premier ministre Gordon Campbell a annoncé le lancement de la *BC Conversation on health*, il a laissé entendre que l'engagement du secteur public dans le système de santé n'était plus viable financièrement, suggérant du même souffle que nous devrions envisager un rôle accru des assureurs et des fournisseurs privés. Mais est-ce vraiment ce que les résidents de Colombie-Britannique veulent ? Avons-nous la preuve que les projets à but lucratif comme la sous-traitance et les chirurgies d'un jour en clinique privée assurent des meilleurs soins à la majorité de la population ? Au contraire, il est démontré que les services privés à but lucratif coûtent plus cher à la société, sont moins sécuritaires pour les patients et mettent en péril le système public. De plus, à notre avis, il y a de bonnes raisons de s'inquiéter du soutien récemment accordé par le gouvernement à la proposition formulée par le nouveau président de l'Association médicale canadienne, le D<sup>r</sup> Brian Day, qui suggère un nouveau modèle de financement pour les hôpitaux basé sur les expériences menées au Royaume-Uni. Ces préoccupations sont examinées en annexe.

Le gouvernement de Colombie-Britannique doit changer d'orientation, cesser de faire la promotion des cliniques privées et devenir l'âme de la réforme des listes d'attente. Il peut le faire par les mesures suivantes :

- Répéter et étendre les succès obtenus à Vancouver Nord, Richmond et à l'Université de C.-B. en accordant des ressources ciblées et en prenant les mesures pour que ces initiatives deviennent la norme et non l'exception. Bien que la plupart de ces innovations ne concernent que la hanche et le genou, il n'y a aucune raison pour qu'elles ne soient pas étendues à toute une gamme de spécialités;
- Faire en sorte que l'imputabilité quant à l'accès aux soins chirurgicaux et à la gestion des listes d'attente passe des chirurgiens individuels à des groupes régionaux de chirurgiens, et des hôpitaux aux autorités régionales. Comme nous le soulignons dans ce rapport, la plupart des listes d'attente au Canada sont sous la responsabilité individuelle des chirurgiens, qui considèrent ce rôle comme une partie intégrante de leur autonomie professionnelle. Faire passer la responsabilité de la gestion des listes d'attente aux directions de santé, qui travailleraient en collaboration avec des médecins et d'autres professionnels de la santé, représente un changement de culture majeur, qui pourrait rencontrer la résistance de certains chirurgiens. Le gouvernement doit néanmoins agir en dépit de cette opposition prévisible puisque, comme l'indique ce rapport, la gestion régionale des listes d'attente, basée sur les besoins des patients, diminue significativement le temps que les patients passent à attendre. Au Canada, c'est la Saskatchewan qui a le mieux réussi ce virage parce que la province a pris



les choses en main et qu'elle y a affecté les ressources nécessaires. Là-bas, les responsables régionaux s'assurent que la standardisation des règles, ainsi que des pratiques basées sur les faits probants, guident la gestion du registre des temps d'attente. En Ontario, les équipes de formation périopératoires, formées d'infirmières gestionnaires de cas, d'anesthésistes et de chirurgiens, visent à atteindre des buts similaires.

Toutefois, la récente entente intervenue entre l'Association médicale de Colombie-Britannique, le ministère de la Santé et les directions de la santé pourrait limiter la capacité de la province de régler le problème des listes d'attente. Alors que le présent rapport fait état de médecins activement engagés dans de véritables changements du système par le biais du travail en équipe, l'entente semble vouloir laisser la plus grande part de la gestion et de la surveillance des listes d'attente aux chirurgiens individuellement. Il semble aussi qu'elle limite la capacité des directions de la santé de rediriger les patients. Si l'imputabilité de la

gestion des listes d'attente n'est pas transférée vers les groupes de chirurgiens, les directions de la santé et les autres professionnels de la santé, il n'y aura pas beaucoup de changements. Pourtant, les avantages des soins par équipe — pour les patients comme pour l'ensemble du système — sont inestimables.

Dans les organisations, qu'elles soient du secteur public ou du secteur privé, les hauts dirigeants édictent des conditions d'emploi pour assurer des standards de qualité et d'efficacité. Lorsqu'il est question d'efficacité et d'efficacité, les soins de santé publics ne sont pas différents. Où sont les leaders dont notre système de santé a un besoin urgent ? Le gouvernement de Colombie-Britannique relèvera-t-il le défi d'une gestion active des listes d'attente par le biais des directions de la santé ou se contentera-t-il de baisser les bras et de déclarer que le système public de soins de santé n'est plus viable ?

Nous souhaitons que cette contribution à la *BC Conversation on health* convaincre le gouvernement de donner aux résidents de Colombie-Britannique la bonne réponse à cette question.



# Annexe

## Comment saper les gains réalisés en C.-B. dans le domaine des listes d'attente : la proposition du Dr Brian Day, président élu de l'Association médicale canadienne, en faveur d'un modèle de marché des soins de santé inspiré du Royaume-Uni

Pendant que nous menions nos recherches en vue de la rédaction de ce document, le Dr Brian Day, président de l'Association médicale canadienne, propriétaire d'une clinique privée de chirurgie et ardent défenseur de la prestation privée des soins de santé, a formulé une nouvelle proposition pour régler le problème des listes d'attente. Au gouvernement, cette proposition a suscité un vif intérêt de la part du Premier ministre, du ministre des Finances et du ministre de la Santé.<sup>38</sup> Dr Day propose de créer un marché de soins de santé basé sur les récentes réformes menées au Royaume-Uni où les hôpitaux du *National Health Service* (NHS) doivent concurrencer entre eux et avec des cliniques privées pour recruter des patients et être financés par les fonds publics. Au Canada, ce modèle a été appelé « financement basé sur les activités » (*activity-based funding*), « financement basé sur les services » (*service-based funding*) et « financement centré sur le patient » (*patient-focused funding*). Au Royaume-Uni, l'appellation « financement basé sur les résultats » (*funding by results*) est employée.

### En quoi consistent les réformes menées au Royaume-Uni ?

Au Royaume-Uni, trois changements ont produit les conditions nécessaires pour que les soins de santé adoptent le modèle du marché. En 2003, on a d'abord décidé de financer publiquement des cliniques de chirurgie privées, appelées *Independent Sector Treatment Centre* (ISTC). Le mode de financement des établissements a ensuite été modifié, passant d'un financement annuel global et garanti à un « financement basé sur les résultats », accordé en fonction du volume de patients traités et du type de services donnés (ce nouveau mode de financement a débuté en 2004 et devrait être entièrement opérationnel en 2008). Un nouveau modèle de référence des patients a finalement été introduit l'an dernier. Les médecins de famille doivent maintenant offrir aux patients le choix d'un lieu d'opération pour des chirurgies électives, parmi quatre établissements dont l'un pourrait être une clinique privée (ISTC). Ainsi, les hôpitaux publics doivent dorénavant se faire concurrence, de même qu'avec les cliniques privées, pour recruter des patients. En novembre dernier, les hôpitaux publics ont

obtenu la permission de faire de la publicité en s'aidant de vedettes.<sup>39</sup>

Ironiquement, les cliniques privées (ISTC), elles, ne sont pas financées selon le modèle du « financement basé sur les résultats », elles reçoivent plutôt un financement garanti, sans égard au nombre de patients qu'elles traitent. En d'autres termes, alors que les hôpitaux du NHS doivent entrer en concurrence pour traiter assez de patients pour générer un revenu suffisant et ne pas s'endetter, les cliniques privées peuvent compter sur un financement stable, au moins jusqu'à la fin de 2008. Il est aussi important de noter que dans le cadre de ces réformes, le gouvernement a majoré le financement global des soins de santé de 7 % par année pour cinq ans, soit de mars 2002 à mars 2007, ce qui a contribué à la diminution générale des listes d'attente.

L'objectif avoué de l'introduction d'un marché de soins de santé est de tenter d'améliorer l'efficacité et de réduire les délais d'attente. Comme l'affirme D<sup>r</sup> Day dans un article publié pour la Chambre de commerce de Vancouver, si cette nouvelle forme de financement a pour conséquence la fermeture d'hôpitaux moins performants, « qu'il en soit ainsi ». <sup>40</sup> Dans le contexte actuel de la Colombie-Britannique, marqué par un manque de lits d'hospitalisation, serait-ce sensé de fermer des hôpitaux ? Ne serait-il pas mieux de développer des stratégies de collaboration (entre les hôpitaux et les directions régionales de santé) pour améliorer l'efficacité des hôpitaux moins performants ? Est-il possible pour des hôpitaux de collaborer dans un environnement où ils se livrent à la concurrence pour traiter le plus de patients possible, et où l'on demande à ces derniers de choisir leur lieu de soins en se basant sur des campagnes publicitaires et la célébrité des porte-parole ?

## **Arguments contre ces réformes inspirées du Royaume-Uni**

Depuis l'implantation de ces réformes, un certain nombre d'organisations professionnelles et de publications universitaires ont sonné l'alarme au Royaume-Uni. Une étude publiée en 2005 par le *British Medical Journal* mettait en garde contre la surenchère d'actes médicaux non pertinents ou inutiles, qui résultaient du « financement basé sur les résultats ». <sup>41</sup> Les chercheurs démontraient que les hôpitaux qui avaient adopté le nouveau mode de financement présentaient un plus grand nombre de patients hospitalisés en court séjour en provenance de l'urgence, que les hôpitaux financés globalement. Le nouveau mode de financement agissait comme incitatif financier à démultiplier les courtes hospitalisations plutôt qu'à suivre les patients sur une base externe.

Au plan des frais généraux d'administration, les données démontrent une augmentation des coûts et une baisse d'efficacité du système, plutôt que l'amélioration espérée. Une étude publiée dans *Health Policy*, qui comparait les coûts d'opération avant et après l'introduction du « paiement selon les résultats », concluait que si le coût par intervention avait diminué, les dépenses globales avaient augmenté. <sup>42</sup> Cela s'explique par les coûts plus élevés engendrés par la négociation des prix, la collecte de données, les contrôles et les mesures coercitives reliés au « financement basé sur les résultats » où chaque intervention doit avoir un prix, être vérifiée, enregistrée et revérifiée.

En plus des frais d'administration plus élevés et de la multiplication des interventions inutiles dans le NHS, la qualité et le coût des soins reçus dans les cliniques privées ont été remis en question. Nous avons déjà souligné, dans ce rapport, les inquiétudes manifestées par le *College of Surgeons* et la *British Medical Association* (BMA), à propos de la qualité des soins dans les ISTC et du nombre élevé de patients qui ont dû être admis dans les hôpitaux du NHS après avoir été traité dans les ISTC. Pour ce qui est des coûts,

le *Department of Health* a admis que le coût des procédures médicales effectuées dans les ISTCs était en moyenne de 11,2 % supérieur à celui d'un service équivalent dans un établissement du NHS.<sup>43</sup> En fait, tel que souligné dans un rapport sur les ISTCs produit par la Chambre des Communes, le coût des soins offerts dans les ISTCs pourrait être plus élevé qu'imaginé, puisque les contrats qui encadre le financement de ces cliniques sont protégés par les règles commerciales de confidentialité.<sup>44</sup>

La pierre angulaire du nouveau système de paiement du Royaume-Uni est le « choix ». C'est pourtant un autre domaine où de sérieuses lacunes ont été observées. Une étude commandée par le *UK Department of Health* (DOH) indique que les gens ne veulent pas devoir choisir un hôpital lorsqu'ils sont sérieusement malades, ils préfèrent qu'une telle décision soit prise par un médecin de famille en qui ils ont confiance. L'étude conclut que rien ne prouve qu'un plus grand choix contribue à l'amélioration de la qualité des soins de santé; il y a de bonnes raisons de craindre que ce choix ne profite qu'aux personnes mieux nanties et plus informées. Selon la BMA, le rapport qui discréditait la politique du gouvernement en matière de choix est mystérieusement disparu du site Web du DOH.<sup>45</sup>

L'opposition de la BMA à ce nouveau modèle concurrentiel a été clairement exprimée lors de son assemblée annuelle en 2005, lorsque les délégués ont unanimement adopté une résolution réclamant « que l'emphase soit mise davantage sur la collaboration plutôt que sur la compétition.<sup>46</sup> Chris Ham, professeur de politique de la santé à l'Université de Birmingham et ancien directeur stratégique au DOH (2001–2004) a réagi d'une manière semblable dans un article publié récemment dans le *Guardian* :

*« Lorsque les établissements de santé entrent en concurrence pour obtenir une plus grande part du budget du NHS, ils ont peu d'incitatifs à collaborer entre eux*

*pour améliorer les soins donnés dans la communauté plutôt qu'à l'hôpital. »<sup>47</sup>*  
(traduction libre)

M. Ham poursuit en disant que le nouveau système de financement n'incite pas non plus à améliorer la productivité et la performance, et il prédit que, sans changement d'orientation, le NHS ne pourra pas survivre comme système de santé universel financé par les contribuables.<sup>48</sup>

Un rapport sur le « financement basé sur les résultats » préparé par la *Audit Commission* (l'équivalent de notre Vérificateur général) fait une prédiction tout aussi sombre. Il prévient que l'incertitude associée à ce mode de financement va déstabiliser de plus en plus les hôpitaux du NHS.<sup>49</sup> Le niveau d'instabilité croissant noté dans les établissements du NHS depuis se manifeste par la croissance des déficits institutionnels, les coupures de services et les fermetures annoncées de certains hôpitaux.<sup>50</sup>

### **Implications pour la Colombie-Britannique**

En tenant compte de ces données tirées de l'expérience britannique, on a toutes les raisons de s'attendre à ce que la proposition du Dr Day contribue à saper plutôt qu'à assurer la pérennité du système de santé de la Colombie-Britannique. Les gains d'efficacité réalisés avec les nouvelles stratégies de réduction des listes d'attente dans cette province, comme ailleurs au Canada, s'appuient sur une plus grande collaboration. L'inverse serait de placer les établissements de santé en situation de concurrence pour les mêmes interventions. Notre rapport décrit nombre de manières de réaliser des gains d'efficacité, comme une meilleure coordination régionale des listes d'attente, le développement de cliniques multidisciplinaires pour desservir la communauté, la communication des meilleures pratiques de même que la mise en place de programmes d'encadrement pour aider les hôpitaux qui ont

les plus longues listes d'attente à améliorer leur fonctionnement. La proposition du D<sup>r</sup> Day revient à dissuader les hôpitaux et les cliniques à s'engager dans une telle collaboration.

Cela ne revient pas à dire que le mode de financement actuel des hôpitaux de la Colombie-Britannique ne présente aucun problème. L'effet pervers évident du financement par budget global, quant à l'accessibilité des soins de santé, vient du fait que l'hôpital n'a d'autres choix que de fermer des salles d'opération ou des lits pour respecter son

budget. Il est certainement nécessaire d'encourager les hôpitaux qui en font plus, et non moins, dans la mesure où ce modèle tiendrait compte d'une organisation de soins de santé ajustée aux besoins de la communauté desservie, et serait guidé par la collaboration, la qualité des soins et leur pertinence. Il faut donc poursuivre le travail dans ce domaine, en orientant les efforts sur les succès déjà obtenus pour réduire listes d'attente, et miser sur la pérennité du système public de santé plutôt que sur son démantèlement.

# Notes

1 Santé Canada, 2006.

2 Postl, 2006; Rachlis, 2005.

3 Romanow, 2002.

4 Lee, 2006.

5 Wright, 2002.

6 Postl, 2006.

7 *Canadian Health Services Research Foundation /* Fondation canadienne de recherche sur les services de santé, 2005.

8 Tuohy et al., 2004.

9 Armstrong, 2000; Lomas, 2007.

10 Gonzalez, 2004.

11 Devereaux et al., 2002.

12 Garg et al., 1999.

13 Devereaux et al., 2002.

14 Chambre des Communes, 2006.

15 Zocia, 2006.

16 Dyer, 2004.

17 Lang, 2005. Comparaison effectuée en 2004 des coûts hospitaliers au Canada et aux États-Unis a démontré d'importantes disparités. Le remplacement

total de la hanche coûtait 6 080 \$ au Canada, contre 12 846 \$ aux États-Unis. Voir Antoniou et al., 2004.

18 Shimo, 2006. L'article établit le coût d'un remplacement de la hanche à 19 000 \$ américain.

19 *Canadian Institute for Health Information /* Institut canadien d'information sur la santé, 2005a.

20 Shimo, 2006. Les prix peuvent inclure un séjour à l'hôtel allant jusqu'à 4 nuits pour un membre de la famille, mais pas les frais de déplacement. Les résidents de la C.-B. paient moins parce que le chirurgien est rémunéré par le régime de santé provincial, une pratique illégale selon la Loi canadienne sur la santé si la rémunération du médecin repose aussi sur la facturation directe du patient (surfacturation).

21 *Sullivan Healthcare Consulting Canada Co.*, 2004.

22 *Interior Health Authority*, 2004.

23 Certains affirment que le succès du projet dépend du recours à une clinique de chirurgie privée de Calgary (*Health Resource Centre — HRC*). Le fait est que Calgary ne pouvait accommoder de salles d'opérations dédiées au projet dans ses établissements publics, ce qui n'est pas le cas à Edmonton et à Red Deer. Un contrat de soins a donc été établi à HRC, pour faire

fonctionner une salle d'opération. Tous les médecins et les professionnels de la santé sont payés par le système public, et les trois régions reçoivent les mêmes montants pour couvrir les frais de gestion.

24 *Canadian Institute for Health Information* / Institut canadien d'information sur la santé, 2006.

25 Frank et al., 2006.

26 *Health Council of Canada*, 2005.

27 Un an après septembre 2005, les délais d'attente pour les 5 domaines prioritaires avaient respectivement diminué de 33 % pour les chirurgies de la cataracte, de 19 % pour les remplacements du genou, de 21 % pour les remplacements de la hanche, de 54 % pour les angiographies (une radiographie des vaisseaux sanguins ou des ventricules du cœur), de 29 % pour les angioplasties, de 6 % pour l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de 14 % pour les tomodensitométries (CT-scan).

28 Harrison and Appleby, 2005.

29 Trypuc et al., 2006.

30 Le passage au financement basé sur le volume de soins est controversé parce que les outils de mesure de la qualité et de la pertinence des soins ne sont pas encore en place. Voir sur Brian Day en annexe.

31 *Canadian Association of Emergency Physicians*, 2007.

32 Bagust et al., 2005.

33 *Canadian Institute for Health Information* / Institut canadien d'information sur la santé, 2005b.

34 *British Medical Association*, 2002.

35 Cohen et al., 2005.

36 *Canadian Institute for Health Information* / Institut canadien d'information sur la santé, 2007.

37 *Globe and Mail*, 2007.

38 Brian Day, "Guest Column: Patient focused Funding", *Sounding Board*, Vancouver Board of Trade,

janvier 2007, Vol. 47, No. 1. Cet article est un résumé de la présentation qu'a faite Brian Day au gouvernement de la Colombie-Britannique lors de l'ouverture des travaux de la *BC Conversation on health*, le 10 octobre 2006 ; Camille Bains, "Funding hospitals by patient count, CMA prescribe". *Globe and Mail*, 24 janvier 2007; Gary Mason, "BC is refreshingly candid on private sector health care". *Globe and Mail*, 6 mars 2007, A7.

39 "NHS hospitals can use celebrities to advertise — but there is a question over payment". *Guardian*, 28 novembre 2006.

40 Day, *Op cit.*

41 R. Rogers et al. "HRG drift' and payment by results", *British Medical Journal*, 12 mars 2005, 330:563.

42 G. Marini and Andrew Street, "A transaction costs analysis of changing contractual relations in the English NHS". *Health Policy*, 2006.11.007.

43 *House of Commons Health Committee, Independent Sector Treatment Centre, Fourth Report Session 2005–06*, Volume 1, pp. 37–38.

44 *Ibid.*

45 "Doctors claim study of patient choice suppressed", *Guardian*, 1<sup>er</sup> janvier 2007.

46 Annabel Ferriman, "BMA condemns competition and payment by results in NHS". *British Medical Journal*, Juillet 2005, Vol. 331, p. 9.

47 John Carvel, "Health guru urges change of track on funding to save NHS". *Guardian*, 26 février 2007.

48 *Ibid.*

49 *Audit Commission, Early Lessons from payment by Results*, Octobre 2005, pp. 4–5.

50 UNISON, *In the Interests of Patients? The impact of the creation of a commercial market in the provision of NHS Care*. Janvier 2007 , pp. 9–10.



# Bibliographie

- Antoniou, J. et al. 2004. "In-Hospital Cost of Total Hip Arthroplasty in Canada and the United States." *The Journal of Bone and Joint Surgery*. Vol. 86-A, no. 11, November.
- Armstrong, Wendy. 2000. *The Consumer Experience with Cataract Surgery and Private Clinics in Alberta — Canada's Canary in the Mine Shaft*. Consumers Association of Canada (Alberta).
- Bagust A., M. Place, and J. Posnett. 2005. "Dynamics of bed use in accommodating emergency admissions: stochastic simulation model." *British Medical Journal*. Vol. 319, 155–1.
- British Medical Association. 2002. *Waits and Measures: Improving emergency care for today's patients*. October.
- Canadian Association of Emergency Physicians. 2007. *Position Statement on Emergency Department Overcrowding*. February.
- Canadian Health Service Research Foundation. 2005. *Myth: A parallel private system would reduce waiting times in the public system*. March.
- Canadian Institute for Health Information. 2007. *Waiting for Health Care in Canada: What We Know and What We Don't Know*. March 7.
- Canadian Institute of Health Information. 2006. *Waiting for Health Care in Canada: What We Know and What We Don't Know*. March 7.
- Canadian Institute for Health Information. 2005a. *Exploring the 70/30 Split: How Canada's Health System is Financed*. p. 47.
- Canadian Institute for Health Information. 2005b. *Understanding Emergency Department Wait Times: Who is Using Emergency Departments and How Long Are They Waiting?*
- Cohen, Marcy, Janice Murphy, Kelsey Nutland, and Aleck Ostry. 2005. *Continuing Care Renewal or Retreat? — BC Residential and Home Health Care Restructuring 2001–2004*. Vancouver: Canadian Centre for Policy Alternatives — BC Office. April.
- Devereaux P.J., P.T.L. Choi, C. Lachetti, et al. 2002. "A systemic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals." *Canadian Medical Association Journal*. Vol. 166:1399–1406.

- Devereaux P.J., H.J. Schunemann, N. Ravindrin, et al. 2002. "Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centres: a systemic review and meta-analysis." *Journal of the American Medical Association*. Vol. 288:2449–2457.
- Dyer, Owen. 2004. "NHS overcharged for private surgery." *British Medical Journal*. May 155, 328:1158.
- Fayerman, Pamela. 2005. "50,000 private surgeries a year: Five to 10 per cent of these are paid for by patients." *Vancouver Sun*. June 3.
- Frank, C., D. Dick, D. Smith, T. Wasylak, K. Gooch, and R. Zernicke. 2006. "Creating Sustainable Accountability through Collaboration, Relevant Measurement and Timely Feedback." *Healthcare Papers*. Vol.7, no. 1, p. 38.
- Garg, P.P., K.D. Frick, M. Diener-West, and N.R. Powe. 1999. "Effect of the Ownership of Dialysis Facilities on Patients' survival and Referral for Transplantation." *New England Journal of Medicine*. 341(22):1653–1660. *Globe and Mail*. 2007. "The rise in operations augurs well for medicare." Editorial. February 7, p. A18.
- Gonzalez, Paula. 2004. "On a policy of transferring public patients to private practice." *Health Economics*. 14:513–527. Published online October 20, 2004 in Wiley interScience, www.interscience.wiley.com.
- Harrison, A., and J. Appleby. 2005. *The War on Waiting for Hospital Treatment: What has Labour Achieved and What Challenges Remain?* London: King's Fund Publications. July.
- Health Canada. 2006. *Healthy Canadians: A Federal Report on Comparable Health Indicators*. December.
- Health Council of Canada. 2005. *Health Care Renewal in Canada: Accelerating Change*. January.
- House of Commons. 2006. *Independent Sector Treatment Centres, Fourth Report of Session 2005–06*. July 25, p. 27.
- Interior Health Authority. 2004. *Surgical Services Review*. p. 6.
- Lang, Michelle. 2005. "The quickening pulse of private health care: Under a Microscope." *Calgary Herald*. september 18.
- Lee, Marc. 2006. *Is BC's Health Care System Sustainable? A Closer Look at the Costs of Aging and Technology*. Vancouver: Canadian Centre for Policy Alternatives — BC Office. November.
- Lomas, Jonathan. 2007. *Myths and Realities, The Fact and Fiction of Health Care in Canada*. Presentation to the Vancouver Board of trade. February 6.
- Postl, Brian. 2006. *Final Report of the Federal Advisor on Wait Times*. Health Canada. June.
- Rachlis, Michael. 2005. *Public Solutions to Health Care Wait Lists*. Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives. December.
- Romanow, Roy. 2002. *Building on Values: The Future of Health Care in Canada*. Final report of the commission on the Future of health care in Canada. November.
- Shimo, Alexandra. 2006. "Private Medical care: Medical travel agents." *Macleans*. April 25.
- Sullivan Healthcare Consulting Canada Co. 2004. *Operational Overview*. pp. A-11.
- Tuohy C.H., C..M. Flood, and M. Stabile. 2004. "How Does Private Finance Affect Public health care systems? Marshalling the evidence from OECD nations." *Journal of Health Politics, Policy and Law*. Vol. 29, no. 3, June, pp. 374–375.
- Trypuc, Joann, H. Macleod, and A. Hudson. 2006. "Developing a Culture to Sustain Ontario's Wait Time Strategy." *Healthcare Papers*. Vol. 7, no. 1, p. 23.

Wright, Charles. 2002. "Evaluations of indications for and outcomes of elective surgery." *Canadian Medical Association Journal*. September 3, 167 (5).

Zosia, Kmietowicz. 2006. "Non-NHS treatment centres are detrimental to local health services, finds BMA survey." *British Medical Journal*. January 7, 332:10.

## Au sujet du centre

[www.policyalternatives.ca](http://www.policyalternatives.ca)

Le Centre canadien de politiques alternatives est un institut de recherche indépendant et sans but lucratif, financé en majeure partie par ses membres individuels et institutionnels. Fondé en 1980, son objectif est de promouvoir les recherches progressistes dans le domaine de la politique économique et sociale. Le Centre publie des rapports et des livres, ainsi qu'une revue mensuelle. Il organise aussi des conférences et des colloques.



**CCPA**  
CANADIAN CENTRE  
for POLICY ALTERNATIVES  
CENTRE CANADIEN  
de POLITIQUES ALTERNATIVES

410 – 75 Rue Albert  
Ottawa, Ontario K1P 5E7  
613.563.1341  
[ccpa@policyalternatives.ca](mailto:ccpa@policyalternatives.ca)