Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques

Les temps d'attente sans rhétorique : Leçons tirées de Maîtriser les files d'attente

Tom McIntosh

Juin 2007

Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques
600 – 250, rue Albert, Ottawa (Ontario) K1P 6M1
Tél. : 613-567-7500 Site Web : www.rcrpp.org

Les temps d'attente sans rhétorique : Leçons tirées de Maîtriser les files d'attente

Introduction

À la clôture de la quatrième conférence annuelle *Maîtriser les files d'attente*, qui s'est tenue en avril 2007, Tom Noseworthy, coprésident de la conférence, a souligné que, lorsqu'il est question des temps d'attente, des aspects politiques « surgissent de toutes parts ». À vrai dire, le seul fait que les temps d'attente (et les questions connexes des garanties de soins, du rôle accru du secteur privé et des paiements pour les services reçus, et d'une accessibilité élargie à l'assurance privée) aient une résonance politique tellement prononcée met en relief les raisons pour lesquelles des événements comme *Maîtriser les files d'attentes* sont tellement importants. La conférence *Maîtriser les files d'attente* (MFA) est maintenant devenue dans les faits un événement annuel qui permet de réunir des professionnels de la santé, des gestionnaires de systèmes, des responsables des politiques et des chercheurs afin d'examiner les progrès que les instances gouvernementales canadiennes (et internationales) ont réalisé dans leurs efforts visant à s'attaquer à un ensemble complexe de facteurs qui contribuent à créer des temps d'attente inacceptables pour des services médicaux essentiels.

L'événement remplit plusieurs fonctions. Il sert de lieu privilégié pour présenter les cas de réussite – à l'échelle locale, régionale et nationale. C'est un endroit où se font des comparaisons intergouvernementales, que ce soit entre des provinces et des territoires, ou entre des pays. C'est aussi une occasion de partager des connaissances avec des gens de l'extérieur et de mettre en évidence le développement de pratiques exemplaires qui peuvent servir de modèle pour d'autres.

Ce qui distingue peut-être les conférences MFA, c'est le fait qu'elles sont devenues un événement annuel et, à ce titre, elles permettent de brosser un tableau synthétique régulier et cohérent de l'évolution récente, tant au Canada qu'à l'étranger. Les quatre conférences MFA ont vraisemblablement permis ensemble de procéder à l'examen pancanadien le plus systématique qu'il a été possible de faire de la façon dont le système de soins de santé canadien peut mesurer, surveiller et gérer les listes d'attente à l'intérieur de ses frontières. Et, parmi toutes les délibérations qui ont porté sur les temps d'attente au cours des quelques dix dernières années, les conférences MFA sont aussi susceptibles d'être les plus inclusives en termes des personnes qui ont été appelées à s'asseoir autour de la table.

Les orateurs et les participants à la conférence pouvaient difficilement ignorer le fait qu'ils s'intéressaient à une question des plus politisées au pays, mais l'approche retenue par ceux-ci a été de refuser fermement de s'engager dans la rhétorique politique facile qui entoure si souvent à l'heure actuelle les débats portant sur cette question.

Ceci n'a peut-être pas toujours été facile. Les préoccupations soulevées par les délais d'attente ont trouvé leur écho dans l'arène politique à l'échelle fédérale et provinciale depuis plus d'une décennie. Les critiques du système canadien d'assurance-santé à payeur unique et géré par les pouvoirs publics ont utilisé cette question pour soutenir que seule une concurrence accrue au sein du système de soins de santé permettra de solutionner les longs délais d'attente que certains

Canadiens ont à subir pour des interventions chirurgicales et certains services à caractère non urgent. Les défenseurs du système à payeur unique ont fait valoir que la question est montée en épingle par des gens pour des raisons idéologiques et que la confiance de la population à l'égard du système est minée par des déclarations irresponsables fondées sur un nombre relativement limité de longs délais d'attente.

Les politiciens à l'échelle fédérale et provinciale et de toutes les couleurs politiques sont intervenus en promettant un financement accru pour les soi-disant « cinq grands domaines prioritaires » des temps d'attente que sont la cardiologie, le traitement du cancer, le remplacement d'articulations, la restauration de la vue et l'accès à l'imagerie diagnostique; et, plus récemment, les promesses ont porté sur des « garanties de soins » pour les Canadiens, ce qui permettrait en quelque sorte d'assurer l'accès aux services. Même la Cour suprême du Canada a fait connaître son point de vue en invalidant l'interdiction en vigueur au Québec touchant la vente d'assurance privée pour des services assurés par le système public parce que, de l'avis de la Cour, le gouvernement était incapable de s'attaquer efficacement aux temps d'attente et que cela entraînait le décès de personnes qui étaient en attente de recevoir des services essentiels[1].

Donc, en dépit de la rhétorique entourant les temps d'attente, la conférence *Maîtriser les files d'attente* s'est orientée au départ vers une approche tout à fait différente. Premièrement, on a jugé important d'établir quelles étaient les personnes en attente, de quel type de service elles avaient besoin et depuis combien de temps. Deuxièmement, le système doit être en mesure de suivre le cheminement des gens au sein du réseau des soins de santé d'une façon qui nous permette de voir où se situent les goulots d'étranglement et de déterminer pourquoi ils se produisent. Troisièmement, le système doit mettre au point et mettre à l'essai de nouveaux procédés pour assurer le passage des gens tout au long du continuum de soins d'une façon plus rapide et sans sacrifier la qualité des soins. À vrai dire, si ces procédés sont efficaces, ils devraient contribuer à améliorer la qualité. En d'autres termes, le système doit permettre de mesurer, de surveiller et de gérer les temps d'attente et les listes d'attente d'une façon plus cohérente, plus rigoureuse et plus efficace. Et, finalement, les initiatives couronnées de succès doivent être évaluées objectivement afin d'en tirer des leçons qui pourront être appliquées et adaptées à d'autres segments du système et à d'autres instances gouvernementales.

En dernière analyse, il nous faut reconnaître que la réduction des temps d'attente met en cause une interrelation complexe de facteurs qui ont pour effet de créer des délais indus pour les patients dans certains segments du système et le jeu complexe de différents leviers de politiques (au niveau administratif, politique et de la gestion) qu'il faut actionner simultanément pour les corriger.

Donc, il s'agit en quelque sorte d'une anomalie que le Premier ministre Stephen Harper ait choisi une allocution lors du déjeuner de la quatrième conférence annuelle *Maîtriser les délais d'attente* pour annoncer que le gouvernement fédéral avait conclu une entente avec chacun des gouvernements provinciaux et territoriaux en vertu de laquelle des fonds provenant de la Fiducie relative aux temps d'attente seraient versés à chacune des instances gouvernementales qui

[1] Pour une analyse des incidences de la décision de la Cour suprême, voir Tom McIntosh (2006), *Don't Panic: The Hitchhiker's Guide to Chaoulli, Wait Times and the Politics of Private Insurance*, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa.

acceptaient d'atteindre des cibles précises en matière de temps d'attente sur leur territoire. Il s'agissait d'une annonce de nature politique faite lors d'un événement à caractère définitivement apolitique, qui a permis quand même de mettre en relief l'approche très différente que la conférence *Maîtriser les files d'attente* privilégie à l'égard de la question des délais d'attente.

L'annonce a eu pour effet immédiat de soulever un certain nombre de questions concernant ce que signifieraient à long terme les ententes fédérales-provinciales. Les comptes rendus dans les médias laissent entendre que, dans plusieurs cas à tout le moins, les gouvernements provinciaux et les territoriaux ont convenu d'atteindre des cibles pour des actes médicaux précis qui, selon leurs propres déclarations, ils atteignent déjà. De plus, les ententes individuelles couvrent des actes différents dans les diverses instances gouvernementales, de sorte que les résidants d'une province ont une « garantie » d'accès à un acte médical donné, tandis que les résidants d'autres provinces ont des « garanties » d'accès à d'autres actes médicaux. Et l'annonce a provoqué une question tout à fait prévisible de la part des médias, à laquelle on n'a pas pu fournir de réponse immédiate – qu'arrive-t-il aux patients qui doivent attendre plus longtemps que le temps d'attente ciblé pour les services dont ils ont besoin ? Peuvent-ils obtenir les soins d'un fournisseur privé aux frais du système public ? Peuvent-ils se rendre dans une autre instance gouvernementale ou dans un pays étranger aux frais du système public ? Peuvent-ils entreprendre des procédures judicaires pour obtenir une certaine forme de dédommagement ?

On ne devrait pas s'attendre à ce qu'une annonce politique réponde d'une façon détaillée à ce genre de questions, mais il n'en demeure pas moins qu'il s'agit de questions auxquelles il faudra répondre à un moment donné. Et, en réfléchissant à ces réponses, il faut se rappeler ce que nous savons au sujet de l'éventail complexe de facteurs qui peuvent causer de longs délais d'attente et des choix difficiles que leur réduction comporte.

Étant donné que les conférences *Maîtriser les files d'attente* constitue le seul dialogue vraiment soutenu qui porte sur ces questions, il importe de comprendre pourquoi ce dialogue a évolué et s'est modifié au cours des quelques dernières années – de réfléchir aux leçons que nous avons apprises depuis la première rencontre en 2004. Nous présentons donc ci-dessous une tentative visant à cristalliser les leçons tirées des quatre derniers événements – en s'appuyant sur les rapports des conférences et les présentations qui y furent faites[2] – dans un effort en vue de laisser de côté une bonne partie de la rhétorique qui entoure la plupart des débats sur les temps d'attente au Canada (et il semble que ce soit le cas ailleurs aussi), afin d'essayer de comprendre où nous en étions lorsque nous avons commencé le dialogue, où nous en sommes maintenant et, ce qui importe davantage, comment nous en sommes arrivés là. La compréhension de ce cheminement et de ce que nous avons appris en cours de route nous aidera dans une certaine mesure à saisir l'ampleur des progrès qu'il reste à faire et à déterminer ce qu'on peut attendre, au bout du compte, d'annonces comme celle que le Premier ministre vient de faire.

[2] Les rapports des conférences ainsi que les présentations faites lors des quatre dernières conférences *Maîtriser les files d'attente* sont tous disponibles depuis le site Web des RCRPP à l'adresse www.cprn.org.

MFA I (2004) : Qu'est-ce qu'une liste d'attente, de toute façon … ?

Bien sûr, au départ MFA I avait tout simplement pour titre « Maîtriser les files d'attente ». La notion selon laquelle cette première rencontre allait devenir un événement annuel n'a vraisemblablement effleuré l'esprit des organisateurs que pendant son déroulement, lorsqu'il devint manifeste qu'aucun débat définitif portant sur une question aussi complexe et aussi controversée sur le plan politique ne pouvait être conclu en deux jours seulement.

Ce qui est fascinant à propos de la première conférence, c'est en quelque sorte le caractère provisoire que semble revêtir une bonne partie des débats. La première moitié des présentations et des délibérations a porté sur les différentes perspectives sur lesquelles on peut s'appuyer pour aborder la question – la perspective publique, la perspective des médias, la perspective juridique et la perspective de ceux qui sont chargés d'élaborer les données. La première conférence visait trois objectifs majeurs :

1. Examiner les facteurs sous-jacents qui sont à l'origine des temps d'attente pour les services de santé;
2. Permettre à un large éventail d'intervenants de partager des recherches et des résultats obtenus concernant la mesure et le contrôle des temps d'attente; et
3. Déterminer les incidences sur les politiques d'une amélioration de la mesure et de la gestion des temps d'attente dans la perspective des payeurs, des fournisseurs de soins et des patients[3].

La première conférence a permis de clarifier un certain nombre de choses. Premièrement, le Canada était loin d'être le seul pays à se préoccuper des temps d'attente, tandis que les fournisseurs de soins, la population et les gestionnaires du système de santé étaient tous conscients qu'il s'agissait d'une question importante sur laquelle il fallait se pencher. Selon un rapport de l'OCDE, la moitié des États membres avaient déclaré que les temps d'attente étaient une question préoccupante. Deuxièmement, de sérieux débats faisaient rage au sein de la plupart des pays concernant la façon de mesurer les temps d'attente – temps requis pour acheminer des patients des généralistes vers des spécialistes, délai d'attente pour une chirurgie après une consultation ou délais médians pour le temps passé sur la liste d'attente – ainsi que sur la question de savoir s'il fallait s'attaquer aux temps d'attente en faisant appel à des initiatives visant le côté de l'offre, celui de la demande ou un mélange des deux.

Ce qui importe davantage, toutefois, c'est que la conférence a pu démontrer qu'il y avait déjà des initiatives en cours en vue de mettre au point de meilleures façons de mesurer et de suivre l'évolution des listes d'attente (par ex., le Projet de l'Ouest canadien sur les listes d'attente – WCWL) et de meilleurs moyens de gérer les listes (par ex., le Saskatchewan Surgical Care Network). On a fait état de nouvelles initiatives visant à s'attaquer à des maladies précises, comme l'établissement du Cardiac Care Network en Ontario et Action cancer Ontario, ainsi que des initiatives mises en place dans certaines régies régionales de la santé allant de la Nouvelle-Écosse à l'Alberta. Toutes ces initiatives reposaient sur une couple d'éléments fondamentaux :

---

[3] Cathy Fooks (2004), *The Taming of the Queue: Wait Time Measurement, Monitoring and Management*, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa, p. 1.

- L'augmentation de l'offre n'était pas suffisante en soi et elle devait être accompagnée de tentatives visant aussi à influencer la demande;
- Il fallait améliorer la collecte de données et les listes d'attente devaient faire l'objet d'une gestion centrale;
- Le leadership au sein du système de la part des médecins et des responsables gouvernementaux était un élément important pour pouvoir modifier les comportements;
- Le système devait se doter d'un plus grand nombre d'outils standardisés pour évaluer les patients figurant sur les listes afin de déterminer des priorités de traitement.

Ce qui ne s'est manifestement pas produit dans le cadre des délibérations de cette première conférence, ce fut la tenue d'un débat sérieux visant à se demander s'il fallait abandonner les principes fondamentaux d'un système à payeur unique et géré par le secteur public. On était d'avis qu'il était possible de trouver des solutions au problème des temps d'attente – que tous considéraient comme étant un problème véritable sur lequel il fallait se pencher – à l'intérieur du cadre général ou de l'infrastructure du système existant. Les progrès réalisés à partir d'initiatives comme le WCWL et Action cancer Ontario démontraient clairement qu'il était possible au sein du système financé par le secteur public de s'attaquer au problème des listes d'attente, pourvu que les ressources et le leadership nécessaires soient présents et soutenus.

MFA II (2005) : Apprendre à tirer profit des connaissances des autres

La deuxième conférence MFA, qui s'est tenue à Ottawa exactement une année plus tard, a permis (peut-être pour la première fois) de présenter une revue exhaustive des initiatives relatives aux listes d'attente d'un bout à l'autre du pays. Des représentants des gouvernements, des régies régionales de la santé et d'établissements individuels, ainsi que des chercheurs sur les politiques provenant de chacune des provinces, ont présenté ce qu'on a appelé un « bilan pancanadien » des développements observés dans chacune des instances gouvernementales – dans certains cas, il s'agissait de descriptions de vastes initiatives polyvalentes d'envergure provinciale, tandis que, dans d'autres cas, l'accent fut mis sur des initiatives précises au sein d'établissements ou de régies régionales de la santé[4].

Il est ressorti clairement des délibérations que les instances gouvernementales au pays s'employaient activement à surmonter les obstacles qui empêchent souvent les gouvernements individuels au Canada de tirer profit des connaissances acquises dans d'autres instances gouvernementales. Il s'agit de frustrations souvent évoquées qui se rattachent à la nature même du Canada, à sa structure fédérale et à la répartition des pouvoirs constitutionnels : il peut arriver dans les faits que des innovations voient le jour dans de petits laboratoires provinciaux, mais on observe aussi parfois que la capacité pour ces innovations de franchir les frontières à titre de « pratiques exemplaires » est compromise. Il est fort possible que le système d'assurance-santé géré par le secteur public au Canada n'ait jamais pu voir le jour à l'échelle nationale, s'il n'avait pas pu se développer d'abord dans l'instance gouvernementale de taille relativement limitée

[4] Tom McIntosh (2005), *Maîtriser les files d'attente II : la mesure, le contrôle et la gestion des temps d'attente – Rapport du colloque*, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa.

qu'est la Saskatchewan, mais c'est aussi le cas que ce qui se produit dans une province ne franchit pas toujours rapidement et facilement les frontières.

Par ailleurs, il est clair aussi qu'on peut déceler une tendance dans l'évolution des choses dont l'origine remonte, par exemple, à l'établissement du Cardiac Care Network en Ontario, aux travaux entourant le projet WCWL et à l'établissement du Surgical Care Network en Saskatchewan. Les provinces, nous a-t-on dit, ont misé activement sur les réussites de leurs voisines et sur celles d'autres pays.

Mais il était manifeste aussi que les diverses provinces étaient toutes à des étapes très différentes dans leurs efforts en vue de s'attaquer aux temps d'attente – certaines commençaient à peine à faire des progrès dans le domaine de la collecte de données pertinentes, tandis que d'autres pouvaient déjà commencer à faire état d'une réduction des temps d'attente dans certains des secteurs les plus névralgiques. De plus, les progrès initiaux déclarés allaient souvent de pair avec la conclusion à l'effet que, parfois, les listes d'attentes étaient en soi tout simplement le symptôme d'autres défis au sein du système de soins de santé qui se posent dans les domaines de la planification des ressources humaines, des carences relatives à l'infrastructure des technologies de l'information et des problèmes liés à la réforme des soins de santé primaires. À mesure que les listes d'attente faisaient l'objet de meilleures mesures et d'un meilleur contrôle, il devenait apparent que les véritables défis au niveau de leur gestion menaient à la conclusion que les listes d'attente ne pouvaient pas être traitées de façon isolée du reste du programme de réforme de la santé.

La conférence s'est terminée avec l'articulation d'un programme de recherches futures orientées vers trois domaines précis :

1. Des recherches axées sur les patients, y compris des efforts en vue de tenir compte des anticipations des patients à la lumière du progrès technologique et d'autres progrès réalisés au chapitre des traitements, et la question de l'« incertitude » que ressentent les patients en attente sur les listes;
2. Des recherches axées sur la gestion des listes d'attente, y compris l'amélioration des outils d'évaluation des patients déjà en cours d'élaboration et l'étude des forces relatives des différents modèles qui sont utilisés un peu partout au pays;
3. Des recherches axées sur les ressources humaines, y compris l'évaluation de la façon dont les listes d'attente peuvent êtres influencées par des changements apportés à la planification des ressources humaines au sein de plusieurs professions et la mesure dans laquelle l'état des listes d'attente est attribuable à des problèmes plus sérieux au chapitre de la planification des ressources humaines au sein du système.

Enfin, une partie significative des délibérations ont porté sur la nécessité de commencer à intégrer plus pleinement les patients et la population aux discussions relatives à la gestion des temps d'attente. Les patients et la population ne peuvent désormais plus être tenus à l'écart des discussions sur la meilleure façon de procéder, et des initiatives doivent comprendre des mesures significatives de soutien aux patients afin de s'assurer qu'ils ne seront pas laissés à eux-mêmes pendant qu'ils sont en attente de soins. Des initiatives qui pourraient implicitement ou explicitement mettre en cause la question d'un « rationnement » des services au sein du système public ne devraient pas être mises en application avant que la population n'accepte qu'il s'agit là de la façon appropriée de procéder.

MFA III (2006) : Vers l'octroi de garanties de soins ?

L'édition 2006 de la conférence *Maîtriser les files d'attente* s'est déroulée dans une conjoncture politique unique en ce qui concerne le débat public sur les temps d'attente au Canada. L'entente des Premiers ministres de 2004 prévoyait le versement de fonds aux provinces pour des initiatives liées aux temps d'attente dans ce qu'on a appelé les cinq grands domaines prioritaires qui figuraient au centre des préoccupations de la population – traitement du cancer, cardiologie, imagerie diagnostique, remplacement d'articulations et restauration de la vue (c.-à-d., cataracte). En 2005, la Cour suprême du Canada est intervenue dans le débat sur les temps d'attente dans l'affaire Chaoulli en déclarant que l'interdiction contenue dans la législation sur l'assurance-santé au Québec d'acquérir une assurance privée pour des services assurés par le régime public et d'effectuer des paiements privés pour des services hospitaliers allait à l'encontre de la Charte des droits et libertés du Québec[5]. L'élection de 2006 avait mis fin à treize années de règne libéral avec l'arrivée au pouvoir du parti conservateur nouvellement uni, qui allait former un gouvernement minoritaire. Et le nouveau Premier ministre, Stephen Harper, avait fait de l'octroi de « garanties de soins » l'une des cinq priorités de son nouveau gouvernement.

Donc, l'accent de la conférence de cette année-là allait porter en bonne partie sur les progrès réalisés dans les « cinq grands domaines prioritaires » (avec l'expression de préoccupations non négligeables à l'effet que l'accent mis sur les cinq grands domaines allait avoir des conséquences négatives sur les temps d'attente pour d'autres actes médicaux non encore jugés prioritaires par la population ou les gouvernements) et sur les défis que comportait l'utilisation des points de repère déjà en place ou en cours d'élaboration pour les transformer en quelque chose qui pourrait être considérée comme une « garantie » d'accès aux services pour les Canadiens. À vrai dire, la crainte à l'effet que l'utilisation du terme « garantie » puisse contribuer à hausser les anticipations de la population à un niveau impossible à satisfaire et exposer ainsi le système de soins de santé à des poursuites judiciaires, fut une préoccupation qui a constamment refait surface pendant les deux jours de la conférence.

La conférence, qui avait un accent international plus poussé que la conférence de l'année précédente mais qui incluait aussi encore une fois un survol relativement exhaustif de la situation dans tout le pays, a permis d'identifier un ensemble de facteurs de succès majeurs dans le domaine de la gestion des temps d'attente ainsi qu'une série de défis nouveaux et courants qu'il fallait relever pour que les progrès se poursuivent[6].

On peut résumer les facteurs de succès dans les termes suivants :

1. Des moyens de financement soutenus et prévisibles pour les ressources humaines et l'infrastructure, et pour appuyer les engagements des gestionnaires de systèmes à l'égard d'initiatives précises;

---

[5] Tom McIntosh (2006), *Don't Panic: The Hitchhiker's Guide to Chaoulli, Wait Times and the Politics of Private Insurance*, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa.

[6] Renée Torgenson et Tom McIntosh (2006), *Maîtriser les files d'attentes III – Mesure, surveillance et gestion des temps d'attente : la réalité*, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa.

2. Le leadership exercé par les cliniciens, les chercheurs, les gestionnaires de systèmes et les gouvernements au chapitre de la mise en place d'initiatives et la gestion du changement au sein du système que ces initiatives nécessitent;
3. Une incidence accrue du partage des connaissances et d'une coopération entre les instances gouvernementales, conjuguée à une volonté de s'engager plus efficacement auprès de la population, des patients et de ceux qui font partie du système en soi.

On peut résumer les défis de la façon suivante :

1. La mise en application des garanties de soins devait être faite avec beaucoup de vigilance de façon à éviter de créer des anticipations irréalistes de la part de la population, de faire passer la gestion des temps d'attente dans l'arène judiciaire et de détourner des ressources en provenance d'autres segments du système de santé;
2. Le système de soins de santé devait commencer à aborder de front la question du « caractère approprié » des services pour faire en sorte que la demande de services soit basée sur des lignes directrices claires quant à l'utilisation des services;
3. La nécessité de pas mettre un accent indu sur les « cinq grands domaines prioritaires » à l'exclusion des autres, de peur que le système ne crée par inadvertance des listes d'attente dans d'autres domaines du système et marginalise davantage les services aux groupes vulnérables;
4. L'existence de défis continus que pose la collecte de données de façon à rendre possibles des comparaisons valables entre les instances gouvernementales;
5. L'éducation et la participation du public en matière de détermination des priorités;
6. Il fallait accorder une plus grande attention à la planification des ressources au sein du système à mesure que de nouvelles initiatives voient le jour.

Pour la première fois, il était manifeste que des événements dans l'arène politique avaient projeté une ombre significative sur les délibérations de la conférence. En dépit de la présentation de rapports à l'effet que de véritables progrès s'étaient produits dans un certain nombre d'instances gouvernementales, au sein desquelles les temps d'attente pour des services précis avaient connu une réduction et étaient gérés d'une façon efficace, on pouvait percevoir un danger véritable à l'effet que les anticipations politiques créées par la promesse de « garanties » d'accès à des services précis puissent compromettre les progrès en cours si leur mise en application devait se faire d'une manière trop hâtive ou inconsidérée.

On avait consacré très peu de temps pendant la campagne électorale pour expliquer exactement aux Canadiens ce que l'on entendait « garantir », ce que l'on allait faire si les garanties n'étaient pas respectées ou comment les garanties seraient mises en application. Si l'on ajoute à cela les retombées du jugement de la Cour suprême – largement critiqué pour son ignorance des faits connus concernant les temps d'attente au Canada –, l'optimisme engendré par les rapports sur les progrès véritables réalisés dans la gestion des temps d'attente fut tempéré par les craintes à l'effet que le discours politique portant sur les temps d'attente risquait encore une fois d'éclipser l'analyse et les discussions rationnelles.

MFA IV (2007) : Au-delà des cinq grands domaines prioritaires

Si la politique avait en quelque sorte fait sentir l'ombre de sa présence en 2006, ce fut, comme nous l'avons noté plus haut, un invité au déjeuner qui a incarné cette présence lors de la conférence *Maîtriser les files d'attente* de cette année.

Encore une fois, le programme de la conférence comportait une combinaison d'illustrations à caractère national et international à l'effet que :

1. Les temps d'attente demeurent un problème au sein d'un large éventail de systèmes de soins de santé, et l'apprentissage tiré des expériences effectuées dans d'autres instances gouvernementales continue toujours de revêtir un caractère aussi vital : et
2. Les instances gouvernementales canadiennes continuent de faire des progrès au chapitre de la gestion des temps d'attente et elles continuent de le faire dans le cadre de systèmes gérés par le secteur public.

Mais il reste encore du travail très ardu à faire. À vrai dire, les délibérations des dernières séances de la conférence, en allant au-delà des cinq grandes priorités, ont en quelque sorte ramené les discussions là où elles avaient débuté lors de la première conférence *Maîtriser les files d'attente* : les domaines dans lesquels le travail ne fait que commencer. L'avantage bien sûr est que les efforts visant à réduire les temps d'attente pour les soins de santé primaires, les services de santé mentale et les soins aux enfants bénéficieront grandement du travail acharné déjà accompli dans les domaines qui ont fait l'objet de tant de recherches et d'attention politique pendant les dernières années.

Plusieurs messages clés furent diffusés tout au long de la conférence et leur importance fut reconnue dans différents contextes et de différentes façons :

1) Les solutions efficaces exigent des interventions sur plusieurs fronts, puisqu'elles sont tout aussi complexes que les problèmes des temps d'attente eux-mêmes.
2) La collaboration, l'échange d'information et les connaissances tirées de l'expérience d'autrui sont la clé pour réussir à adapter des stratégies de temps d'attente à différents contextes et dans différents milieux.
3) Nous sommes toujours confrontés à des problèmes de ressources humaines en santé et il est impossible de réduire les temps d'attente sans étudier sérieusement les besoins en dotation du système nécessaires pour assurer la qualité des soins.
4) Les domaines prioritaires d'intervention sont importants, mais on doit accorder une attention soutenue au risque de causer des dommages collatéraux, si l'on met un accent trop prononcé sur les domaines jugés prioritaires.
5) Il faut porter attention aux questions entourant les temps d'attente qui existent, selon les propres mots de Noseworthy, « à compter des portes d'accès au système jusqu'aux centres de soins de longue durée » – donc, tout au long du continuum des soins.

6) Sans égard à la recherche et aux analyses de politiques que nous effectuons, nous devons toujours reconnaître qu'à chaque détour, ce débat s'inscrit dans un cadre politique, et nous ne devons pas perdre de vue comment le travail que nous accomplissons se répercutera sur le système de santé et influencera le vrai débat politique sur les temps d'attente[7].

Enfin, il est manifeste que les réussites évoquées au cours des deux journées de la conférence ont aussi contribué à renforcer une idée qui a été au cœur de tout ce travail sur les temps d'attente depuis que la question a commencé à retenir l'attention des chercheurs et des politiciens. Les stratégies efficaces sur les temps d'attente exigent des champions qui sont prêts à assumer un rôle de leadership et à persévérer face à une opposition qui est parfois assez vive. La présence de ces champions est nécessaire au sein de la bureaucratie afin d'appuyer l'engagement pris en vue de bâtir de nouveaux systèmes de contrôle et de gestion des listes, au sein des professions (surtout la profession médicale) afin d'atténuer la résistance face au changement et d'inculquer une nouvelle culture dans les établissements de soins et, finalement, au sein des gouvernements afin d'assurer qu'il y aura suffisamment de ressources pour amorcer et mener à bien les transformations requises.

Tirer des leçons et laisser de côté la rhétorique

Depuis plus d'une décennie, on pu prendre connaissance dans les médias canadiens d'une succession en apparence infinie d'anecdotes concernant des gens qui ont dû patienter pendant des périodes de temps extrêmement longues avant de pouvoir recevoir des services médicalement nécessaires. Il n'y a aucun doute qu'il existe un véritable problème de temps d'attente pour certains actes médicaux dans certains segments des systèmes de santé provinciaux et territoriaux partout au pays. Cette réalité se reflète dans la priorité accordée à la question des temps d'attente par la population dans les sondages, les uns après les autres, et par les politiciens de tous les partis aux niveaux fédéral, provincial et territorial au pays. Et aucun des chercheurs, des cliniciens, des analystes de politiques ou des représentants gouvernementaux qui ont participé aux conférences *Maîtriser les files d'attente* n'ont tenté de nier l'existence véritable du problème.

Mais ils ont aussi insisté sur le fait que toute analyse véritable du problème – à partir de la question de définir dans les faits ce que cela signifie que d'attendre jusqu'à celle de déterminer les types d'approches qui fonctionnent le mieux dans un contexte politique, économique et social donné – commence avec des données précises et des observations scientifiques. Dès la première conférence, on a insisté pour que les délibérations soient guidées par des observations empiriques et que l'analyse soit ancrée dans cette réalité.

Par ailleurs, la politique n'a jamais été loin des discussions ou des préoccupations des chercheurs. Comment parvenons-nous à traduire à l'intention des gens les progrès que nous pouvons mesurer de façon à renforcer leur confiance dans le système ? Comment quatorze instances gouvernementales peuvent-elles collaborer efficacement pour gérer un problème

[7] Tom McIntosh et Patrick Fafard, en collaboration avec Zeina Abou-Rizk et Tina Lafrance (2007), *Maîtriser les files d'attente IV : Nouvelles frontières de la mesure, de la surveillance et de la gestion des temps d'attente*, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa.

commun ? Comment les « points de repère » peuvent-ils être communiqués à la population de façon à éviter de créer des anticipations irréalistes ? Comment peut-on gérer les temps d'attente au sein d'un système qui repose sur la proposition à l'effet que l'accès devrait se fonder uniquement sur les besoins, alors qu'une société de la consommation nous encourage à considérer tous les biens et les services comme étant des denrées qui s'achètent sur le marché ? Comment pouvons-nous parler de « garantir » des services de façon à éviter de confier les questions de répartition des ressources aux cours de justice ?

À un moment ou à un autre, toutes ces questions ont soit figuré à l'avant-plan des discussions ou elles ont, à tout le moins, fait sentir leur influence de façon plus ou moins subtile. À tout événement, elles n'ont jamais été ignorées par les participants.

Mais, le seul message qui s'est dégagé de façon systématique des quatre conférences tenues à ce jour est à l'effet que la question des temps d'attente, tout en étant sérieuse, n'est pas impossible à gérer dans le cadre du système actuel. Bien sûr, il faut encore effectuer des réformes dans d'autres domaines du système afin de pouvoir améliorer considérablement notre capacité de s'attaquer plus rapidement et plus efficacement au problème des temps d'attente – d'autres progrès à faire dans le domaine des soins de santé primaires, une intégration plus poussée des services tout au long du continuum de soins, une meilleure coordination de la planification des ressources humaines en santé, etc. – mais, même si ces domaines continuent d'être des obstacles au chapitre de la gestion des temps d'attente, nous parvenons à faire des progrès. Le processus d'élaboration, de mise en application et d'atteinte des points de repère est déjà bien engagé, et de nouveaux systèmes de mesure, de contrôle et de gestion des temps d'attente ont pour effet d'offrir aux Canadiens un meilleur accès aux services dont ils ont besoin.

Malheureusement, les progrès graduels et sans conteste inégaux sont considérés comme une réalité qui mérite moins d'importance dans les nouvelles que celle de faire parader devant les caméras un malade qui a attendu trop longtemps pour obtenir des soins. Et des comptes rendus, qui décrivent le système comme étant aux prises avec une crise terminale qui ne peut être surmontée qu'en abandonnant son engagement de répondre aux besoins pour le remplacer par la capacité de payer, se prêtent à de meilleurs grands titres dans les médias.

Ce qui distingue les conférences *Maîtriser les files d'attente*, c'est le fait qu'elles ont systématiquement reflété l'ampleur du défi que pose la gestion des temps d'attente pour le système. De longs délais d'attente sont le résultat d'un jeu complexe de facteurs dont l'influence se fait sentir dans l'équation tant du côté de l'offre que de celui de la demande. Donc, les solutions à ces longs délais d'attente se trouvent dans un ensemble complexe d'initiatives à multiples facettes, qui comprennent un dosage de nouvelles ressources, de collecte de nouvelles données, de nouvelles techniques de gestion, d'une répartition différente des ressources humaines et autres, et d'un leadership soutenu à l'intérieur comme à l'extérieur du système. Et, en dépit de ce que certains observateurs du système peuvent dire, il faut du temps non seulement pour mettre ces changements en application mais aussi pour le faire d'une façon efficace.

L'objectif visé dans ce cas-ci n'a pas été tout simplement de minimiser le problème des temps d'attente, mais plutôt d'étudier attentivement les faits après les avoir dépouillés de la rhétorique survoltée qui entoure souvent une bonne partie du débat populaire sur la question. Ce faisant, on

peut considérer l'annonce récente du Premier ministre dans une perspective un peu différente. Pour certains, il s'agit d'un petit pas dans la bonne direction dans la mesure où elle représente une certaine forme d'engagement de la part de chacun des gouvernements à l'égard de la question. Pour d'autres, il s'agit d'un écran de fumée visant à détourner l'attention des véritables problèmes auxquels le système fait toujours face au chapitre de la mesure, du contrôle et de la gestion des temps d'attente, en ce sens que plusieurs des ententes semblent être des engagements à faire ce que les gouvernements sont déjà en voie de faire.

En laissant de côté la rhétorique de la « mission accomplie », on peut dire que de véritables progrès en matière de réduction des temps d'attente ont été réalisés au sein du système grâce à la détermination dont ont fait preuve les cliniciens, les chercheurs et les analystes qui œuvrent au sein du système public dans leurs efforts en vue de réorganiser la façon dont nous mesurons, surveillons et gérons les listes d'attente. Ce fut grâce à leur leadership et à leur compréhension que la mission s'est poursuivie sur plusieurs fronts et pendant plusieurs années pour réaliser les progrès mesurables que nous avons pu observer ces dernières années.

En dernière analyse, nous sommes probablement encore bien loin de pouvoir dire que nous avons éliminé les temps d'attente en tant que problème sérieux pour le système de santé canadien. Mais nous pouvons dire que en savons davantage sur les temps d'attente et que nous avons déployé des efforts plus soutenus pour les réduire pendant les quelques dernières années que ce que les gens ont souvent tendance à penser. Nous sommes encore loin de pouvoir parler d'une « garantie de soins » (à tout le moins, du type de garantie à laquelle les gens s'attendent). Mais, compte tenu qu'il reste une multitude de questions sur la façon dont cette garantie est mise en application et sur ce que cela signifie pour les patients, les fournisseurs de soins et ceux qui gèrent le système, il ne s'agit peut-être pas d'une mauvaise chose que cela se produise à ce moment-ci. Entre-temps, les délais d'attente vont continuer de diminuer à la grandeur du pays et, rhétorique mise à part, c'est vraiment tout ce qui importe.