



Document d'information : Les listes d'attente

Il faut améliorer la gestion et les ressources pour remédier aux problèmes d'engorgement dans le système de santé. Une stratégie efficace en matière de listes d'attente comprendrait les éléments suivants :

- **Garder les solutions publiques.** Au Canada et ailleurs dans le monde, les faits montrent que les soins de santé privés ne contribuent pas à la diminution des délais d'attente – au contraire, les listes d'attente s'allongent et les coûts grimpent.
- **Centraliser et coordonner l'information sur les listes d'attente.** Il faut notamment élaborer des définitions et des mesures uniformes.
- **Garder les listes à jour et valides.** Les listes sont souvent peu fiables et comprennent des patients qui ont déjà subi leur intervention, qui n'en ont plus besoin ou qui sont décédés. Souvent, aucune ligne directrice clinique pratique n'est suivie dans le choix des patients qui peuvent recevoir une chirurgie.ⁱ Le retrait de la liste des personnes qui ne devraient pas y être réduit les annulations de dernière minute et permet aux gestionnaires de mieux planifier.
- **Coordonner la gestion des listes d'attente.** La plupart des listes sont tenues individuellement par des médecins et les patients ne sont pas régulièrement transférés à la liste restreinte. Mais l'amélioration des données et l'établissement de définitions repères n'est que la première étape. Pour réduire l'engorgement, il faut inscrire les patients sur les listes restreintes et intégrer les soins.
- **Centraliser les réservations, élargir la gestion de cas et améliorer le travail d'équipe.** Le D^r Michael Rachlis recommande des arrangements de soins partagés, dans le cadre desquels les médecins de famille consultent des spécialistes pour réduire les aiguillages inutiles.ⁱⁱ Le D^r Rachlis souligne également la réussite des gestionnaires de cas et du personnel hospitalier qui se spécialisent dans la coordination des soins aux patients.ⁱⁱⁱ
- **Consolider les différentes étapes du diagnostic et du traitement.** Le centre de la santé du sein de Sault Ste. Marie a réduit le temps d'attente entre la mammographie et le diagnostic de cancer du sein de 83 pour cent en intégrant les procédures de diagnostic - mammographie, échographie et biopsie.^{iv}
- **Investir dans le matériel et le personnel pour éliminer les retards, puis coordonner les soins** de façon à régler les problèmes d'écart entre

capacité et demande. Des ressources additionnelles peuvent aider les professionnels de la santé à rattraper les retards, mais nous devons mieux gérer le passage des patients dans le système pour que la solution soit durable.

- **Utiliser le plein potentiel des professionnels de la santé et favoriser une collaboration multidisciplinaire.** L'utilisation du plein potentiel des infirmières – diplômées, auxiliaires et psychiatriques – de même que des professionnels paramédicaux et d'autres aidera à répondre à la demande. Il faut également améliorer le travail d'équipe entre les différents professionnels.
- **Étendre les soins prolongés et les soins primaires** pour réduire la pression sur les salles d'urgence et les cliniques externes des hôpitaux. L'insuffisance du financement destiné aux soins à domicile et aux soins de longue durée en foyer a accru le fardeau supporté par le système hospitalier.
- **La réforme des soins primaires** doit s'accélérer, bien que les équipes de pratique familiale et les solutions de rechange à la rémunération à l'acte aient fait des progrès depuis quelques années. La plupart des provinces n'ont pas étendu les services fournis par les centres de santé communautaires, malgré leur succès démontré. L'investissement dans la prévention et la gestion des maladies chroniques, la pratique des équipes multidisciplinaires et les programmes communautaires de santé publique permettraient d'améliorer la santé générale et de réduire la dépendance envers le système de soins aigus.

ⁱ Rachlis, M. (2004). *Prescription for Excellence: How Innovation is Saving Canada's Health Care System*. Toronto, ON: HarperCollins, Ch. 11 p. 3. Kennedy, J., Quan H., Gaili W.A., Feasby, T.E. (2004). "Variations in rates of appropriate and inappropriate carotid endarterectomy for stroke prevention in four provinces." (*Variations dans les taux appropriés et inappropriés d'endartériectomie de la carotide pour la prévention des AVC dans quatre provinces*) Journal de l'Association médicale canadienne, 171(5): 455-9. Brownell, M. (2002). "Tonsillectomy rates for Manitoba children: temporal and special variations." (*Taux d'amygdalectomie pour les enfants du Manitoba : variations temporelles et spéciales*) Healthcare Management Forum, Suppl: 21-6.

ⁱⁱ Rachlis, M. Ch. 11, p. 8.

ⁱⁱⁱ Ibid, pp. 11-12.

^{iv} Ibid, p. 9.