

Le Groupe de travail sur la réduction des délais d'attente a été mis sur pied en décembre 2016 par le ministre la Santé, des Aînés et de la Vie active, avec le mandat d'examiner et de réduire les délais d'attente pour les soins dans les salles d'urgence et pour des procédures prioritaires comme les remplacements de la hanche et du genou, la chirurgie de la cataracte et les tests de diagnostic.

Le comité d'amélioration de l'accès et de la réduction des délais d'attente au service d'urgence, qui était coprésidé par le D<sup>r</sup> John Ross et le D<sup>r</sup> Alecs Chochinov, s'est penché sur le rôle des soins d'urgence et de la gouvernance; l'accès aux soins dans les régions urbaines, rurales et éloignées; les populations autochtones et vulnérables; les services médicaux d'urgence et le transport médical d'urgence; le roulement des patients; et l'avenir des soins d'urgence.

Le comité de réduction des délais d'attente pour les procédures prioritaires, qui était coprésidé par le D<sup>r</sup> Michael Rachlis et le D<sup>r</sup> Jack McPherson, a examiné des questions liées à l'imagerie par résonance magnétique; l'arthroplastie de la hanche et du genou; et la chirurgie de la cataracte.

Le Groupe de travail a tenu des consultations publiques (six à Winnipeg, sept dans les régions rurales du Manitoba et deux au nord du Manitoba). Il a également consulté des fournisseurs de soins de santé (53 consultations de membres du personnel axés sur les services d'urgence et 29 portant sur les procédures prioritaires) ainsi que l'organisme First Nations Health and Social Secretariat of Manitoba (Nanaandawewigamig) et le fournisseur de services de santé Ongomiizwin (appelé auparavant Northern Medical Unit).

Les comités ont en outre examiné la documentation, étudié les pratiques exemplaires qui fonctionnent dans les autres administrations et mené des enquêtes en ligne qui ont suscité près de 1 700 réponses du public et du personnel du système de santé.

Des fournisseurs de soins de santé et des représentants du public ont fait partie du comité directeur et ont collaboré avec les sous-comités chargés de se pencher sur les délais d'attente aux services d'urgence et les procédures prioritaires. Le comité directeur était composé des personnes suivantes : D<sup>r</sup> Rob Grierson, D<sup>r</sup> Anthony Herd, Marion Ellis, IA., Pat Cockburn, IA., D<sup>r</sup> Harold Nyhof, Wayne Anderson, Martin Bilinkoff et Debbie Brown. Le D<sup>r</sup> Eric Bohm, le D<sup>r</sup> Mathen Mathen et le D<sup>r</sup> Marco Essig ont tous fourni des rapports cliniques au comité.

### **Accès dans les régions rurales**

« On relève des différences notables entre les 63 services d'urgence des régions rurales du Manitoba. Certains sont aussi gros que les services d'urgence de Winnipeg, tandis que d'autres ne soignent qu'un petit nombre de patients très malades et fournissent surtout des soins primaires. Bien que la présence d'un service d'urgence dans une localité rassure les gens, si le personnel se sent

mal équipé pour s'occuper des patients les plus malades ou qu'il y a des fermetures fréquentes, les attentes ne sont pas nécessairement satisfaites. » (Résumé, page xi)

« Le comité d'amélioration de l'accès et de la réduction des délais d'attente au service d'urgence trouve qu'il est déraisonnable de s'attendre à ce que les résidents des régions rurales mémorisent, affichent ou vérifient les heures d'ouverture et de fermeture du service d'urgence lorsqu'ils éprouvent un problème de santé inattendu qui nécessite une attention immédiate. Par définition, un service d'urgence est ouvert 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. » (Page 85)

« Si vous veillez à ce que les services d'urgence soient ouverts 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, il serait bon de les pourvoir en fournisseurs de soins au fait des techniques et des nouveautés liées aux services d'urgence et qui ont la possibilité d'apprendre continuellement. Cela ne me dérange pas de ne pas voir de médecin, tant que quelqu'un peut prodiguer les soins requis de façon appropriée à ce moment-là. » (Page 99 – répondant à l'enquête publique)

« Un établissement qui ne peut dispenser des soins d'urgence de façon fiable et constante 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 n'est pas un service d'urgence, sauf qu'il pourrait bien servir le public d'une autre façon. » (Page 137)

### **Regroupement clinique à Winnipeg**

« La qualité des soins dispensés en cas d'urgence réelle – 1 et 2 sur l'échelle ÉTG – dans les services d'urgence de Winnipeg est très élevée et le délai d'attente est généralement très court. » (Page 26)

« Un des problèmes structurels qui contribue aux longs délais d'attente dans les services d'urgence de Winnipeg est lié au fait d'avoir six hôpitaux de soins actifs ainsi qu'un centre de soins d'urgence. Chaque hôpital ou service d'urgence doit avoir du personnel, des moyens diagnostiques et des consultants spécialistes pour fonctionner de façon optimale, mais il n'est pas possible de réunir dans chaque établissement toutes les ressources requises pour assurer tous les services 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. » (Page 37)

« Le regroupement des services hospitaliers et des services d'urgence paraît raisonnable en théorie, car il tend à rassembler les services spécialisés, diagnostiques et consultatifs dans un nombre limité de centres bien doté en ressources, éliminant ainsi la dilution qu'entraîne l'existence de nombreux établissements de soins actifs (...). Le nombre de services d'urgence à Winnipeg devra finir par être réduit, mais des préoccupations subsistent quant au moment et au nombre de services d'urgence qui seront touchés. Le choix du moment et une planification adéquate de ces changements peuvent faire la différence entre un succès et un échec. »

### **Roulement des patients**

« Sur 100 patients adultes qui se rendent dans un service d'urgence à Winnipeg, seulement 13 ou 14 sont admis à l'hôpital pour poursuivre leur traitement ou suivre un traitement plus poussé. »  
(Page 71)

« En définitive, il y a moins de dix visites aux services d'urgence sur 100 dont les trajectoires sont bloquées, mais ce blocage nuit aux délais d'attente et aux soins d'innombrables patients. » (Page 71)

### **Procédures prioritaires - IRM**

« Je n'ai pas d'inconvénient à passer une IRM après les heures de travail ou la fin de semaine, si cela peut se faire plus tôt. » (Page 187, participant à l'enquête publique)

« On peut aussi améliorer la capacité existante en adoptant et en suivant des stratégies pour réduire le nombre de rendez-vous non comblés lorsque le patient a annulé ou ne s'est pas présenté. »  
(Page 189)

### **Procédures prioritaires – Remplacements de la hanche ou du genou**

« L'admission centralisée a amélioré la capacité du système à veiller à ce que les patients devant être vus soient mis sur la liste d'attente, en plus d'ajouter des données pour mieux suivre la demande de services. En outre, l'admission centralisée fait en sorte que les délais d'attente pour la consultation sont beaucoup plus uniformes parmi tous les chirurgiens qui participent. » (Page 211)

### **Procédures prioritaires – Chirurgie de la cataracte**

« Le programme de chirurgie de la cataracte de l'ORSW a entrepris plusieurs initiatives pour établir un programme chirurgical efficace qui propose des soins de qualité axés sur le patient (...). La normalisation de ces pratiques a joué un rôle capital dans la rationalisation des processus du programme et la saisie de données relatives aux indicateurs clés, qui sont nécessaires pour obtenir des fonds et faire des comparaisons entre les délais d'attente du programme et les points de référence établis. » (Page 237)

« Un chirurgien peut faire entre 15 et 20 chirurgies de la cataracte (ou même plus) par jour, alors qu'il ne pouvait en faire que de deux à quatre il y a 20 à 30 ans. Cependant, le coût de la chirurgie n'a pas vraiment diminué et s'élève toujours à 450 \$ par intervention. Une réduction de 100 \$ entraînerait des économies estimées à 1,27 million de dollars par an. » (Page 245)