
DÉLAIS D'ATTENTE :
Comblent l'arriéré critique
du Canada en matière
d'arthroplastie de la
hanche du genou

Juin 2021

Table des matières

Sommaire	2
Le problème	4
1. Des systèmes de santé qui minimisent la gravité de l'arthrite.....	5
2. Des occasions de diagnostic précoce négligées	5
3. Un accès inégal aux traitements précoces.....	6
4. Des parcours chirurgicaux fragmentés.....	6
5. Une demande croissante pour des opérations chirurgicales.....	7
6. Une insuffisance ou des lacunes de financement des interventions chirurgicales.....	7
Possibilités à exploiter et solutions	9
I. Diffuser et mettre à l'échelle des modèles de soins novateurs.....	10
II. Normaliser l'approche axée sur le patient pour la collecte et la diffusion de données	12
III. Tirer le meilleur parti de la technologie numérique	12
IV. Élargir l'accès aux programmes communautaires de santé articulaire	13
V. Réinvestir les économies provenant des gains d'efficacité chirurgicale dans l'amélioration des soins aux patients	14
Sommaire	15
<i>Les raisons pour lesquelles le Canada doit s'attaquer à la crise des délais d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou</i>	<i>15</i>
Prochaines étapes	15
Annexe 1 : Équipe d'experts sur les délais d'attente de la Société de l'arthrite.....	16

Sommaire

À mesure que la pandémie de COVID-19 prenait de l'ampleur au Canada, la redirection subséquente des ressources hospitalières a entraîné l'arrêt des arthroplasties dans tout le pays. Ce dénouement a exacerbé une crise existante en matière de soins des patients et a poussé la Société de l'arthrite à réunir une équipe pancanadienne d'experts afin d'examiner le problème complexe et proposer une gamme de solutions possibles.

En réunissant des dirigeants du système de santé de partout au pays qui sont profondément dévoués à améliorer les soins de santé de milliers de Canadiens qui attendent présentement des opérations dites « électives », la Société de l'arthrite cherche à atteindre deux objectifs.

D'abord, la Société de l'arthrite réaffirme son engagement de longue date à alléger le fardeau du nombre croissant de Canadiens qui sont sur une liste d'attente qui s'allonge pour des opérations qui changent des vies. Ensuite, la Société de l'arthrite démontre sa conviction profonde que l'élaboration des meilleures solutions de politiques publiques se fait uniquement en tirant parti de l'expérience collective, des points de vue et des conseils de cliniciens, de défenseurs des patients et d'experts de l'industrie et de politiques sanitaires de l'ensemble du pays.

Dans un langage concis et direct, ce rapport analyse les facteurs ayant contribué à la crise des délais d'attente pour des arthroplasties au Canada – et propose un ensemble de solutions complémentaires ayant les meilleures chances d'alléger le fardeau qui pèse sur trop de Canadiens, leurs familles, leurs proches et leurs équipes de soins.

En s'appuyant sur cette base politique, la Société de l'arthrite, ses alliés et ses collaborateurs continueront à plaider en faveur des nouvelles politiques, des programmes et du financement pour s'assurer que les Canadiens ont un accès rapide aux interventions chirurgicales de remplacement d'articulation dont ils ont besoin et auxquelles ils ont droit.

Bien que les solutions de ce rapport soient axées sur les façons de régler les problèmes liés aux arthroplasties de la hanche et du genou, le défi des délais d'attente qui gonflent est beaucoup plus vaste et exhaustif et la Société de l'arthrite reconnaît qu'une action coordonnée est nécessaire pour soutenir les patients et les cliniciens en bâtissant des systèmes de santé robustes, résilients et adaptés tandis que nous sortons des journées les plus sombres de la pandémie.

La Société de l'arthrite remercie les membres de l'équipe pancanadienne d'experts sur la question des délais d'attente (« l'équipe d'experts ») pour leurs temps précieux, leurs points de vue et leur engagement dans un dialogue réfléchi et productif sur cet enjeu essentiel.

Introduction

L'arthrite est la maladie chronique qui touche le plus de Canadiens. Pas moins de six millions de Canadiens vivent avec l'arthrite et ce nombre devrait atteindre neuf millions d'ici 2040ⁱ. Parallèlement, la demande pour des arthroplasties de la hanche et du genou a augmenté d'environ 20 % au cours des cinq dernières années. Cette hausse de la demande s'accompagne d'une augmentation des coûts des soins : en 2020, les systèmes de santé canadiens ont dépensé plus de 1,4 milliard de dollars pour plus de 137 000 arthroplasties de la hanche et du genou (excluant les coûts de réhabilitation)ⁱⁱ. Toutefois, cela ne tient pas compte du coût des diagnostics et des traitements négligés ou retardés, ce qui comprend les répercussions qu'entraînent la douleur débilite et la mobilité réduite sur la vie des personnes atteintes et de ceux qui en prennent soin, en plus des coûts économiques des points de vue sociétal (p. ex. la productivité) et individuel (p. ex. perte d'autonomie, épuisement professionnel des proches aidants, etc.).

Même avant la COVID-19, les délais d'attente pour des opérations chirurgicales « électives » au Canada étaient d'une longueur inadmissible comparativement à ceux d'autres pays de l'OCDE – et la pandémie n'a fait qu'empirer une situation alarmante^{iv}. Lors de la première vague de COVID-19, entre avril et mai 2020, il y a eu une diminution de 67 % (13 500 de moins) des arthroplasties de la hanche et du genou effectuées par rapport à l'année précédente^v. Comme plusieurs études l'ont démontré, les longs délais d'attente pour des opérations chirurgicales entraînent à long terme une détérioration du pronostic, une augmentation de la douleur et la dépressionⁱ.

Les arthroplasties de la hanche et du genou sont respectivement les deuxième et troisième opérations chirurgicales les plus pratiquées en milieu hospitalier au Canadaⁱⁱⁱ.

Soucieuse de régler cette croissance importante de l'arriéré en matière d'interventions chirurgicales et les conséquences négatives sur les patients, la Société de l'arthrite a réuni une équipe pancanadienne de cliniciens de premier plan, de défenseurs de la cause et de dirigeants des systèmes de santé lors de deux séances de travail tenues le 9 décembre 2020 et le 20 janvier 2021. L'objectif de ces séances était de mieux comprendre les facteurs ayant entraîné le prolongement des délais d'attente pour les arthroplasties en plus de trouver et d'établir l'ordre de priorité d'une série de solutions pouvant s'appliquer à la plus large gamme d'opérations chirurgicales liées à l'arthrose.

Ce document est un sommaire des discussions et un « appel à l'action » qui plaide pour une nouvelle approche améliorée afin de parvenir à réaliser davantage d'opérations chirurgicales transformatrices de la hanche et du genou à un plus grand nombre de Canadiens, d'une manière rapide, efficace et axée sur le patient.



« Nous avons la tête sous l'eau. Nous sommes tellement enfoncés que nous devons d'abord assécher le marécage et reconstruire les digues. Aujourd'hui, j'ai vu un patient qui m'a dit qu'il demanderait de l'aide à mourir s'il ne se faisait pas opérer bientôt. Il a dit cela en pleurant devant sa famille. C'était comme avoir un pistolet sur la tempe. C'est le genre de patient que mes autres collègues chirurgiens commencent à voir de plus en plus. »

Le problème

En réfléchissant à sa propre expérience et à son expertise, l'équipe d'experts a cerné un nombre de problèmes qui prolongent et exacerbent les délais d'attentes pour les arthroplasties de la hanche et du genou au Canada.

Principaux problèmes exacerbant la crise des délais d'attente au Canada

- 1. Des systèmes de santé qui minimisent la gravité de l'arthrite*
- 2. Des occasions de diagnostic précoce négligées*
- 3. Un accès inégal aux traitements précoces*
- 4. Des parcours chirurgicaux fragmentés*
- 5. Une demande croissante pour des opérations chirurgicales*
- 6. Une insuffisance ou des lacunes de financement des interventions chirurgicales*



1. Des systèmes de santé qui minimisent la gravité de l'arthrite

L'arthrite est la maladie chronique qui touche le plus de Canadiens et l'arthrose est le type d'arthrite le plus courant. Les participants ont indiqué que l'arthrose est la principale maladie entraînant des arthroplasties de la hanche et du genou et la troisième maladie associée à l'invalidité ayant la plus forte croissance, après le diabète et la démence. Non seulement l'arthrose affecte-t-elle les personnes, mais elle a des conséquences additionnelles d'utilisation accrue des soins de santé, d'absentéisme et de retraite anticipée qui accroissent le fardeau socioéconomique de la maladie.

Malgré la prévalence de l'arthrite, l'équipe d'experts juge inacceptable la fréquence à laquelle l'arthrose est abordée en termes condescendants (p. ex. « c'est dû à la vieillesse » ou « ce n'est que de l'usure »). Même l'utilisation du terme « élective » peut être méprisante et on devrait plutôt parler d'opération chirurgicale « programmée ». Cela a des répercussions sur l'utilisation en temps opportun des ressources publiques disponibles en matière de prévention des maladies (p. ex. obésité, sédentarisme, prévention des blessures du genou), les diagnostics précoces et les interventions de traitement dans les soins primaires ou interdisciplinaires et sur l'investissement dans la recherche visant à ralentir la progression de l'arthrose. L'attitude méprisante est un facteur important de nombreux problèmes interdépendants dont il sera question plus loin dans ce document et elle est un des principaux facteurs de la croissance rapide de l'arthrose avancée chez les jeunes adultes observée dans le monde entier.

« N'utilisez pas d'expressions comme «non chirurgical», c'est très méprisant quand on pense voir un chirurgien et qu'on se fait dire qu'on est non chirurgical. Certains de mes patients pensent que cela signifie qu'ils ne seront jamais opérés et ils sont confus lorsque trois ans plus tard, ils doivent être opérés. »

2. Des occasions de diagnostic précoce négligées

L'accent mis sur l'arriéré en matière d'opérations chirurgicales ne peut exclure celui mis sur les effets en amont qui font que les patients doivent être opérés. Le manque d'attention et de financement destinés au diagnostic efficace et au traitement précoce des patients par le biais de programmes de gestion de la hanche et du genou ne fera qu'augmenter le nombre d'arthroplasties à l'avenir. Il est essentiel de rediriger la conversation pour inclure les effets en amont en plus de la valeur des dollars en santé consacrés à la prévention.

L'équipe d'experts a indiqué que de nombreux patients sur des listes d'attente ne se font pas offrir de programmes de gestion des articulations ou n'y ont pas accès, car ces programmes ne sont pas entièrement compris par les prestataires ou les patients et la plupart sont uniquement couverts par les avantages sociaux d'employés.



3. Un accès inégal aux traitements précoces

La pandémie de COVID-19 a entraîné des changements rapides, mais nécessaires, au sein des systèmes de santé du Canada. Tandis que les professionnels de la santé raffinent et améliorent leur approche pour traiter les patients, il est essentiel qu'une évaluation et une mise à jour des lignes directrices des traitements et des protocoles assurent que les patients atteints d'arthrite obtiennent des diagnostics rapidement et qu'ils sont priorisés de manière adéquate.

L'équipe d'experts a souligné le besoin de tenir compte du paysage en évolution (p. ex. la révolution des soins de santé virtuels en cours) et d'assurer une cohérence dans l'utilisation des meilleures pratiques cliniques parmi les professionnels de la santé qui traitent et gèrent les patients atteints d'arthrite partout au Canada. Les chirurgiens participants ont mentionné les défis qu'ils affrontent pour déterminer si une intervention chirurgicale est appropriée pour un patient en particulier en raison d'un manque de cohérence dans les normes encadrant le choix des patients qui doivent être traités, la manière dont ils doivent être traités et le moment où changer ou cesser les traitements.

« Nous n'avons pas de bons critères objectifs sur la façon d'évaluer les patients afin de repérer le moment où les traitements conservateurs ne leur conviennent plus et où ils doivent passer au niveau suivant de traitement. »

Heureusement, un travail d'élaboration et de validation des critères a été accompli. Les parcours de soins fondés sur les données probantes approuvées et respectés en Alberta en sont une preuve. Toutefois, il n'est pas évident de trouver la meilleure façon d'utiliser de manière cohérente les outils qui fonctionnent dans une province pour toutes les arthroplasties de la hanche et du genou du Canada.

4. Des parcours chirurgicaux fragmentés

L'équipe d'experts a souligné à quel point la fragmentation des parcours chirurgicaux de la hanche et du genou gonfle les délais d'attente. Cette fragmentation est due au manque de communication et de compréhension entre les professionnels de la santé qui s'occupent du même patient (p. ex. à quel moment offrir des programmes de gestion de la santé des articulations de la hanche et du genou), et au manque d'attention et de compréhension du parcours du patient, depuis le moment où un problème est reconnu jusqu'au moment où il obtient les soins appropriés.

Décortiquer soigneusement le parcours du patient fait partie des étapes importantes vers une vision d'ensemble du problème des délais d'attente et de la manière de le résoudre. Puisque les connexions du système de santé ne sont pas optimales, les soins primaires ne sont peut-être pas au courant de l'amplitude de l'arriéré en matière d'interventions chirurgicales et ils n'offrent peut-être pas d'autres traitements de soutien (p. ex. la physiothérapie) tandis que le patient attend d'obtenir l'avis d'un chirurgien.



5. Une demande croissante pour des opérations chirurgicales

Les participants ont indiqué que la demande pour les arthroplasties de la hanche et du genou continuera d'augmenter dans un futur proche en raison des facteurs suivants : (1) la population vieillissante; (2) le fardeau croissant des maladies indépendant du vieillissement; (3) les critères élargis pour les arthroplasties. Par conséquent, pour aborder le problème, il faut adopter une approche pluridisciplinaire – financement, efficacité accrue et gestion non opérationnelle améliorée afin que les patients puissent éviter ou repousser l'opération chirurgicale.

Se concentrer sur une augmentation de l'offre par le financement accru, une disponibilité prolongée des salles d'opération ou le travail des chirurgiens les fins de semaine ne suffira pas. Ces solutions ont été utilisées et, bien qu'elles aient pu fonctionner à court terme, elles ne parviennent pas à résoudre le problème à long terme.

« Il y a quelques années, la Saskatchewan a décidé d'écourter les listes d'attentes en uniformisant les processus et en dirigeant le financement de manière à créer du temps additionnel dans les salles d'opération. Cela a fonctionné et la majorité des chirurgiens ont vu leur liste d'attente réduite à trois mois. Les choses allèrent rondement pendant quelques années et l'argent vint à manquer. Depuis, les délais d'attente sont revenus à la hausse. »

6. Une insuffisance ou des lacunes de financement des interventions chirurgicales

Les participants ont raconté des histoires de réussite de réduction des délais d'attente liées à une augmentation du financement fourni par leur province. Toutefois, il a été démontré que le financement accru n'est pas durable et qu'il est généralement réduit une fois que les délais d'attente sont gérés adéquatement. Cependant, de tels financements durables sont requis pour garder ces délais d'attente sous contrôle et ils devraient probablement être augmentés avec le temps afin de répondre à la demande croissante. Les participants ont également indiqué que les hôpitaux ne sont pas motivés à augmenter les plages de disponibilités des salles d'opération et du personnel requis, car cela aurait des conséquences sur le budget global de l'hôpital.

Le financement sera toujours au cœur des discussions sur les délais d'attente et il sera nécessaire pour tous les types d'initiatives. Cependant, se concentrer uniquement sur le financement est signe



d'une vision à court terme et ne permet pas de briser le cycle. L'objectif principal de toute initiative doit être d'améliorer le processus par le biais de l'efficacité, de l'innovation et d'une approche axée sur le patient afin d'assurer que les opérations chirurgicales sont effectuées en temps opportun et de prendre des mesures pour réduire la demande de manière proactive. Cette orientation élargie est essentielle puisque l'équipe d'experts a exprimé des préoccupations sur le fait que même si les capacités étaient augmentées par le biais du financement (p. ex. temps accrus en salle d'opération, augmentation du nombre de salles d'opération) le personnel requis pour les faire fonctionner n'est pas suffisant. Le financement fait partie de la solution, mais ce n'est pas la seule mesure requise.

L'équipe d'experts a aussi souligné l'incapacité de tirer parti des économies réalisées grâce aux progrès chirurgicaux et aux améliorations des processus et de les réinvestir dans l'amélioration des soins et la réduction des délais d'attente pour les arthroplasties en raison de la nature des budgets de la santé qui est en silos. Il a également été souligné que le système actuel n'incite pas les cliniciens à mettre en place des modèles de soins pour l'arthrose qui pourraient prévenir et réduire ou repousser le besoin de recourir à une opération. Cette déconnexion peut miner et ralentir la recherche d'efficacité, laissant les spécialistes de l'arthrite lutter pour les ressources contre de multiples priorités de l'hôpital.

« Nous avons écourté la durée des séjours, diminué le coût des implants, réduit les taux de transfusion et les taux de révision. Malgré tout, la capacité de tirer parti de ces économies et de les réinvestir pour améliorer les niveaux de soins chirurgicaux offerts et l'efficacité du système de santé reste impossible. Je ne pense pas que notre système de santé est structuré pour que nous puissions tirer parti de ces économies, elles disparaissent en déficits de la santé. »



Possibilités à exploiter et solutions

Après s'être penché sur les discussions concernant les principaux enjeux qui influencent et prolongent les délais d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou, l'équipe d'experts a cerné un certain nombre de solutions qui ont le meilleur potentiel pour engendrer des retombées positives et appuyer les patients dans leurs parcours de soins. Ces solutions sont décrites ci-dessous.

Pistes de solutions pour la crise des délais d'attente au Canada

- I. Diffuser et mettre à l'échelle des modèles de soins novateurs*
- II. Normaliser l'approche axée sur le patient pour la collecte et la diffusion de données*
- III. Tirer le meilleur parti de la technologie numérique*
- IV. Élargir l'accès aux programmes communautaires de santé articulaire*
- V. Réinvestir les économies provenant des gains d'efficacité chirurgicale dans l'amélioration des soins aux patients*



I. Diffuser et mettre à l'échelle des modèles de soins novateurs

Au cours des 20 dernières années, un certain nombre d'initiatives ont été lancées dans l'ensemble du pays pour améliorer les soins des patients atteints d'arthrite. Malheureusement, un grand nombre des innovations les plus prometteuses et positives se sont limitées à des réussites locales ou régionales sans les ressources ou la volonté de les diffuser et de les étendre à plus grande échelle. La COVID-19 a mis à l'épreuve les systèmes de santé déjà extrêmement sollicités et les a déstabilisés. Elle a également mis en évidence l'importance de repérer les modèles de soins novateurs et d'y élargir l'accès. Trois exemples sont particulièrement prometteurs :

📌 **Mettre en place des modèles de triage « à entrée unique » partout au Canada**

Le modèle à entrée unique garantit qu'un patient rencontre le prochain chirurgien disponible plutôt qu'un chirurgien choisi à l'aveugle ou selon les préférences du patient. Ce modèle comprend :

- Une liste d'attente unique pour y consolider les nombreuses listes d'attente
- Un guichet d'entrée unique où les aiguillages sont traités et les prestations de soins organisées
- Un système de triage unique où les aiguillages sont évalués selon leur pertinence ou leur urgence

Une file d'attente unique qui dirige chaque patient vers le prochain chirurgien disponible en fonction de son état, des préférences du patient pour un chirurgien en particulier et la priorité dans la file d'attente pourrait aider à gérer les délais d'attente d'une manière juste et efficace, tout en réduisant les chevauchements et en s'assurant que les chirurgiens ont des listes d'attente semblables.^{vi}

📌 **Promouvoir la création d'un modèle de soins axé sur l'équipe**

Les modèles de soins axés sur l'équipe qui permettent à un patient de bénéficier des soins d'un groupe coopératif de fournisseurs de soins ont démontré qu'ils offrent davantage de possibilités de normalisation en matière de prise de décision et de préparation péri-opératoire et la facilité d'accès à un deuxième avis pour les cas de patients complexes^{vi}. En s'assurant que les professionnels de la santé alliés (p. ex. les praticiens en pratique avancée, les coordonnateurs de soins, etc.) sont intégrés dans les modèles de soins axés sur l'équipe pour la gestion de la hanche et du genou, il est possible d'améliorer la coordination et la communication entre cliniciens et d'optimiser les soins prodigués aux patients par plusieurs fournisseurs^{vi}. Cela comprendrait aussi la gestion non chirurgicale, l'éducation et la compréhension des préférences et des attentes des patients.



👉 Accélérer l'adoption générale des chirurgies d'un jour pour les arthroplasties

Malgré le fait qu'elles allègent la pression appliquée sur la gestion des lits et qu'elles réduisent le coût global des procédures jusqu'à 30 %, les chirurgies d'un jour n'ont pas été largement adoptées au Canada comparativement à d'autres pays comme les États-Unis^{vii}. Afin de permettre une adoption générale des chirurgies d'un jour, voici quelques exemples de solutions au niveau des fournisseurs, des patients et des organisations :

- **Facteurs liés aux fournisseurs :** Améliorer la coordination et la communication entre les chirurgiens, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, le personnel infirmier et les anesthésistes et fournir des modèles de financement afin de permettre les ajustements des processus requis par les professionnels de la santé pour soutenir les parcours des consultations externes.
- **Facteurs liés aux patients :** Améliorer l'éducation sur les attentes chirurgicales, le soutien social adéquat et l'accès aux services à domiciles après l'opération.
- **Facteurs organisationnels :** S'assurer de la présence d'un soutien administratif et de mesures incitatives (p. ex. du financement) pour un virage vers la consultation externe et de mettre l'accent sur l'amélioration de la sécurité et du rétablissement après l'opération dans l'approche de consultation externe.

Afin d'appuyer la transition vers une adoption générale des chirurgies d'un jour pour l'ensemble du Canada, Excellence en santé Canada – le nouvel organisme réunissant l'Institut canadien pour la sécurité des patients et la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé – a récemment lancé le projet de cheminement clinique **Récupération améliorée après la chirurgie**. Des ressources de mise en œuvre pour les patients et les fournisseurs sont disponibles sur la page [Récupération améliorée après la chirurgie](#).



II. Normaliser l'approche axée sur le patient pour la collecte et la diffusion de données

Au fil des ans, le suivi des délais d'attente pour des opérations chirurgicales et des paramètres des processus n'a rien changé de la situation des patients ni même amélioré les délais d'attente en général. Plutôt que de se concentrer uniquement sur la normalisation des données sur les délais d'attente pour des opérations chirurgicales, il faut passer à la normalisation des données axées sur le patient qui prennent la mesure du parcours complet du patient, du fournisseur de soins primaires à l'évaluation (attente 1) puis à l'opération chirurgicale (attente 2). En fin de compte, que cela concerne les opérations chirurgicales ou les diagnostics, il s'agit du patient et de la compréhension de ce dernier afin d'optimiser et améliorer la gestion des cas.

Des données améliorées sur les patients et un accès transparent à ces données pour les patients et les fournisseurs permettent de perfectionner l'assurance de la qualité et l'optimisation des patients grâce à une mesure appropriée des résultats et des expériences pour les patients. Par ailleurs, la normalisation des données des patients en plus de la mise en place de mesures de responsabilisation pour la collecte et la communication de ces données sur les mêmes étapes de processus pour toutes les provinces garantira de mieux connecter et coordonner les soins tout au long du parcours du patient dans les soins de santé.

III. Tirer le meilleur parti de la technologie numérique

« Plutôt que de penser à la normalisation des données sur les opérations chirurgicales, nous devons nous concentrer sur la normalisation des données sur le patient puisqu'en fin de compte, il s'agit du patient et de la compréhension de ce dernier pour parvenir à améliorer la priorisation et la gestion des cas. Seule une compréhension approfondie du profil du patient le permet. »

Qu'il s'agisse d'aiguillage électronique ou de soins virtuels, l'accélération de la mise en œuvre de la technologie numérique améliorera davantage les modèles de soins novateurs, la normalisation des données sur le patient décrits ci-dessus et l'expérience globale des patients (p. ex. retour rapide des patients à la maison, diminution du nombre de visites subséquentes aux urgences après une opération chirurgicale, etc.). Les aiguillages électroniques qui ont été adoptés ont débouché sur une amélioration de l'utilisation des ressources, de la planification des ressources humaines en matière de soins de santé, de la coordination des soins et la capacité de choisir les bons patients pour les interventions chirurgicales.



Tirer parti de la technologie numérique comme l'aiguillage électronique et les soins virtuels peut améliorer l'efficacité du système de santé et la transparence en assurant des taux de réponse accélérés. Non seulement les aiguillages électroniques réduisent les délais d'attente, ils permettent aussi une utilisation optimale des ressources^{viii}.

Dans la lignée de l'adoption du numérique, il convient de se pencher davantage sur la manière d'inclure et de tirer parti de la technologie pour les initiatives suivantes :

- ▮ Évaluer les pratiques cliniques en raison du changement récent dans les soins des patients (p. ex. les soins virtuels);
- ▮ S'assurer que les meilleures pratiques à jour sont entièrement et adéquatement suivies partout au Canada;
- ▮ Établir des critères cohérents pour que les patients déterminent le moment où ils sont prêts à être opérés ou s'ils ont besoin de l'être.

IV. Élargir l'accès aux programmes communautaires de santé articulaire

Une reconnaissance et une adoption élargies des programmes communautaires de gestion de la santé articulaire permettront une accessibilité améliorée aux personnes vivant avec des douleurs articulaires, en particulier les affections de la hanche et du genou, et elles peuvent aider à prévenir et repousser la nécessité d'une arthroplastie. C'est essentiel, car ces programmes peuvent aider à prévenir et repousser le besoin d'une intervention chirurgicale et améliorer la santé des articulations de la hanche et du genou et celle des patients afin d'assurer les meilleurs résultats après une opération chirurgicale nécessaire. Les participants de l'équipe d'experts ont indiqué que la douleur et la dysfonction avant l'opération chirurgicale sont annonciatrices de la douleur et de la dysfonction après celle-ci. Par conséquent, plus les patients attendent, plus cela prolonge leur incapacité et aggrave leur fonction avant l'opération chirurgicale.

Un des participants de l'équipe a également indiqué que même si après l'opération chirurgicale la plupart des patients voient de grandes améliorations, ils ne reviennent pas au point où ils en seraient s'ils avaient été opérés avant ou si d'autres options de traitements leur avaient été offertes pour maintenir leurs articulations en santé. Finalement, des programmes de gestion de la santé articulaire comme GLA:D (acronyme anglais pour « bien vivre avec l'arthrose au Danemark ») au Canada et *Osteoarthritis Service Integration System (OASIS)* à Vancouver, ont démontré une amélioration marquée dans la gestion de la douleur, les capacités fonctionnelles de l'articulation et la qualité de vie. Ils devraient donc faire partie du continuum de soin d'un patient^{ix}.

« Nous avons discuté de l'optimisation du financement et du fait que le citron est déjà trop pressé. En revanche, les systèmes d'aiguillage électronique ont donné des résultats positifs pour s'assurer que les patients sont bien dirigés et que les listes d'attentes sont gérées adéquatement, nous en obtenons donc plus pour chaque dollar dépensé. »



V. Réinvestir les économies provenant des gains d'efficacité chirurgicale dans l'amélioration des soins aux patients

Les solutions proposées permettront au système de santé de gagner en efficacité, d'améliorer la communication et la transparence, et donc de réaliser des économies de coûts. Toutefois, les budgets en silos au sein du système de santé peuvent empêcher le réinvestissement des économies issues de l'amélioration des processus et des modèles dans ce domaine et pour ces patients. Il s'agit d'une des principales préoccupations puisque plusieurs participants de l'équipe de travail ont indiqué que cela décourageait les divers professionnels de la santé d'apporter de nouvelles améliorations au système de santé.

Il est impératif d'élaborer un système de réinvestissement, non seulement pour les arthroplasties de la hanche et du genou, mais dans tout le système de santé afin de pouvoir :

- 👉 Encourager l'adoption des meilleures pratiques qui améliorent les résultats pour les patients et les économies en général;
- 👉 Redistribuer l'argent aux domaines qui ont travaillé dur pour ces améliorations afin qu'ils puissent réinvestir et innover à l'avenir.



Sommaire

Les raisons pour lesquelles le Canada doit s'attaquer à la crise des délais d'attente pour les arthroplasties de la hanche et du genou

En tirant parti des innovations dans les approches des soins péri-opératoires, les chefs de file cliniciens canadiens ont considérablement augmenté le nombre annuel d'arthroplasties réalisées au cours de la dernière décennie et ils ont réduit la durée moyenne des séjours à l'hôpital^{x,xi}. Malgré ces réussites, la crise des délais d'attente qui s'allongent continue de s'aggraver.

L'allongement des délais d'attente pour les interventions chirurgicales et l'arriéré qui ne cesse de gonfler sont des problèmes qui existaient avant la venue de la COVID-19, mais la pandémie a aggravé ce problème de taille. Pour répondre à ce besoin, il faudra former de nouveaux partenariats pour coordonner et optimiser les solutions afin de se donner la possibilité d'arriver à des changements positifs permanents. La Société de l'arthrite s'engage à travailler avec un large éventail de collaborateurs pour s'assurer que les dizaines de milliers de patients canadiens atteints d'arthrite qui attendent pour des traitements reçoivent rapidement les meilleurs soins.

Prochaines étapes

Au cours des prochains mois, la Société de l'arthrite, de concert avec ses partenaires, ses collaborateurs et ses alliées s'engagera auprès des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux afin de plaider en faveur d'une approche coordonnée, novatrice et inclusive pour l'adoption et la mise en œuvre des politiques, des programmes et des investissements requis pour s'attaquer à la crise des délais d'attente pour les arthroplasties au Canada.

Au cœur de ce plaidoyer se trouve notre demande de création d'un **groupe de travail canadien sur les délais d'attente** comprenant des leaders du milieu clinique, du système de santé, du gouvernement, de l'industrie et des patients, dont le mandat serait d'élaborer et de mettre en œuvre un plan d'action pancanadien – un plan qui, nous l'espérons, inclura de nombreuses idées et solutions décrites dans les pages ci-dessus. Bien que ce rapport soit axé sur la hanche et le genou, bon nombre de ces mêmes défis et solutions possibles s'appliquent plus largement au traitement de l'arthrite, chirurgical et non chirurgical, et devraient être pris en compte dans la détermination des recommandations.

Ce travail est étroitement lié à la stratégie d'innovation de la Société de l'arthrite et offre la possibilité de tirer parti de divers secteurs et de nouveaux partenariats potentiels pour innover et aller de l'avant dans la mise en œuvre de ces recommandations. Nous sommes déterminés et dévoués à travailler avec des collaborateurs et des partenaires de l'écosystème de la santé sur des solutions à court et à long terme axées sur les patients et qui leur permettent de retrouver la mobilité et la qualité de vie qu'ils méritent.



Annexe 1 : Équipe d'experts sur les délais d'attente de la Société de l'arthrite

Nom	Titre / Organisation
Trish Barbato	Présidente et chef de la direction de la Société de l'arthrite
Dr Bob Bell DCM, MSc, FRCSC, FRCSE (hon)	Chirurgien orthopédiste de renommée internationale, clinicien-chercheur, éducateur et ancien sous-ministre au ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Siân Bevan Ph. D.	Directrice générale du volet scientifique, Société de l'arthrite
Dr Eric Bohm BEng, MD, MSc, FRCSC	Président du <i>Manitoba Provincial Orthopedic Standards and Quality Committee</i> , du Comité consultatif du Registre canadien des remplacements articulaires, de la liste d'attente de l'administration régionale de la santé de Winnipeg et conseiller médical pour le Registre des remplacements articulaires et pour le <i>Central Intake Program</i>
Sameer Chunara PT, MSc(PT), B.Ed, ACPAC	Membre du conseil d'administration de l' <i>Arthritis Health Professionals Association</i> (association des professionnels de la santé du domaine de l'arthrite), physiothérapeute en pratique avancée et directeur de clinique de la <i>St. George Physiotherapy Clinic</i>
Joanne Di Nardo	Directrice, Politiques publiques et relations avec les gouvernements, Société de l'arthrite (poste partagé)
Dr Michael Dunbar MD, FRCSC, PhD, FCAHS	Professeur de chirurgie à la division d'orthopédie de l'Université Dalhousie et coprésident du Registre canadien des remplacements articulaires
Dr William Dust MD, FRCSC	Professeur de chirurgie orthopédique à l'hôpital universitaire Royal
Kelly Gorman	Directrice, Politiques publiques et relations avec les gouvernements, Société de l'arthrite (poste partagé)
Dr Pierre Guy MD, MBA, FRCSC	Président du conseil d'administration de la Fondation canadienne d'orthopédie, membre du conseil d'administration de l'Association canadienne d'orthopédie, professeur et clinicien-chercheur au département d'orthopédie de l'UBC et chirurgien orthopédiste traumatologue pratiquant au centre de traumatologie de niveau 1 de la Colombie-Britannique de l'hôpital général de Vancouver
Dre Gillian Hawker MD, FRCPC	Professeure et présidente de la chaire Sir John and Lady Eaton du département de médecine de l'Université de Toronto, clinicienne-chercheuse à l'Institut de recherche du Women's College, scientifique principale à l'Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé et scientifique principale auxiliaire à l'Institut de recherche en services de santé
Izabella Kaczmarek MPH	Consultante, Santis Health
Normand Laberge	Directeur général, CHIRURGIE DIX30
Raj Malik	Vice-président, Affaires fédérales et Systèmes de santé chez MedTech Canada



Rhona McGlasson	Directrice générale, <i>Bone and Joint Canada</i>
Dr Raja Rampersaud MD, FRCPC	Chirurgien orthopédique spécialiste de la colonne vertébrale au Toronto Western Hospital et chercheur clinicien à l'Institut de recherche Krembil
Dr Kam Shojana MD, FRCPC	Scientifique – Directeur médical, Programme sur l'arthrite Mary Pack, Vancouver Coastal Health et professeur de clinique et chef de la rhumatologie à l'Université de la Colombie-Britannique
Michael Turner MSc	Gestionnaire de l'arthroplastie et des résultats et des expériences rapportés par les patients à l'Institut canadien d'information sur la santé
Ross Wallace	Directeur, Santis Health
Stephen Weiss Ph. D.	Directeur du conseil d'administration de la Société de l'arthrite
Carla Williams RN, MHSM, CPPS	Administratrice principale de programme, <i>Healthcare Excellence Canada</i>

ⁱ Société de l'arthrite. (2021). Activer les retombées, plan stratégique pour 2020-2025. Accessible à : <https://arthritis.ca/strategie>

ⁱⁱ Institut canadien d'information sur la santé. (2020). Arthroplasties de la hanche et du genou au Canada : rapport annuel du RCRA. Accessible à : <https://www.cihi.ca/fr/arthroplasties-de-la-hanche-et-du-genou-au-canada-rapport-annuel-du-rcra>

ⁱⁱⁱ Institut canadien d'information sur la santé. (2019). Arthroplasties de la hanche et du genou au Canada, 2017-2018 Rapport annuel du Registre canadien des remplacements articulaires. Accessible à : https://secure.cihi.ca/free_products/cjrr-annual-report-2019-fr-web.pdf

^{iv} Mackinnon J. (2016). Learning from the Saskatchewan Surgical Initiative to Improve Wait Times in Canada. Accessible à : <https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/learning-from-the-saskatchewan-surgical-initiative-to-improve-wait-times-in-canada.pdf> (en anglais seulement)

^v Institut canadien d'information sur la santé. (2020). Incidence de la COVID-19 sur les soins hospitaliers. Accessible à : <https://www.cihi.ca/fr/ressources-sur-la-covid-19/lincidence-de-la-covid-19-sur-les-systemes-de-sante-du-canada/soins-hospitaliers>

^{vi} Urbach D.R. et Martin. D., « Confronting the COVID-19 surgery crisis: time for transformational change », *CMAJ*, 2020, 192(21).

^{vii} Huang A., Ryu J. et Dervin G., « Cost savings of outpatient versus standard inpatient total knee arthroplasty » *Canadian Journal of Surgery*, 2016, 60(1): 57 - 62.

^{viii} Liddy C., Hogel M., Blazkho V. et Keely E., « The current state of electronic consultation and electronic referral systems in Canada: an environmental scan », *Stud Health Technol Inform*, 2015, 206:7583.

^{ix} GLA:D Canada, GLA:D Canada Implementation and Outcomes, 2019 Annual Report. Accessible à : https://gladcanada.ca/wp-content/uploads/2020/06/2019-GLAD-Canada-Annual-Report_Implementation-and-Outcomes_June-2020-Final.pdf, 2020. (en anglais seulement)

^x Bodrogi A., Dervin G.f., Beaulé P.E., « Management of patients undergoing same-day discharge primary total hip and knee arthroplasty », *CMAJ*, 2020, 192(2): 24-39

^{xi} Zomar B.O., Sibbald S.L., Bickford D., Howard J.L., Bryant D.M., March J.D., et Lanting B.A., « Implementation of Outpatient Total Joint Arthroplasty in Canada: Where We Are and Where We Need to Go », *Orthopedic Research and Reviews*, 2020, 12: 1 – 8

