

Déclaration sur les temps d'attente en obstétrique-gynécologie

La présente déclaration de principe a été rédigée par le comité spécial de la SOGC sur les temps d'attente et a été examinée, modifiée et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

COMITÉ SUR LES TEMPS D'ATTENTE

Scott Farrell, MD, FRCSC (coprésident), Halifax (N.-É.)
 Charmaine Roye, MD, FRCSC (coprésidente), Brantford (Ont.)
 Joan Crane, MD, FRCSC, St John's (T.-N.-L.)
 Don Davis, MD, FRCSC, Medicine Hat (Alb.)
 Mark Heywood, MD, FRCSC, Vancouver (C.-B.)
 André Lalonde, MD, FRCSC, Ottawa (Ont.)
 Guylaine Gisèle Lefebvre, MD – Toronto (Ont.)
 Nicolas Leyland, MD, FRCSC, Toronto (Ont.)
 Vyta Senikas, MD, FRCSC, Ottawa (Ont.)

Gestionnaire de projet

Christiane Ménard, SOGC

INTRODUCTION

Depuis de nombreuses années, l'accès en temps opportun aux soins de santé constitue une priorité pour les patientes, les fournisseurs de soins de santé, les organisations du domaine de la santé, les gouvernements et le public en général. Les points de repère en matière de temps d'attente ont été reconnus à titre de priorité gouvernementale dans le document de 2004 intitulé « Un plan décennal pour consolider les soins de santé¹ »; de plus, les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral ont adopté une gamme de politiques et de stratégies pour faire face aux temps d'attente prolongés pour l'obtention de soins. En 2004, l'Alliance sur les temps d'attente (ATA) a été mise sur pied et les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont accepté d'élaborer des points de repère pour les temps d'attente dans cinq domaines de priorité (cancer, chirurgie cardiaque, imagerie diagnostique, arthroplasties et restauration de la vue). En avril 2007, l'ATA a élargi sa portée en vue d'inclure les soins d'urgence, la psychiatrie, la gastro-entérologie, l'anesthésiologie et la chirurgie plastique.

À l'heure actuelle, aucune initiative n'a été mise sur pied pour gérer et surveiller les temps d'attente dans le domaine de l'obstétrique-gynécologie, et nous ne disposons toujours pas de points de repère en matière de temps d'attente appropriés. La présente déclaration de principe a pour objectif de proposer des recommandations fondées sur des connaissances spécialisées, en ce qui a trait aux temps d'attente maximaux médicalement appropriés pour l'obtention d'une consultation et d'interventions du domaine de l'obstétrique-gynécologie.

En ce qui concerne l'obstétrique, la question des temps d'attente a, dans la plupart des cas, été ignorée par tous les territoires de compétence provinciaux. De toute évidence, dès qu'une femme tombe enceinte, des délais précis sont

Résumé

Objectif : Élaborer des points de repère en ce qui a trait aux temps d'attente en obstétrique-gynécologie.

Résultats : Les points de repère énoncés dans le présent document ont été recommandés par le comité spécial de la SOGC sur les temps d'attente, dont les membres comprenaient des spécialistes en obstétrique, en gynécologie, en urogynécologie et en gynécologie oncologique. Une analyse documentaire a été menée sur les temps d'attente et l'accès aux soins; de plus, les directives cliniques et les documents sur les normes de diligence existants ont fait l'objet d'un examen.

La présente déclaration de principe, élaborée par le comité spécial de la SOGC sur les temps d'attente, a été adoptée par le Conseil de la SOGC dans le cadre de sa réunion du 10 novembre 2007. Le Conseil de la SOGC compte des représentants de toutes les régions du Canada, des spécialistes de tous les domaines de pratique en obstétrique-gynécologie, des médecins de famille, des infirmières, des sages-femmes, des directeurs de programme et des résidents, ainsi qu'une représentante du public.

Issues : Formulation par consensus de recommandations quant aux temps d'attente en obstétrique-gynécologie.

J Obstet Gynaecol Can, vol. 30, n° 3, 2008, p. 258–270

Mots clés : Wait times, benchmarks, obstetrics, gynaecology

Les déclarations de principe font état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celles-ci et peuvent faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

mis en cause et les fournisseurs de soins de santé se doivent de respecter les normes de diligence qui prescrivent l'échéancier et le nombre de consultations prénatales, ainsi que l'échéancier et les exigences en matière de dépistage prénatal.

Le non-respect de ces normes peut s'avérer préjudiciable à la santé de la mère et à la vie de son enfant. Ce non-respect entraîne également des conséquences pour l'obstétricien, lequel peut alors faire face à une face réprimande de la part du collège de réglementation et/ou à une réclamation médico-légale. Un accès opportun à la consultation, au dépistage prénatal et à l'offre de services de santé est essentiel pour assurer une grossesse et un accouchement sans risques aux femmes et à leurs enfants.

Il s'avère essentiel de mettre en œuvre une stratégie clairement définie en matière de temps d'attente en obstétrique-gynécologie pour éviter les effets potentiellement négatifs des temps d'attente trop prolongés sur les soins offerts aux patientes. Les temps d'attente inopportunément prolongés peuvent exercer des effets indésirables sur les issues de santé et, dans certains cas, entraîner la mort. De toute évidence, les temps d'attente prolongés existent déjà depuis un certain nombre d'années et l'obtention de solutions acceptables nécessitera encore un certain temps.

En 2006, un rapport de l'Institut Fraser² indiquait que le temps d'attente total entre l'orientation de la part d'un omnipraticien et le traitement, dont les chercheurs ont fait la moyenne pour les 12 spécialités et les 10 provinces sondées, était de 17,7 semaines en 2005 et de 17,8 semaines en 2006. Le temps d'attente à l'échelle du Canada a connu une légère hausse entre 2005 et 2006, et l'on considère maintenant qu'il est élevé, tant sur le plan historique qu'à

l'échelle internationale. Selon le rapport, le temps d'attente était prolongé dans une proportion de 91 % en 2006, par comparaison avec la situation qui prévalait en 1993².

Dans un rapport intitulé « Les temps d'attente - perspective de la responsabilité médicale »³, l'ACPM déclare que les enjeux liés à la responsabilisation et à la responsabilité civile médicale auxquels les médecins sont confrontés en raison des temps d'attente dans les soins de santé découlent du devoir de diligence du médecin envers ses patients. En droit, les médecins ont un devoir de diligence envers leurs patients et ils peuvent être tenus responsables des préjudices subis par leurs patients en raison d'un manquement au devoir de diligence. En vertu de ce devoir, le médecin est tenu d'agir avec prudence dans tout ce qu'il fait au patient et pour ce dernier, y compris la présence auprès du patient, le diagnostic, l'aiguillage, le traitement et les instructions. L'ACPM recommande aux sociétés de spécialité de jouer un rôle de soutien en matière d'évaluation et de détermination des temps d'attente médicalement appropriés, et de faire la promotion des processus nécessaires pour assurer la gestion des temps d'attente et de mettre en évidence les améliorations qui en résulteraient en matière de soins aux patients³.

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (organisation professionnelle à but non lucratif) est l'une des plus anciennes organisations vouées à la spécialité de l'obstétrique-gynécologie en Amérique du Nord. Elle compte, parmi ses membres, plus de 3 000 obstétriciens-gynécologues, ainsi que des omnipraticiens, des chercheurs, des infirmières, des sages-femmes et d'autres professionnels prodiguant des soins de santé aux femmes.

Depuis sa fondation en 1944, la SOGC a connu une évolution considérable et compte maintenant plus de 30 comités, dont des comités cliniques tels que ceux sur la santé des femmes autochtones, sur l'éducation publique, sur la pratique clinique—Obstétrique (axé sur la grossesse normale), sur la médecine fœto-maternelle (axé sur la grossesse exposée à des risques élevés), sur les maladies mammaires et sur la santé des femmes à l'échelle internationale, ainsi que des comités de perfectionnement professionnel sur l'éthique, les ressources humaines et les aspects économiques.

La SOGC a pour mandat de promouvoir l'excellence dans la pratique de l'obstétrique-gynécologie et la santé des femmes par le leadership, la défense des droits, la collaboration, la prise de contact et l'éducation. Elle épouse les valeurs et les convictions qui mènent à l'amélioration des soins offerts aux patientes et cherche à promouvoir

ABRÉVIATIONS

ACPM	Association canadienne de protection médicale
AGC	Cellules glandulaires atypiques
ASC-H	Cellules malpighiennes atypiques, ne peut exclure les lésions malpighiennes intraépithéliales de haut grade histologique
ATA	Alliance sur les temps d'attente
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
LIBG	Lésion malpighienne intraépithéliale de bas grade histologique
LIHG	Lésion malpighienne intraépithéliale de haut grade histologique
IRSS	Institut de recherche en services de santé
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
STA	Stratégie sur les temps d'attente

l'évolution du système de soins de santé aux niveaux provincial, territorial et national.

La SOGC se préoccupe du fait que les Canadiennes n'obtiennent pas un accès opportun aux soins gynécologiques et obstétricaux. Ce qui est encore plus important, la SOGC se préoccupe du fait que la prolongation des temps d'attente pour l'obtention de services de consultation, d'exploration et de chirurgie peut exercer un effet indésirable sur la santé et la qualité de vie des Canadiennes.

La SOGC estime que la spécialité de l'obstétrique-gynécologie doit être incluse dans l'ATA et que des points de repère pour cette spécialité devraient être adoptés par tous les territoires de compétence provinciaux et territoriaux dans un avenir prochain.

Processus et considérations particulières

La SOGC reconnaît que le travail de l'ATA a mené à des améliorations en matière de temps d'attente partout au pays. Néanmoins, compte tenu de l'absence de points de repère nationaux en ce qui concerne les temps d'attente en obstétrique-gynécologie, la SOGC estime qu'il est important de proposer de tels points de repère et de les porter à l'attention de l'ATA à des fins d'analyse.

La SOGC soutient la définition du terme « points de repère en matière de temps d'attente » établie par l'ATA : « objectifs de rendement du système de santé qui reflètent un consensus général sur les temps d'attente médicalement raisonnables dans les services de santé fournis aux patients »⁴. Tout comme d'autres groupes de spécialité, la SOGC en est arrivée à ses recommandations en matière de temps d'attente acceptables par l'obtention d'un consensus parmi les praticiens. Compte tenu de la rareté des résultats de recherche et de l'importance du jugement clinique, la SOGC a suivi l'exemple d'autres groupes médicaux et a proposé des points de repère « factuels, mais n'étant pas liés à des données probantes ». Les points de repère proposés sont des « objectifs de rendement du système de santé qui reflètent un consensus général sur les temps d'attente médicalement raisonnables dans les services de santé fournis aux patients »⁴.

Dans le cadre de l'élaboration de la présente politique, la SOGC a souscrit aux 10 principes proposés par l'ATA pour l'élaboration de points de repère en matière de temps d'attente :

1. Les Canadiens ont le droit de bénéficier de soins en temps opportun et de grande qualité. L'établissement et le maintien de points de repère sur les temps d'attente ne doivent nullement compromettre la qualité des soins prodigués aux patients.

2. Il faut élaborer les points de repère sur les temps d'attente du point de vue du patient.
3. L'élaboration et l'établissement de points de repère sur les temps d'attente doivent reposer sur une approche pancanadienne afin d'aider à assurer que les Canadiens bénéficient d'un accès comparable aux soins nécessaires, d'éviter le double emploi et de maximiser les économies d'échelle.
4. Les points de repère sur les temps d'attente doivent reposer sur les meilleures données probantes disponibles, ainsi que sur un consensus clinique.
5. Les points de repère sur les temps d'attente sont dynamiques et devraient émaner d'un processus continu et transparent comportant l'évaluation, la mise à jour en temps opportun et l'amélioration des points de repère au besoin.
6. L'élaboration, l'amélioration et la mise en œuvre réussies des points de repère sur les temps d'attente passent par la contribution dès le début, continue et significative des milieux de la pratique (travailleurs de la santé de première ligne).
7. Il est des plus importants de rendre des comptes au public par la surveillance continue et la production de rapports sur les temps d'attente afin de maintenir la confiance des patients dans le système de santé.
8. Les points de repère sur les temps d'attente et les cibles provinciales connexes à viser pour les réduire doivent être viables.
9. L'établissement de points de repère sur les temps d'attente ne doit pas se faire au détriment d'une réduction de l'accès aux autres services de santé.
10. Il faut mettre en œuvre les points de repère sur les temps d'attente en se fondant sur des lignes directrices appropriées et sur des outils d'établissement des priorités qui sont justes, équitables et transparents pour le patient⁴.

Temps d'attente en ce qui concerne les domaines de pratique en obstétrique-gynécologie

La SOGC recommande l'établissement de points de repère nationaux en ce qui a trait aux soins obstétricaux et gynécologiques (consultation, exploration et chirurgie) dans les domaines de pratique suivants.

Obstétrique

- Consultation entre un fournisseur de soins de santé primaires et un obstétricien en ce qui concerne la première rencontre prénatale.
- Consultation entre un fournisseur de soins de santé et un spécialiste en médecine fœto-maternelle pour les

femmes qui présentent des facteurs de risque en matière d'issues périnatales indésirables.

- Exploration : Dépistage maternel, dépistage fœtal, y compris l'échographie.
- Accouchement de grossesse après terme ou prolongée.
- Chirurgie : Césarienne.

Gynécologie

Gynécologie générale

- Consultation entre un fournisseur de soins de santé primaires et un gynécologue.
- Interventions diagnostiques et thérapeutiques visant les troubles non malins de l'utérus ou des annexes.
- Prise en charge chirurgicale des troubles non malins de l'utérus ou des annexes.
- Prise en charge chirurgicale du prolapsus.

Cancers gynécologiques

- Consultation entre un fournisseur de soins de santé primaires et un gynécologue.
- Consultation entre un fournisseur de soins de santé et un gynécologue-oncologue.
- Exploration : Colposcopie.
- Chirurgie visant les cancers gynécologiques.

Urogynécologie

- Consultation entre un fournisseur de soins de santé primaires et un gynécologue.
- Consultation entre un fournisseur de soins de santé et un urogynécologue.
- Chirurgie visant l'incontinence à l'effort.

Obstétrique

Consultation entre un fournisseur de soins de santé primaires et un obstétricien en ce qui concerne la première rencontre prénatale

La femme enceinte nécessite des explorations et des soins prénatals menés selon l'échéancier déterminé par les normes de diligence nationales. L'échéancier de la tenue de ces soins et la détermination du professionnel de la santé approprié dépendront des caractéristiques de la patiente. L'horaire des rendez-vous prénatals devrait être déterminé par la parité et la présence de complications médicales. Dans le cas d'une femme nullipare présentant une grossesse sans complications, un horaire de dix rendez-vous s'avère adéquat. Dans le cas d'une femme paripare présentant une grossesse sans complications, un horaire de sept rendez-vous s'avère adéquat. Dans le cas d'une femme présentant une grossesse sans complications, les soins prénatals peuvent également être offerts par une sage-femme ou un omnipraticien. En présence de complications et dans les cas de grossesses exposées à des risques

élevés, l'on devrait avoir recours aux services d'un obstétricien⁵.

Les sages-femmes et les omnipraticiens participent également à l'offre des soins prénatals. Il est intéressant de noter que les sages-femmes se voient imposer une limite quant au nombre de patientes qu'elles peuvent desservir en un an : dans la plupart des territoires de compétence, les sages-femmes peuvent offrir leurs services à un maximum de 40 femmes par année. De plus, le nombre de médecins de famille offrant des soins obstétricaux au Canada est limité. Ainsi, puisque aucune restriction n'est imposée aux obstétriciens, ceux-ci se doivent de faire face à la demande croissante en matière de soins de maternité. Puisque les obstétriciens doivent s'acquitter de la part du lion de la charge de travail, les temps d'attente sont inévitablement prolongés au fur et à mesure de l'augmentation du volume de patientes s'adressant aux cabinets de spécialistes. L'établissement d'un temps d'attente maximal acceptable pour la consultation d'un obstétricien s'avère donc essentiel.

Consultation auprès d'un spécialiste en médecine fœto-maternelle pour les femmes enceintes qui présentent des facteurs de risque en matière d'issue périnatale indésirable

Il est possible qu'une femme enceinte bénéficiant de soins prénatals en vienne à présenter des symptômes et/ou des facteurs prédisposants en matière d'issues périnatales indésirables. Il est essentiel que ces femmes enceintes puissent bénéficier d'un accès opportun à des services d'évaluation et de dépistage prénatals adéquats, et d'une aide quant à la planification d'un accouchement sans heurts, ce qui permettrait de prévenir les complications.

Dépistage prénatal

Le dépistage prénatal comprend les examens, les évaluations et les interventions dont le potentiel quant à la diminution des taux de morbidité et de mortalité a été démontré. L'efficacité des stratégies de dépistage prénatal dépend de la mise en œuvre et de l'interprétation opportune des tests, menant ainsi à l'identification d'un problème potentiel et à la prise de mesures cliniques efficaces.

Dépistage maternel

- Dépistage intégré entre la 11^e et la 13^e semaine
- Dépistage sérologique chez la mère (DSM) entre la 15^e et la 16^e semaine
- Dépistage glycémique entre la 28^e et la 30^e semaine

Dépistage fœtal

- Échographie visant la clarté nucale entre la 11^e et la 14^e semaine.
- Échographie aux fins d'un dépistage complet entre la 16^e et la 20^e semaine.

- Autres échographies, au besoin, pour les femmes qui présentent des facteurs de risque en matière d'issue périnatale indésirable.

Surveillance

- Le cas échéant, profils biophysiques et examens de réactivité fœtale.

Accouchement d'une grossesse après terme (prolongée)

La présence d'une grossesse après terme s'accompagnant d'un âge gestationnel d'au moins 41 semaines complètes constitue l'une des indications les plus courantes du déclenchement du travail. Il a été démontré que ce dernier entraînait une baisse de la probabilité d'une mort périnatale⁶. Parmi les autres indications du déclenchement, on trouve la rupture prématurée des membranes, le danger grave potentiel pour le fœtus (retard de croissance intra-utérin considérable, surveillance fœtale inquiétante), les pathologies maternelles (diabète de type I, maladie rénale, maladie pulmonaire significative, hypertension gestationnelle, hypertension chronique), le syndrome des antiphospholipides, la chorioamnionite soupçonnée ou prouvée, le décollement et le décès fœtal. Cette liste n'est pas exhaustive⁷. La SOGC affirme que le travail peut être déclenché pour des raisons logistiques (dont le risque de travail rapide et la distance qui sépare la patiente de l'hôpital) et psychosociales⁷.

Césarienne

Selon la directive clinique de la SOGC visant les soins obstétricaux⁸

Le recours à une **césarienne d'urgence** doit être envisagé et mis en œuvre lorsque la présence d'un danger grave aigu pour le fœtus est soupçonnée et que l'accouchement vaginal ne s'avère pas imminent.

Le recours à une **césarienne urgente** doit être envisagé et mis en œuvre lorsque la présence d'un danger grave aigu pour le fœtus et/ou la mère n'est pas encore évidente, mais que la situation clinique de la patiente ou l'évolution du travail est telle que le recours à une césarienne s'avère indiqué.

Une **césarienne** doit être effectuée sans délai à la suite de l'échec d'un essai d'accouchement vaginal du siège, d'accouchement vaginal d'une grossesse multiple et d'accouchement par l'application de forceps au détroit moyen.

La **planification d'une césarienne** devrait être envisagée pour les femmes qui nécessitent une deuxième césarienne ou qui présentent des pathologies qui compromettent leur sûreté et/ou celle de leur enfant.

Gynécologie

Gynécologie générale

Consultation entre un fournisseur de soins de santé primaires et un gynécologue visant des troubles non malins de l'utérus ou des annexes

Les femmes qui présentent des troubles non malins de l'utérus ou des annexes entraînant des saignements utérins anormaux peuvent devoir être orientées vers un gynécologue. De tels saignements sont le plus couramment causés par des fibromes utérins, des polypes endométriaux et des cycles hormonaux dysfonctionnels. Les saignements anormaux varient en gravité; ils vont des règles abondantes et prolongées à l'hémorragie constituant un danger de mort qui nécessite une intervention d'urgence.

Prise en charge chirurgicale des troubles non malins de l'utérus ou des annexes

Lorsque la prise en charge médicale échoue ou s'avère inappropriée, les options chirurgicales disponibles pour la prise en charge des troubles non malins de l'utérus ou des annexes comprennent l'hystérocopie visant le diagnostic et/ou la résection de polypes et de fibromes, l'ablation de l'endomètre et/ou l'hystérectomie. Cette dernière constitue une solution permanente pour la prise en charge de la ménorragie et des saignement utérins anormaux⁹. Dans le cas de la femme qui ne souhaite plus vivre de grossesses et qui a tenté sans succès d'avoir recours à un traitement médical visant à maîtriser et à réduire les saignements, l'ablation endométriale ou l'hystérectomie sont souvent les seules options disponibles¹⁰.

Consultation visant un prolapsus pelvien

Une orientation vers un gynécologue s'avère requise pour les femmes qui nécessitent l'évaluation et la prise en charge d'un prolapsus utérin, vésical ou vaginal. Parmi les symptômes attribuables au prolapsus, on trouve une sensation de protrusion, une pression pelvienne, une incontinence urinaire, un inconfort rectal et un inconfort associé à l'irritation des tissus muqueux extériorisés¹⁰. On estime que seulement 30 % des femmes présentant une incontinence cherchent à obtenir un traitement (les autres ne le font pas en raison de l'embarras ou parce qu'elles estiment que rien ne peut y remédier) et que 11 % des femmes subiront une chirurgie visant un prolapsus pelvien et/ou une incontinence au cours de leur vie¹¹.

Prise en charge chirurgicale du prolapsus

Les principaux objectifs de la prise en charge chirurgicale du prolapsus génital symptomatique sont le soulagement des symptômes, la reconstruction des soutiens pelviens et la restauration d'une anatomie normale. Le retrait de l'utérus ne constitue que l'une des parties des interventions chirurgicales visant la relaxation pelvienne. La correction concomitante de toute cystocèle ou rectocèle doit être

entreprise pour restaurer le soutien du vagin. Le fait de porter attention au soutien du vagin et l'oblitération d'une entéroccèle potentielle minimiseront les risques de prolapsus de la voûte post-hystérectomie. Face au prolapsus utérin avancé, il n'existe aucune solution de rechange chirurgicale efficace autre que l'hystérectomie et la reconstruction du plancher pelvien¹⁰.

Cancers gynécologiques

Consultation visant une maladie préinvasive du tractus génital

Les femmes peuvent être orientées vers un gynécologue ou un gynécologue-oncologue formé en matière de diagnostic et de prise en charge des maladies préinvasives du col utérin, du vagin et de la vulve. Il s'agit d'un modèle de prévention du cancer, dans le cadre duquel les lésions précancéreuses sont prises en charge avant qu'elles n'évoluent en cancer invasif.

Consultation visant une maladie invasive (cancer)

Un gynécologue ou un fournisseur de soins de santé primaires peut orienter une patiente vers un gynécologue-oncologue afin d'approfondir l'exploration d'un cancer gynécologique soupçonné et de procéder à la prise en charge d'un cancer gynécologique.

Exploration : Colposcopie

La colposcopie est habituellement recommandée à titre de mesure de suivi à la suite de l'obtention de résultats anormaux au test de dépistage par frottis de Pap. Cette exploration permet à la plupart des femmes ayant obtenu des résultats anormaux à la suite du frottis de Pap (soit une manifestation potentielle de modifications précancéreuses) de bénéficier d'un diagnostic histologique en bonne et due forme et de la destruction ou de l'excision dirigée de la zone de transformation afin de prévenir l'apparition d'un cancer. Une étude menée dans sept cliniques gynécologiques à New South Wales, en Australie, a indiqué que les femmes devant subir une colposcopie connaissaient une anxiété situationnelle accrue, de la tension, une altération de la concentration et des caractéristiques somatiques de la dépression¹².

Les résultats cytologiques semblant indiquer la présence de cellules anormales devraient rendre obligatoire la prise d'un rendez-vous dans une clinique de colposcopie dans un délai de trois semaines, dans le cas d'une LIHG; de 6 à 8 semaines, dans le cas de ASC-H; de 6 à 8 semaines, dans le cas d'une LIBG; de 6 semaines, dans le cas d'une LIBG persistante; et de 6 semaines, dans le cas de AGC¹³.

Prise en charge des cancers gynécologiques

Parmi les cancers gynécologiques, on trouve les cancers du col utérin, de l'endomètre, des trompes de Fallope, de l'ovaire, de la vulve et du vagin, ainsi que la néoplasie

trophoblastique gestationnelle. Le cancer de l'endomètre constitue la malignité gynécologique la plus courante au Canada. Les centres anticancéreux multidisciplinaires (où les patientes bénéficient d'un accès complet à des spécialistes en médecine, en radiologie et en chirurgie oncologique, ainsi qu'à une évaluation spécialisée de la pathologie) sont ceux qui sont les mieux disposés à explorer et à prendre en charge les cancers de l'endomètre. La plupart de ces patientes nécessiteront une chirurgie mettant en cause une hystérectomie, une salpingo-ovariectomie bilatérale, ainsi que des évaluations nodales rétropéritonéales. Chez les patientes qui présentent un cancer de l'endomètre à cellules séreuses ou claires, une stadification étendue ou une réduction tumorale agressive seront indiquées au moment de l'évaluation chirurgicale.

Les patientes qui présentent une masse pelvienne donnant lieu à des soupçons de cancer de l'ovaire devraient être orientées vers un gynécologue-oncologue à des fins d'évaluation. La prise en charge d'un cancer de l'ovaire de stade précoce apparent comprend la chirurgie visant le retrait de la tumeur principale et la stadification chirurgicale, dont l'évaluation de toutes les surfaces péritonéales et la dissection des ganglions lymphatiques pelviens et para-aortiques. Dans le cas des maladies métastatiques, en plus du retrait de la lésion ovarienne principale, une réduction tumorale radicale pourrait s'avérer nécessaire, mettant alors en cause une résection intestinale, l'éveinage du diaphragme, ainsi que d'autres interventions chirurgicales complexes pour minimiser la maladie résiduelle et améliorer les chances de survie de la patiente. Récemment, il a été prouvé que la chimiothérapie intrapéritonéale améliorerait le pronostic chez les patientes présentant un cancer de l'ovaire qui ont fait l'objet d'une réduction tumorale optimale¹⁴, ce qui met en évidence l'importance de la chirurgie agressive chez les patientes qui présentent un cancer de l'ovaire avancé. La chimiothérapie néoadjuvante s'accompagnant d'une réduction tumorale chirurgicale différée planifiée peut également constituer une option de traitement, selon les tableaux cliniques. Pour déterminer les meilleurs soins à prodiguer dans chaque cas, il faut pouvoir compter sur les connaissances spécialisées d'un gynécologue-oncologue et sur celles d'autres professionnels de la santé au sein d'un centre anticancéreux multidisciplinaire. Le fait que la chirurgie visant le cancer de l'ovaire permet l'obtention d'un excellent soulagement des symptômes connexes a également été bien établi. Puisque le cancer de l'ovaire tend à se métastaser rapidement, il devrait être pris en charge de façon relativement urgente.

Le cancer du col utérin nécessite lui aussi une évaluation et une prise en charge relativement urgente. Les cancers de stade 1 de faible envergure peuvent souvent être pris en

charge et guéris au moyen d'une chirurgie. Lorsque le cancer croît au cours de la période d'attente avant l'obtention d'un traitement, tant les taux de guérison que le nombre d'options chirurgicales possibles s'en trouvent affectés; par exemple, la mise en œuvre d'interventions chirurgicales permettant de préserver la fertilité des femmes qui souhaitent encore connaître une grossesse peut, après un tel délai, ne plus être possible.

Le carcinome de la vulve doit également être pris en considération, puisqu'il s'agit d'un cancer défigurant et que, dans certaines situations, il peut croître rapidement, ce qui pourrait compromettre les options et la réussite de la chirurgie. Dans le cas des tumeurs qui apparaissent près du rectum, par exemple, la croissance du cancer peut nécessiter une radiothérapie ou une chirurgie radicale majeure nécessitant une colostomie.

Dans tous les cas de cancer gynécologique, les symptômes de chacune des patientes doivent également être pris en considération. Par exemple, une patiente présentant des saignements vaginaux peut nécessiter une chirurgie d'urgence, en raison d'une baisse significative du taux d'hémoglobine nécessitant la mise en œuvre de transfusions sanguines. Les patientes qui ressentent de la douleur ou qui ne parviennent pas à manger de façon satisfaisante, en raison de la présence d'une distension abdominale grave ou d'une occlusion intestinale, nécessitent une chirurgie de façon urgente.

La néoplasie trophoblastique gestationnelle est presque toujours guérissable lorsqu'elle fait correctement et rapidement l'objet d'une prise en charge. Il s'agit de l'une des pathologies qui doit être considérée comme étant urgente.

Urogynécologie

Par incontinence urinaire, on entend la fuite accidentelle ou non voulue d'urine. On estime qu'une femme sur trois présente une incontinence urinaire. Celle-ci peut apparaître à tout âge, mais est couramment associée à l'accouchement. Des études indiquent que seulement près de 30 % des femmes aux prises avec une incontinence cherchent à obtenir un traitement; les autres ne le font pas en raison de l'embarras ou parce qu'elles estiment que rien ne peut y remédier. Dans la plupart des cas, l'incontinence urinaire peut être atténuée ou même guérie¹⁵.

Consultation entre un fournisseur de soins de santé primaires et un gynécologue ou un urogynécologue

Les femmes sont orientées vers un gynécologue ou un urogynécologue aux fins de l'évaluation clinique d'un dysfonctionnement du bas appareil urinaire ou d'un prolapsus, ainsi qu'aux fins de celle des problèmes connexes, dont l'incontinence. Le spécialiste en

urogynécologie dispose de connaissances spécialisées en matière de prise en charge des problèmes urinaires généraux et associés au prolapsus, dont des connaissances spécialisées en ce qui concerne les interventions chirurgicales complexes visant la prise en charge de ces problèmes.

Chirurgie visant la prise en charge de l'incontinence

Lorsque le traitement conservateur échoue, les interventions les plus couramment utilisées pour la correction chirurgicale de l'incontinence à l'effort comprennent les interventions de fronde sous urétrales minimalement effractives, les suspensions rétropubiennes (par voie abdominale ouverte ou par laparoscopie) et les injections périurétrales¹⁶.

ANALYSE DE LA LITTÉRATURE SUR LES TEMPS D'ATTENTE EN OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

Une recherche documentaire menée dans Medline n'a permis d'identifier aucune publication sur les temps d'attente en obstétrique-gynécologie, pour ce qui est des domaines de pratique décrits ci-dessus. Il n'existe donc aucune publication traitant de l'effet, sur les issues cliniques, des temps d'attente prolongés pour l'obtention de ces interventions. De plus, la littérature actuelle ne nous offre aucune donnée pouvant servir de fondement pour l'établissement de points de repère en ce qui concerne les temps d'attente.

Un certain nombre de rapports traitant des temps d'attente ont été identifiés dans le cadre de l'analyse de la littérature grise. Ils font l'objet d'une description au sein de la section suivante.

ANALYSE DES RAPPORTS SUR LES TEMPS D'ATTENTE

Institut canadien d'information sur la santé

En 2005, l'ICIS a publié un rapport intitulé « Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence » qui se centrait sur l'identité des usagers des services d'urgence et sur les moments auxquels ils faisaient appel à ces services, ainsi que sur les délais auxquels étaient soumis les patients avant de pouvoir consulter un médecin et sur la durée de ces consultations¹⁷. Les données que contient ce rapport ne peuvent être utilisées pour établir des points de repère en matière de temps d'attente pour ce qui est des cas d'obstétrique-gynécologie.

Un autre rapport de l'ICIS, intitulé « Temps d'attente et soins de santé au Canada : ce que nous savons et ce que nous ignorons »¹⁸, contribue aux efforts visant à définir et à mesurer les temps d'attente. Cependant, les données qu'il contient sont centrées sur les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires (cancer, chirurgie cardiaque, imagerie

diagnostique, arthroplasties et restauration de la vue); ce rapport n'offre donc aucune donnée sur les domaines de pratique décrits dans le présent document.

Institut Fraser

Le document de l'Institut Fraser intitulé « *Waiting Your Turn—Hospital Waiting Lists in Canada* » est une étude exhaustive qui porte sur les temps d'attente dans toutes les provinces et pour toutes les spécialités médicales, et qui rassemble des données sur la mesure selon laquelle les listes d'attente pour la consultation de spécialistes et l'obtention d'interventions diagnostiques et chirurgicales sont utilisées pour maîtriser les dépenses en santé. La 16^e édition de ce document offre des estimations mises à jour en ce qui concerne les listes d'attente dans toutes les provinces².

Ce rapport décrit les résultats d'un sondage mené, dans les 10 provinces, auprès de praticiens provenant de 12 spécialités médicales. Les données issues de ce sondage ont été corroborées au moyen de données provenant d'institutions et d'agences ou de gouvernements provinciaux, lorsque disponibles. Bien que les gynécologues aient été inclus dans ce sondage, aucune distinction n'a été faite entre les obstétriciens, les gynécologues, les urogynécologues, les gynécologues-oncologues, etc. Ainsi, les résultats ne sont pas représentatifs de la réalité, puisque les temps d'attente dépendent de la sous-spécialité en question. De plus, la détermination des temps d'attente acceptables pour une hystérectomie, par exemple, devrait être effectuée en fonction des pathologies rendant nécessaire l'exécution de cette intervention chirurgicale courante, plutôt qu'en fonction de l'intervention chirurgicale en tant que telle. Ce rapport comprend également les temps d'attente pour les services de radiothérapie visant le cancer du col utérin, mais non ceux des interventions chirurgicales visant le cancer (hystérectomie) ou des interventions diagnostiques, telles que la colposcopie. Ce rapport ne s'avère donc pas utile pour la SOGC, en ce qui a trait à la formulation d'une déclaration de principe sur les temps d'attente dans les domaines de pratique décrits ci-dessus.

Statistique Canada

Depuis 2001, Statistique Canada émet des rapports sur les expériences des patientes faisant appel aux services de santé et offre, aux gouvernements national et provinciaux, des estimations quant aux temps d'attente pour l'obtention de services spécialisés.

Dans un rapport intitulé « Accès aux services de soins de santé au Canada—janvier à décembre 2005 », Statistique Canada signale que les temps d'attente médians pour tous les services spécialisés sont demeurés relativement stables entre 2003 et 2005 (soit entre trois et quatre semaines, selon

le type de soins). Cette étude indique également que la plupart des patients ont affirmé qu'ils avaient obtenu les soins requis dans un délai de trois mois¹⁹.

Selon ce rapport, 11 % des Canadiens de 15 ans ou plus (2,8 millions de Canadiens) ont consulté un spécialiste médical en 2005; 19 % d'entre eux ont signalé avoir eu de la difficulté à obtenir accès aux soins. Ces derniers ont identifié le fait d'attendre trop longtemps avant d'obtenir des soins comme étant le principal obstacle à surmonter. Ce rapport n'offre aucune donnée propre aux domaines de l'obstétrique, de la gynécologie, de la gynécologie oncologique ou de l'urogynécologie.

Une analyse des taux de naissance indique que, en 2005, le Canada a connu son nombre de naissances le plus élevé en sept ans (soit une hausse de 1,5 % par comparaison avec les années précédentes), ce qui indique une hausse des besoins en soins obstétricaux spécialisés. Statistique Canada indique également que les femmes dans la trentaine ont enregistré la plus forte proportion de naissances (31,4 % des naissances totales) en 2005²⁰.

Institut de recherche en services de santé

L'IRSS est un organisme sans but lucratif indépendant qui mène des recherches portant sur une vaste gamme de questions d'actualité, et ce, dans le but d'améliorer l'efficacité des soins de santé offerts aux Ontariens. Dans un rapport de mai 2007, l'IRSS a évalué l'effet de la Stratégie sur les temps d'attente de l'Ontario sur les interventions chirurgicales qui ne s'avéraient pas prioritaires. Seulement deux des 27 interventions n'étant pas visées par la STA qui ont été examinées par cette étude étaient de nature obstétricale ou gynécologique : la ligature des trompes et la césarienne. Il n'a pas été démontré que les temps d'attente pour ces chirurgies s'étaient allongés depuis la mise en œuvre de la STA de l'Ontario²¹.

Les données présentées dans ce rapport n'offraient aucun critère permettant d'établir des points de repère dans les domaines cliniques de l'obstétrique-gynécologie décrits ci-dessus.

National Institute for Health and Clinical Excellence

Le NICE a publié des directives cliniques sur les soins prénatals destinées au *National Health Service* en Angleterre et au Pays de Galles. Bien que ces directives cliniques ne contiennent aucune recommandation traitant particulièrement de la question des temps d'attente, elles offrent néanmoins des recommandations quant à la fréquence des consultations prénatales : un horaire de dix consultations pour une patiente nullipare dont la grossesse ne présente aucune complication et un horaire de sept consultations pour une patiente parue dont la grossesse ne

présente aucune complication. De plus, le NICE recommande que les femmes devraient subir une échographie visant à déterminer l'âge gestationnel, entre la 10^e et la 13^e semaine de gestation, ainsi qu'une autre visant à dépister la présence d'anomalies structurelles, entre la 18^e et la 20^e semaine de gestation⁵.

ANALYSE DES POINTS DE REPÈRE PROVINCIAUX ET FÉDÉRAUX EN MATIÈRE DE TEMPS D'ATTENTE

Bien que toutes les provinces offrent certaines données sur les temps d'attente par l'intermédiaire de leurs sites Web ou de rapports, l'envergure et la profondeur de ces données varient considérablement. Le degré de détail diffère également d'une province à l'autre. Il est important de noter que les gouvernements territoriaux ne tiennent pas de liste des temps d'attente pour les chirurgies importantes, puisque leurs résidents doivent souvent se déplacer vers le sud pour obtenir des soins complexes.

L'annexe A présente en détail les stratégies provinciales sur les temps d'attente en ce qui a trait aux domaines de pratique obstétricaux et gynécologiques décrits ci-dessus. Il est important de noter qu'il n'existe aucun point de repère en matière de temps d'attente pour l'obtention de soins obstétricaux. Seules l'Ontario et la Nouvelle-Écosse offrent des points de repère en ce qui concerne les chirurgies visant les cancers gynécologiques. Certaines provinces offrent des données sur les temps d'attente pour les hystérectomies et/ou les chirurgies gynécologiques (C.-B., Alb., Sask., N.-B., N.-É.), mais ces données couvrent des groupes d'interventions et ne s'appliquent pas à une question de santé particulière.

Pour ce qui est du gouvernement fédéral, le ministre de la Santé a annoncé, en novembre 2006, la mise sur pied de garanties quant aux temps d'attente pour l'obtention de soins prénatals au sein des communautés des Premières nations. Plus particulièrement, la consultation prénatale initiale doit avoir lieu dans les deux semaines suivant l'obtention d'un test de grossesse positif; des consultations auprès d'un fournisseur de soins de santé doivent avoir lieu aux quatre semaines à la suite de la consultation initiale; et la confirmation d'une consultation à venir auprès d'un spécialiste et de l'obtention de services diagnostiques doit être obtenue dans les deux semaines suivant la décision d'orienter une patiente qui présente une grossesse exposée à des risques²².

RECOMMANDATIONS DE LA SOGC QUANT AUX POINTS DE REPÈRE EN CE QUI A TRAIT AUX TEMPS D'ATTENTE EN OBSTÉTRIQUE-GYNÉCOLOGIE

Puisque nous ne disposons pas de données publiées suffisantes pour établir des points de repère factuels, la

SOGC soutient des recommandations fondées sur nos connaissances spécialisées quant aux temps d'attente appropriés sur le plan médical pour l'obtention des services de consultation, d'exploration et de chirurgie en obstétrique, en gynécologie générale, en urogynécologie et en gynécologie oncologique qui sont décrits dans le présent document.

Définition du terme « points de repère en ce qui a trait aux temps d'attente »

L'ATA définit le point de repère en ce qui a trait aux temps d'attente médicalement acceptables comme étant

le temps d'attente au delà duquel, dans le cas d'un service de santé et d'un niveau de gravité donnés, les meilleures données probantes disponibles et le consensus clinique indiquent que la santé du patient risque de subir des effets indésirables. Selon l'ATA les « points de repère en ce qui a trait aux temps d'attente » sont des « objectifs de rendement du système de santé qui traduisent un consensus général sur les temps d'attente médicalement raisonnables pour les services de santé fournis aux patients »²³.

Pour assurer la qualité des soins, la SOGC recommande que 90 % de ces services et de ces interventions soient mis à la disposition des femmes conformément au délai recommandé.

Aux fins de la présente déclaration de principe, les temps d'attente sont définis comme suit :

Consultation : Temps d'attente entre l'orientation de la part d'un fournisseur de soins de santé et la consultation auprès d'un spécialiste.

Exploration : Temps d'attente entre la consultation auprès d'un spécialiste et l'exécution de l'intervention exploratoire.

Chirurgie : Temps d'attente entre la décision d'un spécialiste d'avoir recours à la chirurgie (ainsi que l'approbation de ce recours par la patiente) et l'exécution de l'intervention en question.

Processus de triage et temps d'attente

Il est important de noter que des données soutiennent le fait que certains indicateurs de risque affectent les issues de santé et donc les temps d'attente proposés. La SOGC recommande la mise sur pied et le soutien d'un processus de triage approprié dans le cadre d'un processus d'établissement de points de repère en ce qui a trait aux temps d'attente. Un tel processus de triage nous permettrait également de recueillir des données pouvant en illustrer avec précision la qualité du fonctionnement.

Classification des points de repère

La SOGC a classé ses points de repère proposés en fonction des catégories suivantes.

POINTS DE REPÈRE PROPOSÉS EN CE QUI A TRAIT AUX TEMPS D'ATTENTE

Obstétrique	Gynécologie
• Dans un délai de 30 minutes	• Dans un délai de 2 semaines
• Entre 30 et 60 minutes	• Dans un délai de 3 semaines
• Entre 1 et 2 heures	• Dans un délai de 4 semaines
• Dans un délai d'une semaine	• Dans un délai de 6 semaines
• Dans un délai de 4 semaines	• Dans un délai de 8 semaines
• Conformément aux normes de diligence	• Dans un délai de 12 semaines
	• Dans un délai de 26 semaines

Obstétrique

Consultation en obstétrique

De façon à organiser la tenue de tests appropriés et à procéder au dépistage prénatal selon un échéancier approprié, les patientes cherchant à obtenir des soins prénatals devraient se voir offrir une consultation initiale **dans les quatre semaines** suivant l'obtention d'un test de grossesse positif.

Consultation en obstétrique pour les femmes enceintes présentant des facteurs de risque en matière d'issues périnatales indésirables

Les femmes qui sont identifiées comme présentant des facteurs de risque en matière d'issues périnatales indésirables devraient consulter un obstétricien **dans la semaine** suivant l'orientation de la part d'un fournisseur de soins de santé primaires.

Exploration : Dépistage maternel

- Dépistage intégré entre la 11^e et la 13^e semaine*
- Dépistage sérologique chez la mère (DSM) entre la 15^e et la 16^e semaine
- Dépistage glycémique entre la 28^e et la 30^e semaine

*Les temps d'attente peuvent varier en fonction du nombre de semaines de grossesse au moment de la consultation.

Exploration : Dépistage fœtal

- Échographie visant la clarté nucale entre la 11^e et la 14^e semaine de gestation.
- Échographie aux fins d'un dépistage complet entre la 16^e et la 20^e semaine de gestation.
- Autres échographies, au besoin, pour les femmes qui présentent des facteurs de risque en matière d'issue périnatale indésirable.

Accouchement après terme

Les femmes se trouvant à 41 semaines complètes de gestation et/ou présentant les indications décrites précédemment devraient avoir accès à des interventions de déclenchement du travail **dans un délai d'une semaine**.

Chirurgie : Césarienne

- Les césariennes d'urgence devraient être effectuées **dans un délai d'environ 30 minutes**.
- Les césariennes urgentes devraient être effectuées **dans un délai d'une à deux heures**.
- Les césariennes faisant suite à l'échec d'un essai d'accouchement vaginal du siège, d'accouchement vaginal d'une grossesse multiple et d'accouchement par l'application de forceps devraient être effectuées **dans un délai d'environ 30 minutes**.
- Les césariennes planifiées devraient être effectuées **à la 39^e semaine de gestation**.

GYNÉCOLOGIE

Gynécologie générale

Consultation

Les femmes qui présentent des saignements utérins anormaux ou un prolapsus et qui ont été orientées vers un gynécologue par un fournisseur de soins de santé primaires devraient faire l'objet d'une consultation **dans un délai de 12 semaines**.

Prise en charge chirurgicale des troubles non malins de l'utérus ou des annexes

Les femmes chez lesquelles le traitement conservateur n'a pas permis l'obtention de résultats acceptables devraient subir une hystérectomie **dans les 12 semaines** suivant la décision de procéder à l'intervention.

Prise en charge chirurgicale du prolapsus

Les femmes qui présentent un prolapsus utérin avancé chez lesquelles le traitement conservateur n'a pas permis l'obtention de résultats acceptables devraient subir une hystérectomie et une reconstruction du plancher pelvien **dans les 12 à 24 semaines** suivant la décision de procéder à ces interventions.

Cancers gynécologiques

Consultation : Maladie préinvasive du tractus génital

Les femmes qui sont orientées vers un gynécologue par un fournisseur de soins de santé primaires, aux fins de l'exploration et de la prise en charge des maladies préinvasives du col utérin (frottis de Pap anormal), de la vulve ou du vagin, devraient d'abord faire l'objet d'un triage en fonction de leur diagnostic d'orientation, pour ensuite faire l'objet d'une consultation **dans un délai de 2 à 4 semaines**.

Consultation : Maladie invasive

Les femmes qui sont orientées vers un gynécologue ou un gynécologue-oncologue en raison d'un cancer invasif devraient faire l'objet d'une consultation **dans un délai de 2 semaines**.

Exploration : Colposcopie

Une orientation vers des services de colposcopie s'avère indiquée pour les femmes qui présentent, à la suite du test de Pap, des anomalies cytologiques significatives telles qu'une LIHG, des cellules malignes ASC-H ou une LIBG persistante et des AGC¹³.

Les points de repère suivants en ce qui a trait aux temps d'attente pour l'obtention de services colposcopiques sont recommandés

- LIHG dans un délai de 3 semaines
- ASC-H dans un délai de 6 à 8 semaines
- LIBG dans un délai de 6 à 8 semaines
- LIBG persistante dans un délai de 6 semaines
- AGC dans un délai de 6 semaines

Prise en charge des cancers gynécologiques

Bien que la chirurgie visant le cancer soit incluse dans la stratégie nationale de l'ATA, il n'existe aucun point de repère pancanadien. Travaillant en étroite collaboration avec Action cancer Ontario, le gouvernement ontarien a mis sur pied un système permettant de faire le suivi des temps d'attente, de les mesurer et d'en faire part publiquement en temps quasi réel. Il est important de noter que seuls les hôpitaux qui obtiennent du financement pour la prise en charge de cas supplémentaires sont tenus de signaler leurs temps d'attente. Action cancer Ontario n'offre pas de points de repère, mais recommande plutôt un outil d'évaluation de la priorité des patients, ainsi que des cibles en matière de temps d'attente pour la chirurgie visant le cancer. L'échelle suivante (mesurant le délai entre la décision d'opérer et l'opération) reflète les quatre catégories de priorité (échelonnés cibles maximaux) :

- **Priorité 0 : Immédiat**
Urgence oncologique (p. ex. hémorragie, obstruction des voies respiratoires, etc.).
- **Priorité I : 2 semaines**
Patients qui présentent des tumeurs très agressives.
- **Priorité II : 4 semaines**
Tous les patients présentant un cancer invasif connu ou soupçonné qui ne répondent pas aux critères des catégories d'urgence I ou III.
- **Priorité III : 12 semaines**
Patients qui présentent des tumeurs indolentes²⁴.

La SOGC recommande l'adoption des catégories de priorité suggérées par Action cancer Ontario.

Urogynécologie

Consultation en raison d'une incontinence

Les femmes orientées vers un gynécologue ou un urogynécologue par un fournisseur de soins de santé primaires aux fins de l'évaluation clinique d'un dysfonctionnement du bas appareil urinaire ou d'un prolapsus, ainsi qu'aux fins de celle des problèmes connexes, dont l'incontinence, devraient faire l'objet d'une consultation **dans un délai de 12 à 24 semaines**.

Chirurgie

Les femmes qui ont reçu un diagnostic d'incontinence et chez lesquelles le traitement conservateur n'a pas permis l'obtention de résultats acceptables devraient bénéficier d'une correction chirurgicale de l'incontinence à l'effort **dans les 12 semaines** suivant la décision de procéder à la chirurgie.

RÉSUMÉ

Les temps d'attente pour l'obtention de services de consultation, d'exploration et de chirurgie constituent une préoccupation considérable en matière de politique sanitaire au Canada et dans plusieurs autres pays. Selon l'OCDE, le nombre de médecins disponibles est le facteur qui exerce, au sein des pays aux prises avec des problèmes de temps d'attente, l'effet négatif le plus significatif sur les temps d'attente pour l'obtention d'une chirurgie²⁴.

Cependant, d'autres facteurs affectent également l'accès à la chirurgie non urgente, comme la capacité chirurgicale, la disponibilité du matériel et des instruments appropriés pour la tenue d'interventions gynécologiques et le nombre de lits disponibles au sein d'une organisation de soins de santé. De plus, des différences en matière de temps d'attente et d'accès aux soins sont constatées entre les régions urbaines affiliées à des facultés de médecine, les régions urbaines n'étant pas affiliées à de telles facultés et les régions rurales. La SOGC estime qu'il est important de se doter de points de repère quant aux temps d'attente, puisque cela donnera lieu à un examen des facteurs qui affectent l'accès opportun aux soins de maternité et aux services gynécologiques au Canada.

Puisque aucune étude n'évalue directement les issues médicales en fonction des temps d'attente pour ce qui est des domaines de pratique décrits dans le présent document, une approche de consensus a été utilisée pour formuler des recommandations en ce qui a trait aux temps d'attente appropriés sur le plan médical dans des domaines de pratique particuliers de l'obstétrique-gynécologie.

En ce qui concerne les soins obstétricaux, le fait de différer l'offre de soins médicaux aux femmes enceintes peut avoir des répercussions constituant un danger de mort tant pour

la mère que pour son enfant. De toute évidence, il s'avère essentiel d'établir des points de repère quant aux temps d'attente pour l'obtention de soins obstétricaux; de plus, les besoins des patientes doivent être satisfaits, peu importe le degré de disponibilité des ressources.

En ce qui concerne la gynécologie, la prolongation des temps d'attente cause une angoisse considérable aux femmes ayant obtenu des résultats anormaux à la suite d'un test de Pap et à celles qui ont reçu un diagnostic de lésions précancéreuses ou de cancer invasif. Une guérison intégrale des cancers gynécologiques est possible lorsque leur diagnostic et leur prise en charge s'effectuent de façon précoce. Les pathologies gynécologiques décrites dans le présent rapport peuvent causer une anxiété situationnelle, de la tension, une altération de la concentration et des caractéristiques somatiques de la dépression. L'effet du symptôme sur la qualité de vie des patientes et l'effet bénéfique de l'intervention du médecin quant à l'atténuation des symptômes, à la baisse du recours à des ressources de soins de santé et à l'apaisement des craintes de la patiente en ce qui concerne la gravité de son état doivent être pris en considération.

Par conséquent, la SOGC recommande que l'obstétrique-gynécologie fasse partie de la Stratégie sur les temps d'attente. La SOGC recommande également le soutien de la mise en œuvre d'un processus de triage approprié dans le cadre d'un processus d'établissement de points de repère en ce qui a trait aux temps d'attente. L'accès aux soins obstétricaux, en particulier, connaît une crise au Canada et le fait de différer l'offre de ces soins peut mettre en danger la vie de la mère et de son enfant.

Le gouvernement fédéral s'est clairement engagé envers l'établissement d'une garantie sur les temps d'attente pour les patients; en outre, dans son budget de mars 2007, il a affecté des fonds substantiels (612 millions de dollars) devant être utilisés pour accélérer la mise en œuvre de garanties sur les temps d'attente pour les patients. La SOGC plaide en faveur de l'obtention de capitaux pour établir des garanties sur les temps d'attente en obstétrique-gynécologie, conformément à ce qui est décrit dans le présent document. En publiant la présente déclaration de principe, la SOGC anticipe que l'établissement de points de repère quant aux temps d'attente dans ces domaines de spécialité se verra accorder l'attention requise.

RÉFÉRENCES

1. Santé Canada. *Un plan décennal pour consolider les soins de santé. Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé*, le 16 septembre 2004. Disponible à : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/ftcollab/2004-fmm-rpm/index_f.html. Consulté le 25 janvier 2008.
2. The Fraser Institute. *Waiting your turn—hospital waiting lists in Canada. Critical Issues Bulletin*, 16^e édition, octobre 2006. Disponible à : http://www.fraserinstitute.org/commerce.web/publication_details.aspx?pubID=3161. Consulté le 9 janvier 2008.
3. Association canadienne de protection médicale. *Les temps d'attente - perspective de la responsabilité médicale*, août 2007. Disponible à : http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd03/pub_index.cfm?LANG=F&URL=cmpa_docs/french/content/issues/common/com_wait_times_2007-f.htm. Consulté le 28 janvier 2007.
4. *Wait Time Alliance for Timely Access to Health Care. It's about time*, Association médicale canadienne : Ottawa, 2005, p. 9. Disponible à : http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Media_Release/pdf/2005/wta-final.pdf. Consulté le 9 janvier 2008.
5. National Institute for Clinical Excellence. *Clinical Guideline 6. Antenatal care—routine care for the healthy pregnant woman*, octobre 2003. Disponible à : <http://www.nice.org.uk/page.redirect?o=guidelines.completed>. Consulté le 9 janvier 2008.
6. Goeree R, Hannah M, Hewson S. « Cost-effectiveness of induction of labour versus serial antenatal monitoring in the Canadian Multicentre Postterm Pregnancy Trial », *CMAJ*, vol. 152, n° 9, 1995, p. 1445–50.
7. Roggensack A. « Guidelines for the management of pregnancy at 40⁺ to 42⁺ weeks. SOGC Clinical Practice Guideline, May 2008 », *J Obstet Gynaecol Can*. Sous presse.
8. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. « La présence du personnel médical au « moment du travail et de l'accouchement—lignes directrices sur les soins obstétricaux. Déclaration de principe de la SOGC, n° 89, mai 2000 », *J Soc Obstet Gynaecol Can*, vol. 22, n° 5, 2000, p. 392–94. Disponible à : <http://www.sogc.org/guidelines/public/89F-PS-Mai2000.pdf>. Consulté le 4 février 2008.
9. Vilos GA, Lefebvre G, Graves GR. « Lignes directrices sur la prise en charge du saignement utérin anormal. Directive clinique de la SOGC, n° 106, août 2001 », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 23, n° 8, 2001, p. 717–23. Disponible à : <http://www.sogc.org/guidelines/public/106F-CPG-Aout2001.pdf>. Consulté le 4 février 2008.
10. Lefebvre G, Allaire C, Jeffrey J, Vilos GA. « Hystérectomie. Directive clinique de la SOGC, n° 109, janvier 2002 », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 24, n° 1, 2002, p. 49–61. Disponible à : <http://www.sogc.org/guidelines/public/109F-CPG-Janvier2002.pdf>. Consulté le 4 février 2008.
11. Herschorn S, Gajewski J, Schulz J, Corcos J. « A population-based study of urinary symptoms and incontinence: the Canadian Urinary Bladder Survey », *BJU Int*, vol. 101, janvier 2008, p. 52–8. Epub, le 1^{er} octobre 2007.
12. Bonevski B, Sanson-Fisher R, Girgis A, et Perkins J. « Women's experiences of having a colposcopic examination: self-reported satisfaction with care, perceived needs and consequences », *J Obstet Gynaecol*, vol. 18, n° 5, 1998, p. 462–470.
13. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. « Canadian consensus guidelines on human papillomavirus. SOGC Clinical Practice Guidelines, No. 196, August 2007 », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 29 (suppl.), 2007.
14. Armstrong DK, Brady MF. « Intraperitoneal therapy for ovarian cancer: a treatment ready for prime time », *J Clin Oncol*, vol. 24, n° 28, le 1^{er} oct. 2006, p. 4531–3.
15. Femmes en santé. *The new Women's College Hospital*. Dernière mise à jour : Octobre 2003. Disponible à : http://www.femmesensante.ca/centres/pelvic_health/incontinence/index.html. Consulté le 4 février 2008.
16. Robert M, Farrell SA. « Choix de l'intervention chirurgicale primaire pour le traitement de l'incontinence urinaire à l'effort. Directive clinique de la SOGC, n° 166, octobre 2005 », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 27, 2005, p. 964–71.
17. Institut canadien d'information sur la santé. *Comprendre les temps d'attente dans les services d'urgence*, Ottawa : ICIS, 2005. Disponible à : http://secure.cih.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_451_F&cw_topic=451&cw_rel=AR_1266_F. Consulté le 30 janvier 2008.
18. Institut canadien d'information sur la santé. *Temps d'attente et soins de santé au Canada : ce que nous savons et ce que nous ignorons*. Ottawa : ICIS, 2006.

- Disponible à : http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=PG_549_F&cw_topic=549&cw_rel=AR_1385_F. Consulté le 30 janvier 2008.
19. Statistique Canada. *Accès aux services de soins de santé au Canada—Janvier à décembre 2005*. N° de catalogue 82-575-X1F. <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-575-X1F/82-575-X1F2006002.pdf>. Consulté le 30 janvier 2008.
20. Statistique Canada. Le Quotidien, le vendredi 21 septembre 2007. Disponible à : <http://www.statcan.ca/Daily/Francais/070921/q070921b.htm>. Consulté le 9 janvier 2008.
21. Institute for Clinical Evaluative Sciences. *The Ontario Wait Time Strategy: no evidence of an adverse impact on other surgeries*, Toronto : ICES, mai 2007. Disponible à : http://www.ices.on.ca/file/Wait_Time_Strategies_other_surgeries_IR.pdf. Consulté le 9 janvier 2008.
22. Santé Canada. *Le nouveau gouvernement du Canada lance des premières garanties historiques sur les délais d'attente dans le cadre de projets portant sur les soins prénataux pour les Premières nations*. Communiqué, le 20 novembre 2006. Disponible à : http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2006/2006_110_f.html. Consulté le 4 février 2008.
23. Alliance sur les temps d'attente. *Foire aux questions, Qu'est ce qu'un point de repère pour des temps d'attente médicalement acceptables?* Disponible à : <http://www.waittimealliance.ca/french/faq.htm>. Consulté le 1^{er} février 2008.
24. Siciliani L, Hurst J. *Explaining Waiting times variations for elective surgery across OECD countries*. Organisation de coopération et de développement économiques, <http://www.oecd.org/dataoecd/31/10/17256025.pdf>, OECD Health Working Papers No. 7, 2003. Consulté le 9 janvier 2008.