

Annexe – Note d’information technique pour le Bulletin 2009 de l’Alliance sur les temps d’attente

Les bulletins précédents de l’ATA portaient surtout sur l’accès pour les Canadiens aux cinq «domaines prioritaires» énumérés dans l’Accord des premiers ministres de 2004 : arthroplastie (hanche et genou); rétablissement de la vue (chirurgie de la cataracte); soins cardiaques (pontage aortocoronarien); imagerie diagnostique (IRM et TDM) et soin du cancer (radiothérapie). Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont reçu 5,5 milliards de dollars dans un Fonds de réduction des temps d’attente dans le contexte du *Plan décennal pour consolider les soins de santé* afin de réduire véritablement les temps d’attente dans ces domaines.

Les façons antérieures d’évaluer les temps d’attente posent deux grands problèmes :

- Les Canadiens doivent connaître les points de repère sur les temps d’attente maximaux acceptables pour des interventions ou des traitements autres que ceux des cinq domaines prioritaires. Des attentes sérieuses et d’une longueur inacceptable ont fait leur apparition au fil des ans dans de nombreuses disciplines de la médecine au Canada. Les gouvernements ont décidé de commencer par se concentrer sur cinq domaines. On espérait qu’ils appliqueraient la méthodologie mise au point dans les cinq premiers domaines pour s’attaquer à d’autres longues périodes d’attente, mais cela ne s’est pas encore fait de façon systématique.
- Les Canadiens doivent savoir pendant combien de temps au total ils attendront pour recevoir les soins et non seulement le temps écoulé entre le rendez-vous avec le spécialiste et le jour où commence leur traitement.

Afin d’évaluer les réductions réelles des temps d’attente, il faut commencer par établir des points de repère pour les temps d’attente maximaux, ce qui permet de mesurer le rendement. Les membres de l’ATA ont établi ces points de repère au cours de l’été 2005 et les gouvernements provinciaux et territoriaux ont dévoilé leur propre série plus limitée de points de repère en décembre 2005. Ces points de repère représentaient la durée maximale de l’attente pour recevoir un traitement après consultation d’un spécialiste (décision de traiter). Les bulletins de l’ATA ont classé l’accès aux soins dans les cinq domaines prioritaires en fonction du pourcentage des patients qui recevaient des soins dans les délais établis par les gouvernements mêmes. On retrouve ce type d’évaluation dans la première partie du Bulletin de 2009 de l’ATA.

Le présent document d’information technique passe en revue la méthodologie suivie pour les deux principaux éléments du Bulletin de 2009 de l’ATA :

1. Les données provinciales publiquement disponibles qui sont à la base des notes alphabétiques et des cotes de couleur pour les cinq interventions originales telles que nous les avons présentées au cours des années précédentes (Tableau 1).
2. Les données commandées par l’ATA pour 11 sociétés nationales de spécialistes (SNS) afin de déterminer la longueur de l’attente totale que connaissent les patients dans le cas de certaines interventions spécialisées (Tableau 2 et Figure 2-5).

C’est pourquoi la méthodologie suivie pour établir le Bulletin de 2009 comporte deux volets. Nous décrivons ci-dessous la méthodologie suivie dans chaque cas.

Section 1 : Rapport sur l'accès dans les cinq domaines prioritaires

Le Tableau 1 classe les provinces à deux niveaux en leur accordant : (1) une note alphabétique basée sur l'atteinte des points de repère sur les temps d'attente établis par les gouvernements; (2) une cote de couleur pour décrire les tendances du rendement des provinces en 2008 et 2009. Ces notes alphabétiques et cotes de couleur représentent un instantané de la situation des temps d'attente au printemps 2009. Nous fournissons aussi, pour les besoins de la comparaison, les notes alphabétiques nationales de l'ATA pour 2007, 2008 et 2009.

Nous avons informé les provinces que l'ATA étudierait leur site web le 11 mai 2009. On a évalué les temps d'attente provinciaux en fonction des normes repères pancanadiennes sur les délais d'attente approuvées par les gouvernements, de la façon suivante :

Domaine prioritaire	Points de repère provinciaux
Imagerie diagnostique (IRM et TDM)	Pas encore mis au point
Arthroplastie (hanche, genou)	Dans les 26 semaines
Ophthalmologie (chirurgie de la cataracte)	Dans les 16 semaines dans le cas des patients à risque élevé
Cancérologie (radio-oncologie)	Dans les 4 semaines
Chirurgie cardiovasculaire (pontage)	Cas de niveau III dans les 26 semaines

Notes alphabétiques

Le Tableau 1 compare le rendement dans les cinq domaines prioritaires aux points de repère sur les temps d'attente pancanadiens approuvés par les gouvernements. En se fondant sur l'information contenue sur les sites web officiels des gouvernements provinciaux, on évalue le rendement par rapport aux points de repère en utilisant le système universel d'évaluation universitaire suivant :

- A : 80 à 100 % de la population traitée en-deçà du point de repère;
- B : 70 à 79 % de la population traitée en-deçà du point de repère;
- C : 60 à 69 % de la population traitée en-deçà du point de repère;
- D : 50 à 59 % de la population traitée en-deçà du point de repère;
- F : Moins de 50 % de la population traitée en-deçà du point de repère;
- ad (aucune donnée) : cas où l'on n'a pas fourni de données, où elles sont désuètes (c.-à-d. ont plus de six mois) ou ne se prêtent pas à des estimations du rendement de la façon décrite en détail ci-dessous;
- ap (aucun point de repère) : on affecte la cote «ap» à l'imagerie diagnostique pour illustrer qu'il n'y a pas actuellement, pour ces services, de points de repère pancanadiens approuvés par les gouvernements; il faudrait établir de tels points de repère et des lignes directrices sur la pertinence.

La production des rapports sur les temps d'attente varie énormément d'une province à l'autre. Les provinces ne produisent pas toutes un rapport clair de leur rendement en fonction des points de repère pancanadiens. D'autres provinces ont fourni des temps d'attente médians ou des données sur la répartition des temps d'attente dans leur territoire. Certaines données sont disponibles au niveau de la région ou de l'établissement seulement plutôt qu'à celui de la province. Compte tenu de cette réalité, on a suivi la démarche ci-dessous pour évaluer le rendement dans les administrations qui ne font pas rapport de leurs temps d'attente en fonction des points de repère pancanadiens.

- Un domaine prioritaire où le temps d'attente médian tombe au-dessous du point de repère pancanadien reçoit une note F. (Le temps d'attente médian s'entend du point auquel 50 % des patients ont été traités et 50 % attendent toujours).
- Lorsqu'une province produit un rapport sur la répartition des temps d'attente pour des intervalles qui chevauchent le point de repère sur les temps d'attente, on estime le pourcentage des patients traités en-deçà du point de repère en scindant l'intervalle qui chevauche le point de repère en intervalles plus petits et en répartissant le pourcentage des patients traités également entre les intervalles moindres. Par exemple, si 50 % des patients qui attendent une chirurgie de la cataracte sont traités dans les 3 mois et 24 %, entre les mois 4 et 6, on calcule ainsi le pourcentage des patients traités en-deçà du temps d'attente repère de 4 mois :

$$\begin{aligned} \text{\% traités dans les 3 mois} &= 50 \% \\ \text{\% traités dans les mois 4 à 6} &= 24 \% \\ \text{\% traités au cours du 4e mois} &= 24 \div 3 = 8 \% \\ \text{\% total traités dans les 4 mois} &= 58 \% \end{aligned}$$

- Dans les provinces qui présentent des données selon la région, on a utilisé les centres où la grande majorité des cas a été traitée (p. ex. Winnipeg au Manitoba).

Les notes alphabétiques nationales sont fondées sur une moyenne pondérée des notes alphabétiques des provinces. On calcule la note dans chaque domaine prioritaire en attribuant des points aux notes provinciales pour chacune des quatre interventions cotées (A=4, B=3, C=2, D=1 et F=0), en établissant la moyenne et en cotant ensuite la moyenne en fonction du système suivant :

$$\begin{aligned} A &= 3,3-4,0 \\ B &= 2,5-3,2 \\ C &= 1,7-2,4 \\ D &= 0,9-1,6 \\ F &= 0-0,8. \end{aligned}$$

Cotes de couleur

Le volet cotes de couleur du Tableau 1 repose principalement sur les données provinciales utilisées pour établir les cotes. Les cotes de couleur n'ont aucun lien avec les notes alphabétiques (c.-à-d. que les notes alphabétiques illustrent la situation de la province par rapport aux points de repère en mai 2009 tandis que les cotes de couleur évaluent les progrès ou les tendances au cours de l'année écoulée). Pour tenir compte du manque d'uniformité entre les provinces dans leur façon de faire état des temps d'attente, les cotes de couleur sont fondées sur la comparaison des progrès réalisés indépendamment par chaque province, compte tenu de sa façon de suivre les temps d'attente. Si une province, par exemple, suit seulement les temps d'attente en fonction de la médiane, le progrès ou l'absence de progrès reposera sur l'augmentation ou la diminution de l'attente médiane dans la province en question entre les deux années.

On utilise une échelle de cotes de couleur pour évaluer le rendement des provinces de la façon suivante :

Carré vert : augmentation du nombre de patients traités sans dépasser le point de repère sur les temps d'attente au cours de l'année précédente.

Lorsque la province déclare le pourcentage de la population traitée dans les temps prévus, on attribue un carré vert pour une augmentation de 5 points ou plus (p. ex., le pourcentage de patients traités dans les 6 mois est passé de 70 % à 75 %). Pour tenir compte du fait qu'il

devient de plus en plus difficile d'améliorer l'accès en temps opportun à mesure que les provinces se rapprochent des 100 % des patients traités en-deçà du point de repère établi (c. -à-d. qu'il est plus difficile de passer de 90 à 95 % des patients traités que de 50 à 55 %), on utilise un facteur de pondération lorsque les cotes des provinces dépassent 80 % (on multiplie une augmentation par 1,2 et une diminution par 0,2 – cette augmentation/diminution factorielle de 20 % reconnaît la cote «A» dans la tranche supérieure de 20 % du point de repère établi). En guise d'exemple, une intervention donnée dans une province qui ferait passer de 82 à 86 % le total des patients traités dans les délais prescrits entraînerait une amélioration en refermant l'écart de 6 points. On attribue aux provinces qui déclarent seulement des temps d'attente médians un carré vert si le temps d'attente médian a diminué de 5 % ou plus.

Carré jaune : aucune amélioration importante du nombre des patients traités en-deçà des points de repère au cours de l'année écoulée.

On attribue aux provinces qui déclarent le pourcentage de la population traitée un carré jaune lorsque l'augmentation du nombre de patients traités en-deçà des points de repère au cours de l'année écoulée n'atteint pas 5 points, ou que le nombre a diminué de jusqu'à 10 points. On attribue aux provinces qui déclarent des temps d'attente médians un carré jaune si le temps d'attente médian a diminué de moins de 5 % ou a augmenté de jusqu'à 10 % par rapport à l'année précédente.

Carré rouge : diminution de 10 points ou plus du nombre de personnes traitées en-deçà des points de repère par rapport à l'année précédente.

On attribue aux provinces qui déclarent des temps d'attente médians un carré rouge si le temps d'attente médian a augmenté de 10 % ou plus par rapport à l'année précédente.

Carré orange : il n'y a pas suffisamment de données pour déterminer s'il y a eu changement (p. ex., l'on ne fournit pas de données provinciales ou il existe un an de données seulement).

Limites

Le bulletin de l'ATA veut présenter un instantané de la situation des temps d'attente dans les provinces et les territoires du Canada dans les cinq domaines prioritaires définis dans l'Accord sur les soins de santé signé par les premiers ministres en 2004. Les données utilisées pour produire le bulletin ont été tirées de sites web officiels des gouvernements en mai 2009. La façon dont les gouvernements produisent les données sur les temps d'attente varie toutefois énormément, notamment sur les plans de l'actualité des données, des normes de mesure et de l'utilisation d'indicateurs et de points de repère. Les temps d'attente ne tiennent généralement pas compte du temps qu'il faut attendre pour obtenir une consultation ou pour avoir accès à un médecin de famille.

Section 2 : Évaluation du temps d'attente total des Canadiens et de l'accès aux soins au-delà des cinq domaines prioritaires

Présentation de l'étude d'Ipsos-Reid sur le journal des médecins

Pour le bulletin de cette année, l'ATA voulait présenter les temps d'attente totaux pour une liste plus longue d'interventions spécialisées depuis la référence par l'omnipraticien ou le médecin de famille jusqu'au traitement, à l'intervention ou au diagnostic.

C'est pourquoi l'ATA a commandé à Ipsos-Reid une étude quantitative des temps d'attente pour avoir accès aux médecins spécialistes dans chacune des spécialités de l'ATA participant à l'étude.

Raison d'être de la recherche

La recherche visait à réunir, par l'intermédiaire des médecins, des données sur les patients qui présenteraient un instantané du temps total pendant lequel les Canadiens attendent pour consulter un médecin spécialiste et ensuite pour obtenir un traitement, subir une intervention ou obtenir un diagnostic. Ces données devaient aussi servir de points de référence pour d'éventuelles évaluations à venir.

On a suivi les trois types suivants de temps d'attente :

I. Diagnostics, traitements ou interventions : gastro-entérologie, médecine nucléaire, ophtalmologie, chirurgie plastique, radio-oncologie, obstétrique et gynécologie, orthopédie, soins cardiovasculaires.

II. Spécialités qui reçoivent des patients sans pratiquer d'intervention chirurgicale ou physique, ou poser de diagnostic au moyen d'équipement : soins psychiatriques, anesthésiologie.

III. Médecine d'urgence.

I. Diagnostics, traitements et interventions : Afin de recueillir des données qui décriraient fidèlement les temps d'attente dans ces spécialités, on a élargi l'objet de la recherche pour y inclure :

- i) le type de traitement, d'intervention, de problème ou de diagnostic pour lequel le patient a été référé;
- ii) le temps écoulé entre la référence initiale et la première consultation du spécialiste;
- iii) le temps écoulé entre la première consultation du spécialiste et la date à laquelle on décide de traiter le patient;
- iv) le temps écoulé entre la date à laquelle on décide de traiter le patient et la date de l'intervention, du traitement ou du diagnostic.

II. Spécialités qui reçoivent des patients sans pratiquer d'intervention chirurgicale ou physique ou poser de diagnostic au moyen d'équipement : Pour ces spécialités, la consultation du médecin spécialiste constitue aussi la date de la décision de traiter et la première date du traitement. La recherche sur ces spécialités visait notamment à :

- (i) recueillir des données sur le temps écoulé entre la référence au spécialiste et la date de la première consultation avec celui-ci;
- (ii) recueillir de l'information sur les résultats de la consultation.

III. Médecine d'urgence : Les étapes que franchit le patient sont très différentes dans cette spécialité. On a personnalisé les objectifs de la recherche pour y inclure la collecte de données sur les temps d'attente en heures écoulées :

- (i) entre l'arrivée à l'urgence et le moment où le patient a vu le médecin;
- (ii) entre le moment où le patient a vu le médecin et celui où il a consulté un spécialiste (le cas échéant);
- (iii) le temps écoulé jusqu'au départ ou à l'hospitalisation (si le patient est admis).

Objectifs plus précis de la recherche

Au lieu de simplement recueillir des données sur les temps d'attente écoulés entre la référence et le traitement, plusieurs membres de l'ATA s'intéressaient seulement à certaines surspécialités de leur spécialité ou à certains problèmes, interventions ou traitements. Dans le cas de ces spécialités, on a précisé les objectifs de la recherche pour les concentrer sur les aspects suivants :

- Association des psychiatres du Canada : dépression majeure.

- Société canadienne des anesthésiologistes : prise en charge de la douleur chronique.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada : douleur pelvienne, stérilisation électorale, saignement anormal avant la ménopause, prolapsus pelvien et incontinence urinaire.
- Association canadienne d'orthopédie : arthroplastie de la hanche et du genou.
- Association canadienne de médecine nucléaire : études ou consultations sur la thyroïde, épreuves d'effort, traitement aux isotopes et radio-immunothérapie.
- Société canadienne d'ophtalmologie : transplantations de cornée et chirurgie pour corriger le strabisme chez l'adulte.

Aperçu de la méthodologie

Afin de recueillir des données sur la période pendant laquelle les patients ont dû attendre pour recevoir des soins de spécialistes au Canada, nous avons utilisé une méthodologie en ligne pour sonder les membres des sociétés nationales de spécialistes (SNS) participantes. Les SNS ont fourni des échantillons pour l'étude sous forme de listes électroniques.

L'instrument de sondage a été conçu en consultation étroite avec les partenaires de la recherche et personnalisé en fonction des objectifs de recherche particuliers à chaque spécialité. L'instrument de sondage en ligne devait :

- saisir des renseignements démographiques sur tous les médecins spécialistes;
- recueillir des réponses à des questions générales sollicitant une opinion;
- saisir des temps d'attente réels pour un maximum de cinq patients par médecin spécialiste pendant les intervalles décrits auparavant;
- recueillir des réponses à des questions personnalisées pour quatre des SNS.

L'instrument de sondage comportait les éléments suivants :

- une série de questions démographiques;
- une série de questions sollicitant une opinion sur les temps d'attente en général;
- des questions personnalisées sollicitant une opinion, le cas échéant;
- une grille personnalisée où les spécialistes ont entré les dates ou heures des diverses étapes visées par l'étude.

La dernière partie de l'instrument de sondage en ligne devrait permettre de calculer le nombre de jours écoulés entre chaque date, suivant l'année civile. Les participants qui ne fournissent pas de soins directs aux patients ont été exclus du sondage après avoir répondu aux questions démographiques et sollicitant une opinion. Le travail terrain de l'étude au complet s'est déroulé du 12 février au 6 mars 2009.

Limitations de l'étude sur le journal des médecins effectuée par Ipsos-Reid

L'étude sur le journal des médecins effectuée par Ipsos-Reid pour le compte de l'Alliance sur les temps d'attente est la première étude de cette nature au Canada à sonder 11 sociétés nationales de spécialistes (SNS) au sujet des temps d'attente réels consignés aux dossiers, ainsi que des attentes à l'égard de l'avenir, ce qui permet de mesurer les bases des systèmes en place, ainsi que leur viabilité. Comme il s'agit du premier sondage de cette nature, le taux de réponse a varié entre les SNS.

Dans l'ensemble, pendant un créneau de trois semaines en février-mars 2009 :

- on a sondé 1189 médecins spécialistes pour avoir leur avis sur les temps d'attente au Canada – le taux de réponse a atteint 14,6 %;

- on a recueilli des données sur les temps d'attente de 2010 patients, y compris les éléments suivants :
 - on a calculé les temps d'attente (en jours) selon la spécialité (dans certains cas, pour des traitements précis à l'intérieur de chaque spécialité) pour chaque intervalle;
 - on a calculé les temps d'attente (en jours) selon la spécialité (dans certains cas, pour des traitements précis à l'intérieur de chaque spécialité) pour chaque intervalle.