

**ALLIANCE SUR LES
TEMPS D'ATTENTE**

Association canadienne
d'orthopédie

Association canadienne de
gastroentérologie

Association canadienne de
médecine nucléaire

Association canadienne
des médecins d'urgence

Association canadienne
des radiologistes

Association canadienne de
radio-oncologie

Association des
psychiatres du Canada

Association médicale
canadienne

Société canadienne
d'ophtalmologie

Société canadienne de
cardiologie

Société canadienne des
anesthésiologistes

Société canadienne des
chirurgiens plasticiens

Société des obstétriciens
et gynécologues du
Canada

**Bulletin de l'Alliance sur les temps d'attente
Note d'information technique 2008**

Bulletin de l'Alliance sur les temps d'attente Note d'information technique 2008

Démarche et structure

L'Alliance sur les temps d'attente (ATA) a créé ce bulletin pour présenter une évaluation de la façon dont les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont tenu leurs engagements du *Plan décennal pour consolider les soins de santé* signé en 2004.

Fondé sur l'information et les données fournies sur les sites web des gouvernements, le rapport vise à répondre aux deux questions suivantes :

- 1) Dans quelle mesure les gouvernements ont-ils tenu leurs engagements collectifs du *Plan décennal* de 2004 sur les soins de santé?
- 2) En mars 2008, dans quelle mesure les systèmes de santé avaient-ils réussi –dans chaque province et territoire et à l'échelle nationale – à réduire vraiment les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires établis dans le *Plan décennal* de 2004?

Le rapport comporte trois tableaux. Nous décrivons ci-dessous la méthode utilisée dans chaque cas.

Tableau 1 : Réductions véritables des temps d'attente et améliorations de l'accès dans les cinq domaines prioritaires.

Ces notes présentent un instantané de la situation des temps d'attente en mars 2008. Nous présentons aussi les notes du bulletin 2007 de l'ATA aux fins de comparaison. Les provinces ont été informées que l'ATA analyserait leur site web le 1^{er} mars 2008. On a évalué les temps d'attente dans les provinces en fonction des points de repère pancanadiens sur les temps d'attente approuvés par les gouvernements :

Domaine prioritaire	Points de repère provinciaux
Imagerie diagnostique (IRM/TDM)	À déterminer
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 I (non urgents) dans les 2 semaines - cas de niveau II dans les 6 semaines - cas de niveau III dans les 26 semaines

Les notes attribuées à la composante «point de repère sur les temps d'attente» du Tableau 1 sont fondées sur une moyenne pondérée des notes alphabétiques tirées du Tableau 2. On calcule la note pour chaque domaine prioritaire en attribuant des points aux notes provinciales pour chacune des 4 interventions évaluées (A=4, B=3, C=2, B=1 et F=0), en calculant la moyenne et en attribuant ensuite à la moyenne une note fondée sur le système suivant : A= 3,3-4,0; B= 2,5-3,2; C= 1,7-2,4; D= 0,9-1,6; F= 0-0,8.

Limites

Le rapport de l'ATA vise à présenter un instantané de la situation actuelle des temps d'attente dans les administrations canadiennes et 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 rapport proviennent des sites web officiels des gouvernements. La façon dont les gouvernements produisent leurs données sur les temps d'attente, y compris leur mise à jour, les normes de mesure et l'utilisation d'indicateurs et de points de repère, varie toutefois considérablement. Les temps d'attente déclarés ne tiennent en général pas compte du temps pendant lequel il faut attendre pour obtenir une consultation ou pour avoir accès à un médecin de famille.

Tableau 2 : Notes provinciales et évaluation des réductions véritables des temps d'attente dans les provinces entre 2006-2007 et 2007-2008.

Le Tableau 2 essaie de voir si les temps d'attente ont diminué réellement et si nous pouvons dégager une tendance de réduction des temps d'attente au cours de l'année écoulée. Nous voulions saisir cette caractéristique étant donné que le *Plan décennal* affirme viser une réduction véritable des temps d'attente.

Notes alphabétiques

Le Tableau 2 compare le rendement dans les cinq domaines prioritaires aux points de repère sur les temps d'attente pancanadiens approuvés par les gouvernements. Ces notes servent à calculer la note nationale globale des «points de repère sur les temps d'attente» que l'on trouve au Tableau 1. On attribue à l'imagerie diagnostique une note «à déterminer» car il n'y a actuellement aucun point de repère pancanadien approuvé par les gouvernements dans ce domaine prioritaire. Il faudrait établir de tels points de repère de concert avec des lignes directrices appropriées.

Les détails sur le rendement pancanadien et sur celui de chaque province en fonction des points de repère et les détails sur les tendances des temps d'attente entre 2006 et 2007 sont disponibles dans des tableaux distincts.

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.
- Incomplet : lorsque l'on ne fournit pas de données, ou que les données ne se prêtent pas à des estimations du rendement de la façon décrite en détail ci-dessous.

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 :

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

Dans le cas des provinces qui déclarent seulement des temps d'attente médians lorsque ceux-ci sont inférieurs au point de repère sur les temps d'attente, l'évaluation repose sur une consultation de la spécialité médicale compétente.

- 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., Région de l'Est pour Terre-Neuve-et-Labrador, Winnipeg au Manitoba, Regina et Saskatoon en Saskatchewan).

Cotes de couleur

Le volet cotes de couleur du Tableau 2 repose principalement sur les données provinciales utilisées pour établir les cotes et complétées par des données saisies par l'ICIS dans ses deux rapports :

- ICIS, *Tableaux sur les temps d'attente – Une comparaison par province, 2008.*
- ICIS, *Tableaux sur les temps d'attente – Une comparaison par province, 2007.*

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.

Dans quelques cas, on a utilisé d'autres sources de données qui pouvaient permettre d'établir une comparaison. Ces sources comprenaient Action Cancer Ontario et l'Agence du cancer de la Saskatchewan.

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

Tableau 3 : Progrès réalisés dans l'application du Plan décennal pour consolider les soins de santé signé par les premiers ministres en 2004.

On évalue les engagements en fonction de l'échelle suivante : A (entièrement tenu), B (tenu en grande partie), C (tenu en partie), D (en grande partie non tenu), F (pas tenu du tout).

Tableau 1 – Progrès réalisés à l'égard de la mise en œuvre des engagements sur les temps d'attente pris par les premiers ministres en 2004.		
Engagement	Note	Justification
<u>Indicateurs de l'accès</u> : indicateurs comparables de l'accès aux professionnels de la santé et aux services de diagnostic et de traitement établis avant décembre 2005.	C+	Les progrès sont lents pendant que les travaux sont en cours dans ce domaine.
<u>Points de repère</u> : points de repère factuels pour des temps d'attente médicalement acceptables en oncologie, cardiologie, imagerie diagnostique, arthroplastie et rétablissement de la vue à établir avant décembre 2005.	B	Points de repère adoptés par les gouvernements en décembre 2005 pour quatre des cinq domaines prioritaires (sauf l'imagerie diagnostique). Les points de repère adoptés portaient toutefois dans la plupart des cas sur une intervention seulement par spécialité.
<u>Cibles</u> : cibles pluriannuelles pour atteindre les points de repère prioritaires à établir par chaque administration avant décembre 2007.	C+	Peu de provinces ont établi des temps d'attente cibles et annoncent clairement une date butoir pour atteindre les points de repère.
<u>Production de rapports sur les temps d'attente</u> : les gouvernements se sont engagés à présenter à leur population un rapport annuel sur leurs progrès.	C+	Les pratiques de production de rapports varient considérablement entre les provinces. Beaucoup de provinces ne font pas état des temps d'attente en fonction des points de repère pancanadiens. La bonne nouvelle, c'est que des provinces produisent des rapports sur l'accès en temps opportun à des services en sus des cinq priorités initiales.