

Bulletin de l'Alliance sur les temps d'attente

Note technique

Le 19 avril 2007

Démarche et structure

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

À partir de l'information et des données affichées sur les sites web officiels des gouvernements, le rapport tente de 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) Dans quelle mesure les systèmes de santé – individuellement dans chaque province et collectivement à l'échelle nationale – avaient-ils réussi à réduire vraiment, le 31 mars 2007, les temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires retenus par le *Plan décennal* de 2004?

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

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

Le Tableau 1 présente deux notes liées aux temps d'attente :

Points de repère sur les temps d'attente (récapitulation nationale du rendement des provinces vers l'atteinte des points de repère)

La composante «Points de repère sur les temps d'attente» du Tableau 1 présente une mise à jour des notes nationales compilées dans le bulletin provisoire de novembre 2006 de l'ATA. Les notes attribuées à cette composante résument les notes alphabétiques du Tableau 2 (expliquées ci-dessous). On attribue une cote «à confirmer» à l'imagerie diagnostique, car aucun point de repère pancanadien n'est actuellement approuvé par les gouvernements dans ce domaine prioritaire. Il faudrait établir de tels points de repère en regard des lignes directrices sur la pertinence.

On calcule la note nationale pour chaque domaine prioritaire en attribuant des points aux notes provinciales (A=4, B=3, C=2, D=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.

Facilitateurs de l'accès

La composante «Facilitateurs de l'accès» du Tableau 1 est nouvelle. Nous l'avons ajoutée car nous jugions qu'il fallait donner plus de robustesse au bulletin en tenant compte de tous les facteurs qui peuvent avoir une incidence sur l'accès au fil du temps. Le temps d'attente est inévitablement le facteur le plus important pour les patients, mais il ne saisit pas les progrès réalisés qui finiront par améliorer les temps d'attente à long terme (p. ex., investissement dans l'achat d'équipement ou recrutement de ressources humaines de la santé, satisfaction d'une demande accrue, amélioration du débit au moyen de lignes directrices sur la pertinence et simplification des étapes que doivent franchir les patients).

La composante Facilitateurs de l'accès est appliquée à l'échelle nationale à chacun des cinq domaines prioritaires, auxquels on attribue ensuite une note fondée sur les critères suivants :

1. Y a-t-il eu augmentation des ressources consacrées à la réduction des temps d'attente depuis 2004 dans ce domaine prioritaire :
 - Équipement (p. ex., appareils d'imagerie diagnostique, salles d'opération).
 - Main-d'œuvre (médecins, infirmières, autres prestataires de soins de santé pouvant avoir une incidence sur la production).
 - Temps de fonctionnement (p. ex., heures prolongées)?
2. A-t-on réussi à améliorer le débit des patients en utilisant, par exemple :
 - des programmes de prévention des maladies,
 - des lignes directrices sur la pertinence et des guides de pratique,
 - la gestion active et la mise en commun des listes d'attente, des systèmes de réservation centralisés, des outils d'établissement de priorités,
 - le financement fondé sur les activités, les centres d'excellence?
3. Les augmentations de production dans les domaines prioritaires depuis 2004 suffisent-elles pour répondre aux besoins et sont-elles viables à long terme?

À cause du temps qu'il faut pour recueillir les données sur ces facteurs, il y a très peu de données solides disponibles. C'est pourquoi on a demandé leur contribution aux médecins des spécialités pertinentes.

Le système d'évaluation de la composante Facilitateurs de l'accès du Tableau 1 est appliqué de la façon suivante :

- A : Activité ou progrès important face aux facteurs ayant une incidence sur les temps d'attente.
- B : Progrès moyens.
- C : Progrès limités.
- D : Aucun progrès.
- F : Détérioration des facteurs ayant une incidence sur les temps d'attente.

Table 2 : Ventilations provinciales : rendement dans les cinq domaines prioritaires

Le Tableau 2 cherche à savoir si on a vraiment réduit les temps d'attente, puisque le *Plan décennal* prévoyait des réductions réelles des temps d'attente avant le 31 mars 2007. Il y a deux façons d'évaluer les réductions réelles dans chaque province :

1. Un aperçu provincial des temps d'attente pour quatre des domaines prioritaires selon la province.
2. La détermination d'une tendance possible, au cours de l'année écoulée, à la réduction des temps d'attente dans chacun des cinq domaines prioritaires.

Pour ce qui est de l'aperçu provincial, 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, comme suit :

Domaine prioritaire	Points de repère provinciaux
Imagerie diagnostique (IRM/TD)	À confirmer
Arthroplastie (hanche, genou)	Dans les 26 semaines
Ophthalmologie (chirurgie de la cataracte)	Dans les 16 semaines dans le cas des patients à risque élevé
Soins du cancer (radio-oncologie)	Dans les 4 semaines
Chirurgie cardiovasculaire (pontage)	- cas de niveau I (non urgents) dans les deux semaines - cas de niveau II dans les 6 semaines - cas de niveau III dans les 26 semaines

On n'a attribué aucune note à l'imagerie diagnostique puisque les gouvernements provinciaux ne se sont pas encore entendus sur des points de repère dans ce domaine.

Ces notes donnent un aperçu de la situation des temps d'attente au 31 mars 2007. Les provinces avaient été informées que l'ATA examinerait leur site web le 9 avril 2007 afin de leur laisser le temps de les mettre à jour.

En se fondant sur l'information contenue sur les sites web officiels des gouvernements provinciaux, on évalue le rendement en fonction des points de repère sur les temps d'attente en utilisant le système universel d'évaluation universitaire qui suit :

- 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.
- so : situations où on n'a pas fourni de données; situations où les données existantes n'appuient pas les estimations du rendement en ce qui concerne le pourcentage des patients traités en-deçà du point de repère.

La production de rapports sur les temps d'attente varie énormément d'une province à l'autre. Peu de provinces produisent un rapport clair de leur rendement en fonction des points de repère pancanadiens. D'autres provinces fournissent 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 de 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 recoupent celles du point de repère, on estime le pourcentage des patients traités en-deçà du point de repère en scindant la portion de l'intervalle qui recoupe le point de repère en durées plus petites et en répartissant également entre ces intervalles moindres le pourcentage des patients traités. Par exemple, si 50 % des patients qui attendent une chirurgie de la cataracte sont traités dans les trois mois et 24 % le sont entre trois et six mois, on calcule ainsi le pourcentage des patients traités en-deçà du temps d'attente repère de quatre mois :

$$\begin{aligned} \% \text{ traités dans les 3 mois} &= 50 \% \\ \frac{\% \text{ traités au cours du 4}^{\text{e}} \text{ mois}}{\% \text{ total traités dans les 4 mois}} &= \frac{24}{50} = 48 \% \\ \% \text{ total traités dans les 4 mois} &= 50 \% + 48 \% = 98 \% \end{aligned}$$

Dans le cas des provinces qui déclarent seulement des temps d'attente médians, et si les temps d'attente médians sont inférieurs aux points 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., Winnipeg au Manitoba, Regina et Saskatoon en Saskatchewan).

Limitations

Le rapport de l'ATA vise à présenter un aperçu de la situation actuelle des temps d'attente dans les administrations canadiennes et dans les cinq domaines prioritaires retenus dans l'accord sur les soins de santé que les premiers ministres ont signé 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 l'opportunité des données, 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.

B. Évaluation du changement des temps d'attente provinciaux entre 2005 et 2006

Le Tableau 2 inclut aussi un carré de couleur (attaché à la note alphabétique), qui indique les changements des temps d'attente provinciaux selon le domaine prioritaire entre 2005 et 2006. Il s'agit aussi d'une nouvelle caractéristique du bulletin de l'ATA. Cette partie du Tableau repose principalement sur les données provinciales fournies dans deux rapports de l'ICIS :

- ICIS, *Temps d'attente et soins de santé au Canada : ce que nous savons et ce que nous ignorons*, 2006;
- ICIS, *Tableaux sur les temps d'attente – Une comparaison par province*, 2007.

Les rapports de l'ICIS fournissent deux points de données, à un an d'intervalle environ, qui permettent de déterminer si l'on a réalisé des progrès vers la réduction des temps d'attente pendant l'année. L'utilisation des deux rapports de l'ICIS nous permet de surmonter une partie du manque d'uniformité entre les provinces dans la collecte des données en comparant les progrès réalisés par chaque province indépendamment, en fonction de sa façon de suivre les temps d'attente. Si une province, par exemple, suit seulement les temps d'attente en fonction des attentes médianes, 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. En résumé, on compare le rendement d'une province seulement à son rendement de l'année précédente en utilisant le même type de mesure.

Dans quelques cas, on a utilisé d'autres sources de données qui pouvaient permettre d'établir une comparaison entre 2005 et 2006. Ces autres sources de données comprenaient Action Cancer Ontario, le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard et le Réseau de soins chirurgicaux du Nouveau-Brunswick.

On utilise une légende de couleurs pour faire état du changement (le cas échéant) des temps d'attente dans chacun des cinq domaines prioritaires selon la province, entre 2005 et 2006, de la façon suivante :

- Carré vert : les temps d'attente ont diminué au cours de l'année.
- Carré rouge : les temps d'attente ont augmenté au cours de l'année.
- Carré jaune : les temps d'attente n'ont pas changé pour la peine au cours de l'année écoulée (le changement n'atteint pas 5 % [augmentation ou diminution des temps d'attente]).
- Carré blanc : il n'y a pas suffisamment de données pour mesurer le changement (p. ex., il existe un an de données seulement).

On peut obtenir des tableaux distincts qui présentent les détails de la façon dont on a attribué les notes et les couleurs dans le Tableau 2.

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 d'une échelle qui va de A (entièrement tenu) à B (tenu en grande partie), C (tenu en partie), D (en grande partie non tenu) et F (pas tenu du tout). Nous résumons ci-dessous les engagements, les cotes et la justification.

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	Cote	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.	INC	On n'a trouvé aucun dossier public d'indicateurs comparables de l'accès.
<u>Points de repère</u> : points de repère factuels pour des temps d'attente médicalement acceptables en soins du cancer, cardiologie, imagerie diagnostique, arthroplastie et rétablissement de la vue établis avant décembre 2005.	B	Points de repère adoptés par les gouvernements en décembre 2005 pour quatre des cinq domaines prioritaires (sauf imagerie diagnostique).
<u>Objectifs</u> : objectifs pluriannuels pour atteindre les points de repère prioritaires à établir par chaque administration avant décembre 2007. Le nouveau gouvernement fédéral a avancé le délai à décembre 2006.	D	Deux provinces seulement sur dix ont établi des calendriers d'atteinte des objectifs.
<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. Peu de provinces font état des temps d'attente en fonction des points de repère pancanadiens.

Au sujet de l'Alliance sur les temps d'attente

Créée à l'automne 2004 parce que l'accès aux soins de santé pour la population canadienne préoccupait les médecins, l'ATA conseille les gouvernements, en se fondant sur le point de vue des médecins, au sujet de points de repère sur les temps d'attente médicalement acceptables dans les cinq domaines prioritaires.

L'ATA réunit plusieurs sociétés nationales de spécialité médicale dont les membres contribuent directement à la prestation de soins dans les domaines prioritaires établis par les premiers ministres et regroupe les organismes suivants :

- Association canadienne de médecine nucléaire
- Association canadienne des radio-oncologues
- Association canadienne des radiologistes
- Société canadienne de cardiologie
- Association médicale canadienne
- Société canadienne d'ophtalmologie
- Association canadienne d'orthopédie

Dans son rapport final d'août 2005, l'ATA a aussi inclus des points de repère pour la médecine nucléaire, un éventail complet de points de repère pour les soins en médecine cardiovasculaire, ainsi que des points de repère pour la consultation de spécialistes (cardiologue, radio-oncologue, chirurgien orthopédiste). La présente analyse n'inclut toutefois pas ces points de repère supplémentaires.