

Document d'information technique pour le
Bulletin de l'Alliance sur les temps d'attente
Juin 2010

L'Alliance sur les temps d'attente
Juin 2010
Ottawa (Ontario)

Table des matières	page
Introduction – Pourquoi un document d’information technique sur les temps d’attente maintenant et encore une fois?	3
I. Tableau 1 : Méthodes utilisées pour dériver les cotes dans les cinq domaines prioritaires établis à l’origine	4
• Notes alphabétiques	5
• Pondération des distributions des temps d’attente.....	5
• Cotes de couleur	6
II. Tableau 3 : Comparaison entre les temps d’attente provinciaux et certains points de repère de l’ATA	
Critères utilisés pour étendre le suivi des traitements ou interventions	7
III. Tableau 5 : Critères utilisés pour coter les rapports sur les temps d’attente produits par les gouvernements provinciaux	8
• Notes sur le rendement des rapports provinciaux	

Introduction : Pourquoi un document d'information technique sur les temps d'attente maintenant et encore une fois ?

Il fallait accompagner ce bulletin d'un document d'information technique parce qu'il n'y a toujours pas de normes nationales de mesure uniforme des temps d'attente au Canada. Ce document décrit la méthodologie qui a servi à produire les trois sections du bulletin. Il présente d'abord, comme par les années passées, les données provinciales publiquement disponibles, cotées par codes de couleur pour les cinq interventions d'origine (Tableau 1). Ensuite, il présente la méthode utilisée pour coter les temps d'attente des membres de l'ATA (Tableau 3). La troisième section présente la méthode qui a servi à évaluer les rapports publics sur les temps d'attente produits par les gouvernements provinciaux (Tableau 5).

Limitations

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 des premiers ministres sur les soins de santé en 2004 et par la suite. Les données utilisées pour produire le bulletin ont été tirées de sites web officiels des gouvernements en mai 2010. 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 avec un médecin de famille ou pour avoir accès à celui-ci.

I. Tableau 1 : Méthodes utilisées pour dériver les cotes dans les cinq domaines prioritaires choisis à l'origine

Le Tableau 1 accorde aux provinces une cote à deux niveaux : (1) une cote alphabétique basée sur l'atteinte des points de repère sur les temps d'attente et (2) une cote couleur qui présente un rapport sur les tendances du rendement des provinces entre 2009 et 2010. Ces cotes alphanumériques et couleur représentent un instantané de la situation des temps d'attente au printemps 2010. Nous présentons aussi les notes alphabétiques nationales et les cotes de couleur pour 2007 et 2009 à des fins de comparaison.

Les provinces ont été informées (en janvier 2010) que l'ATA analyserait leur site web à compter du 1^{er} avril 2010. On a évalué les temps d'attente des provinces en fonction des points de repère pancanadiens sur les temps d'attente approuvés par les gouvernements, de la façon suivante:

Tableau 1 Points de repère sur les temps d'attente dans les cinq domaines établis à l'origine

Domaine prioritaire	Points de repère provinciaux
IRM/TDM (imagerie diagnostique)	À déterminer
Hanche, genou (arthroplastie)	Dans les 26 semaines
Chirurgie de la cataracte (ophtalmologie)	Dans les 16 semaines dans le cas des patients à risque élevé
Radiothérapie du cancer	Dans les 28 jours
Pontage aortocoronarien (PAC) (chirurgie cardiovasculaire)	- 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 des gouvernements. 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

ad : Aucune donnée n'est fournie ou les données ne se prêtent pas aux estimations du rendement décrites ci-dessous. La diagonale / dans les carrés blancs indique que le service n'est pas fourni : p. ex., pontage aortocoronarien à l'Î.-P.-É.

apr : « Aucun point de repère » – on n'a pas encore établi de points de repère pour l'imagerie diagnostique au Canada. Lorsque les provinces ont déclaré des temps d'attente, on leur attribue une cote couleur pour indiquer les progrès réalisés au cours des 12 derniers mois.

Les notes alphabétiques nationales sont basées sur une moyenne pondérée des notes alphabétiques provinciales. 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.

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 temps d'attente médian qui tombe au-dessous du point de repère pancanadien reçoit un F. Le temps d'attente médian représente le point auquel 50 % des patients ont été traités et 50 % attendent encore.
- 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.

Pondération des distributions des temps d'attente

Dans le cas des provinces qui déclarent seulement des temps d'attente médians et où les temps d'attente médians déclarés sont inférieurs au point de repère sur les temps d'attente, on a estimé le pourcentage de patients traités en-deçà du point de repère sur les temps d'attente en utilisant une fonction dérivée de la répartition des temps d'attente en temps réel¹

¹ Distribution des temps d'attente en Saskatchewan

http://www.sasksurgery.ca/pdf_files/Median%20wait%20times%20surgery%20performed/median.pdf

Les cotes de couleur sont indépendantes des cotes alphabétiques

Le volet cotes de couleur du Tableau 1 repose sur les données provinciales utilisées pour attribuer les cotes alphabétiques. Pour tenir compte des incohérences entre les provinces dans leur façon de faire état des temps d'attente, les cotes 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 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.

On utilise une échelle de cotes 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 toutefois 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. Lorsqu'une province déclare seulement les temps d'attente médians, on attribue un carré vert quand 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 un temps d'attente médian 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 augmente 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., il existe un an de données seulement, ou l'on ne fournit pas de données provinciales).

II. Tableau 3 : Comparaison entre les temps d'attente provinciaux et certains points de repère de l'ATA – Critères utilisés pour étendre le suivi des traitements ou interventions

Le bulletin de cette année présente un rapport sur les temps d'attente au-delà des cinq domaines prioritaires choisis à l'origine (Tableau 3) énumérés dans l'accord que les premiers ministres ont signé en 2004 : arthroplastie (hanche et genou); rétablissement de la vue (chirurgie de la cataracte); cardiologie (pontage aortocoronarien); imagerie diagnostique (IRM et TDM) et traitement du cancer (radiothérapie).


On a demandé aux membres de l'ATA de fournir leurs trois principaux traitements à inclure dans le bulletin de 2010 de l'ATA. Reconnaisant que les interventions et les traitements sont tous importants, les membres de l'ATA ont fourni leurs trois premiers traitements qui méritent actuellement le plus attention selon eux.

En choisissant les trois premiers traitements, les intéressés ont tenu compte des critères suivants :

1. Un traitement qui touche le nombre le plus élevé de patients ou produit le rendement de l'investissement le plus important.
2. Un traitement pour lequel il serait possible de réduire considérablement les temps d'attente en augmentant simplement et directement la capacité d'un élément de technologie ou du personnel.

Il importe de signaler que les membres de l'Alliance sur les temps d'attente ont maintenant une liste de points de repère pour plus de 1000 traitements. Les notes attribuées à ces points de repère reposent sur la même méthodologie que celle qui a servi dans l'attribution de notes aux points de repère des temps d'attente provinciaux.

- 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

Le symbole des lunettes «  » a été affecté à des traitements, services ou interventions au sujet desquels une province a déclaré des temps d'attente, mais les données ne portaient pas spécifiquement sur une des priorités établies par les membres de l'ATA. On a inscrit « ? » lorsque le traitement, le service ou l'intervention ne faisaient pas l'objet de rapports publics.

III. Tableau 5 : Critères utilisés pour coter les rapports sur les temps d'attente produits par les gouvernements provinciaux

Les méthodes de production de rapports sur les temps d'attente utilisées par les provinces ont été évaluées en fonction de cinq critères :

1. **Actualité**
2. **Intégralité**
3. **Convivialité ou accessibilité pour les patients**
4. **Orientation axée sur le rendement**
5. **Qualité et fiabilité**

Détermination de la cote accordée par l'ATA aux rapports provinciaux sur les temps d'attente (Table 5)

Chacun des cinq critères peut produire un maximum de cinq points : la note totale parfaite est de $25 \div 5 = 5$ comme note composée.

1. Actualité – Dans quelle mesure les temps d'attente déclarés sont-ils récents – sur le plan à la fois du caractère récent des données déclarées et de la fréquence de leur mise à jour?

- 5 points : En temps réel (les patients peuvent voir les temps d'attente courants)
- 4 points : Données mises à jour aux deux mois ou moins; les données les plus récentes ont moins de 2 mois
- 3 points : Données mises à jour aux 2 mois, mais les données ont plus de 2 mois
- 2 points : Données mises à jour aux 3 à 4 mois
- 1 point : Données mises à jour aux 5 à 6 mois
- 0 point : Données qui ont plus de 6 mois

2. Intégralité – Dans quelle mesure l'éventail des interventions ou des traitements sur lesquels porte le rapport est-il complet?

- 5 points : Le rapport porte sur un vaste éventail d'interventions et de services, ainsi que sur des surspécialités, les temps d'attente à l'urgence et les temps d'attente pour consulter un spécialiste.
- 4 points : Le rapport porte sur un vaste éventail d'interventions ou de services, ainsi que sur un nombre limité de surspécialités ou sur les temps d'attente à l'urgence.
- 3 points : Le rapport porte sur un vaste éventail d'interventions ou de services, mais les données ne sont pas ventilées selon la surspécialité, et les temps d'attente à l'urgence ne sont pas fournis.
- 2 points : Nombre limité d'interventions au-delà des cinq domaines prioritaires (entre 5 et 10 interventions) et les données ne sont pas ventilées selon la surspécialité.
- 1 point : Les données sont fournies pour les 4 ou 5 domaines prioritaires seulement (c.-à-d. pourraient ne pas inclure l'imagerie diagnostique puisqu'il n'y a pas d'entente sur des points de repère pancanadiens).

3. Convivialité ou accessibilité pour les patients – L'information sur les temps d'attente est-elle facile à trouver pour le public et pour les fournisseurs ? Cinq dimensions sont évaluées :

- Le lien vers le site web se trouve à la page d'ouverture du gouvernement ou du ministère de la Santé (1 point).
- Toute l'information se trouve sur un même site où il existe des liens clairs et visibles vers d'autres sites (p. ex., urgence, soin du cancer) (1 point).
- L'information est présentée dans un format convivial pour le public ou les patients (1 point).
- L'information est disponible selon la localité, la région, le site ou la spécialité (1 point).
- De l'information de base sur la façon dont les temps d'attente sont définis et calculés est fournie avec d'autres renseignements visant à aider les patients (p. ex., foire aux questions) (1 point).

4. Orientation axée sur le rendement – Comment nous en tirons-nous ?

L'information déclarée porte sur les aspects suivants :

- Multiples façons d'évaluer le rendement (p. ex., temps d'attente médian (95 % des patients traités en-deçà de l'objectif, temps d'attente moyen) (1 point)
- Liens vers les temps d'attente réels et les objectifs de rendement pancanadiens ou provinciaux (1 point)
- Nombre de patients qui attendent un traitement (1 point)
- Nombre d'interventions pratiquées (1 point)
- Données tendanciennes (1 point)

5. Qualité et fiabilité – Qu'est-ce qui garantit que les données sont exactes et fiables ?

Les critères sont les suivants :

- Une tierce partie digne de confiance a analysé ou vérifié les mécanismes de collecte de données (1 point).
- Les sources de données sont fournies (1 point).
- Les limites sont indiquées (1 point).
- On explique comment les données doivent être utilisées ou interprétées (1 point).
- Le site web indique les coordonnées où soumettre des commentaires ou poser des questions (1 point).

Dans certains cas, on a attribué un demi-point lorsqu'une province atteignait en partie les critères.

Commentaires et analyse – Tableau 5 du Bulletin de l'ATA

Province	Commentaires
ON	+ Chef de file sur le plan des rapports sur les temps d'attente à l'urgence et de l'attention que la province porte à l'opportunité et à la qualité et la fiabilité + Très clair lorsqu'il s'agit d'évaluer le rendement en fonction de l'objectif – On aimerait voir de l'information sur le nombre d'interventions chirurgicales pratiquées et le nombre de personnes qui attendent.
SK	+ Rapports sur de multiples façons d'évaluer le rendement. + Bonnes données dans les catégories de l'intégralité, de la convivialité pour les patients, de la qualité et de la fiabilité – Les données doivent être mises à jour plus souvent.
NB	+ Très convivial + Production de rapports très solides sur le rendement – On aimerait que données soient déclarées plus souvent.
CB	+ Données très conviviales et opportunes + Vaste éventail d'interventions traitées dans les rapports – On souhaiterait voir de multiples façons de déclarer le rendement. – On souhaiterait voir des rapports sur les temps d'attente à l'urgence.
NE	+ Chef de file lorsqu'il est question de l'intégralité des interventions visées par les rapports (p. ex., inclut les temps d'attente pour consulter certains spécialistes) + Très convivial – On aimerait voir plus de rapports sur le rendement et plus d'uniformité dans les méthodes de production de rapports.
MB	+ Données opportunes produites dans les rapports. + Données conviviales – On aimerait voir de multiples façons de produire des rapports sur le rendement.
IPE	+ Site web convivial pour les patients + Bons rapports sur le rendement – On aimerait voir une liste étendue d'interventions visées par les rapports.
QC	+ Convivial pour les patients + Québec est la seule province à fournir des détails sur ses garanties de temps d'attente – Il faut des données plus opportunes (c.-à-d. pour toutes les interventions visées par les rapports).
AB	+ L'Alberta produit des rapports sur les temps d'attente à l'urgence. – Les données déclarées ont plus de six mois. – L'Alberta a déjà eu un des meilleurs sites web sur les temps d'attente qui présentait des réponses sur un vaste éventail de services, mais il n'existe plus.
TNL	+ Les rapports trimestriels sont utiles – Les données produites ont plus de six mois. – La province devrait avoir une page web publique présentant des rapports sur l'accès aux soins médicaux.

- La plupart des sites web provinciaux sur les temps d'attente se sont améliorés considérablement depuis cinq ans.
- Quatre provinces seulement produisent des rapports opportuns sur les temps d'attente (au cours des deux derniers mois) : Ontario, C.-B., Manitoba et Québec (pour certaines interventions seulement)
- Deux provinces seulement produisent des rapports sur les temps d'attente à l'urgence : l'Ontario et l'Alberta.
- Certaines provinces produisent des rapports sur un vaste éventail d'interventions – notamment la Nouvelle-Écosse, la C.-B. et la Saskatchewan. Pourquoi toutes les provinces ne peuvent-elles faire de même ?

- Six des provinces produisent un rapport sur le rendement, c.-à-d. qu'elles comparent les données sur les temps d'attente aux objectifs relatifs à l'accès : Nouveau-Brunswick, Ontario, Î.-P.-É., Saskatchewan, Québec et Alberta.