

**Document d'information technique pour le
Bulletin de l'Alliance sur les temps d'attente, juin 2011**

L'Alliance sur les temps d'attente
Juin 2011
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. Méthodes utilisées pour dériver les cotes dans les cinq domaines prioritaires établis à l’origine (Tableau 1)	4
▪ Notes alphabétiques	4
▪ Pondération des distributions des temps d’attente	5
▪ Cotes de couleur	6
II. Comparaison entre les temps d’attente provinciaux et certains points de repère de l’ATA (Tableau 3)	7
<i>Critères utilisés pour étendre le suivi des traitements ou des interventions</i>	
III. Critères utilisés pour coter les rapports sur les temps d’attente produits par les gouvernements provinciaux (Tableau 4)	8
• Notes sur la performance des provinces en matière de production de rapports	

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. La première section décrit la méthode utilisée pour attribuer une cote aux données provinciales disponibles publiquement pour les cinq interventions originales, telles que nous les avons présentées au cours des années précédentes (Tableau 1). La seconde section présente la méthode utilisée pour coter les temps d'attente des membres de l'ATA qui figurent au 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 4).

Limites

Le bulletin de l'ATA vise à présenter un instantané de la situation actuelle des temps d'attente dans les administrations canadiennes, pour les cinq domaines prioritaires définis en 2004 dans l'Accord des premiers ministres sur la santé. Les données utilisées pour produire le bulletin ont été tirées de sites web officiels des gouvernements entre mars et mai 2011. 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. Méthodes utilisées pour dériver les cotes dans les cinq domaines prioritaires établis à l'origine (Tableau 1)

Le Tableau 1 accorde aux provinces une cote à deux niveaux : (1) une cote alphabétique basée sur le pourcentage des patients traités en-deçà du point de repère maximum acceptable pour les temps d'attente; (2) une cote couleur qui représente les tendances du rendement des provinces entre 2010 et 2011. Ces cotes alphabétiques et de couleur présentent un instantané de la situation des temps d'attente au printemps 2011.

Les provinces ont été informées (en janvier 2011) que l'ATA analyserait leur site web à compter du 1^{er} mars 2011. 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 pancanadiens établis par les gouvernements pour les temps d'attente. 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 normalisé 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. Cependant, lorsque les provinces ont déclaré des temps d’attente pour l’imagerie diagnostique, 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, 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 à 4,0; B = 2,5 à 3,2; C = 1,7 à 2,4; D = 0,9 à 1,6; F = 0 à 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., la région de l’Est à Terre-Neuve-et-Labrador, et la région de 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 des 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 réel.

Tableau 2

Aux fins de comparaison, nous fournissons aussi au Tableau 2 les notes alphabétiques nationales de l'ATA de 2007 à 2011. Les notes sur 5 ans du Tableau 2 ont été calculées en utilisant le point médian de chacun des intervalles de la note alphabétique ci-dessous, comme suit :

A = 3,65

B = 2,85

C = 2,05

D = 1,25

F = 0,4

La moyenne globale des notes attribuées par l'ATA au cours de cette période de 5 ans est « B » pour les 5 domaines prioritaires.

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 de couleur sont fondées sur la comparaison des progrès réalisés indépendamment par chaque province, compte tenu de leur 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). 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 0 à 9 points de pourcentage. 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 0 à 9 % 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. Comparaison entre les temps d'attente provinciaux et certains points de repère de l'ATA (Tableau 3)

Critères utilisés pour étendre le suivi des traitements ou des interventions

Le bulletin 2011 de l'ATA présente un rapport sur les temps d'attente au-delà des cinq domaines prioritaires choisis à l'origine (Tableau 3).

On a demandé aux membres de l'ATA de fournir leurs traitements à inclure dans le bulletin 2011 de l'ATA. Reconnaisant que les interventions et les traitements sont tous importants, les membres de l'ATA ont basé leur sélection des traitements pour le Tableau 3 sur les critères suivants :

- Des traitements qui touchent le plus grand nombre de patients ou qui produisent le plus important rendement sur l'investissement.
- Des traitements pour lesquels 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 près 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 « ? » a été utilisé lorsque le traitement, le service ou l'intervention ne faisait pas l'objet de rapports par la province.

Le symbole des lunettes «  » signifie qu'une province suit les temps d'attente dans cette spécialité mais non pas de manière à ce que les traitements, services ou interventions puissent être cotés selon les critères de l'ATA.

III. Critères utilisés pour coter les rapports sur les temps d'attente produits par les gouvernements provinciaux (Tableau 4)

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

1. Prestation en temps opportun
2. Intégralité
3. Convivialité ou accessibilité pour les patients
4. Orientation axée sur le rendement
5. Qualité et fiabilité

Attribution de notes de l'ATA aux rapports provinciaux sur les temps d'attente

Chacun des cinq critères peut produire un maximum de cinq points. Score total parfait = $25 \div 5 = 5$ 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 points : 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).

Remarque : Déterminer si l'information sur les temps d'attente est disponible publiquement par une source autre que le site web (p. ex., service téléphonique).

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.