

Mars 2011



Analyse en bref

Les temps d'attente au Canada — une comparaison par province, 2011

Il y a 10 ans, le Canada était en retard par rapport à d'autres pays en matière d'accès aux services de santé. En effet, on y observait spécifiquement « de longs temps d'attente pour obtenir le type de soins requis » [traduction libre]¹. En 2004, les premiers ministres ont pris des mesures pour régler le problème dans le cadre du *Plan décennal pour consolider les soins de santé*ⁱ, et ont convenu de réduire les temps d'attente dans cinq domaines prioritaires : l'oncologie, la cardiologie, l'imagerie diagnostique, les remplacements articulaires et la restauration de la vue². L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a été invité à rendre compte des progrès réalisés dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan, d'où la publication de ce sixième rapport offrant un aperçu des temps d'attente, une question qui ne manque pas d'attirer l'attention des médias et de susciter de vifs débats publics. Bien que beaucoup ait été accompli en 10 ans, l'accès demeure un problème épineux. À un récent sondage effectué dans 11 pays, les répondants du Canada étaient plus nombreux que les autres à citer, au nombre des difficultés relatives à l'accès, les temps d'attente pour consulter un médecin ou une infirmière, la difficulté à obtenir des soins après les heures de bureau et les temps d'attente pour subir une intervention non urgente⁴.

Afin de réduire les temps d'attente, il faut tout d'abord avoir l'information nécessaire pour comprendre l'attente et surveiller les tendances — renseignements dont une grande partie n'était pas disponible en 2004. Depuis la mise en œuvre du plan décennal, des progrès considérables ont été réalisés notamment en ce qui concerne l'information sur les temps d'attente pour une chirurgie. Les provinces ont travaillé ensemble à perfectionner la méthode de mesure des temps d'attente en puisant dans les indicateurs sur lesquels les premiers ministres se sont entendus en 2005⁵. Ensemble, elles ont convenu de la façon de mesurer les temps d'attente ainsi que des patients à inclure dans les calculs pour chaque

Qui nous sommes

Fondé en 1994, l'ICIS est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur le système de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Il est financé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et supervisé par un conseil d'administration formé de dirigeants du secteur de la santé de partout au pays.

Notre vision

Contribuer à améliorer le système de santé canadien et le bien-être des Canadiens en étant un chef de file de la production d'information impartiale, fiable et comparable qui permet aux dirigeants du domaine de la santé de prendre des décisions mieux éclairées.

Programme de coordination de l'image de marque

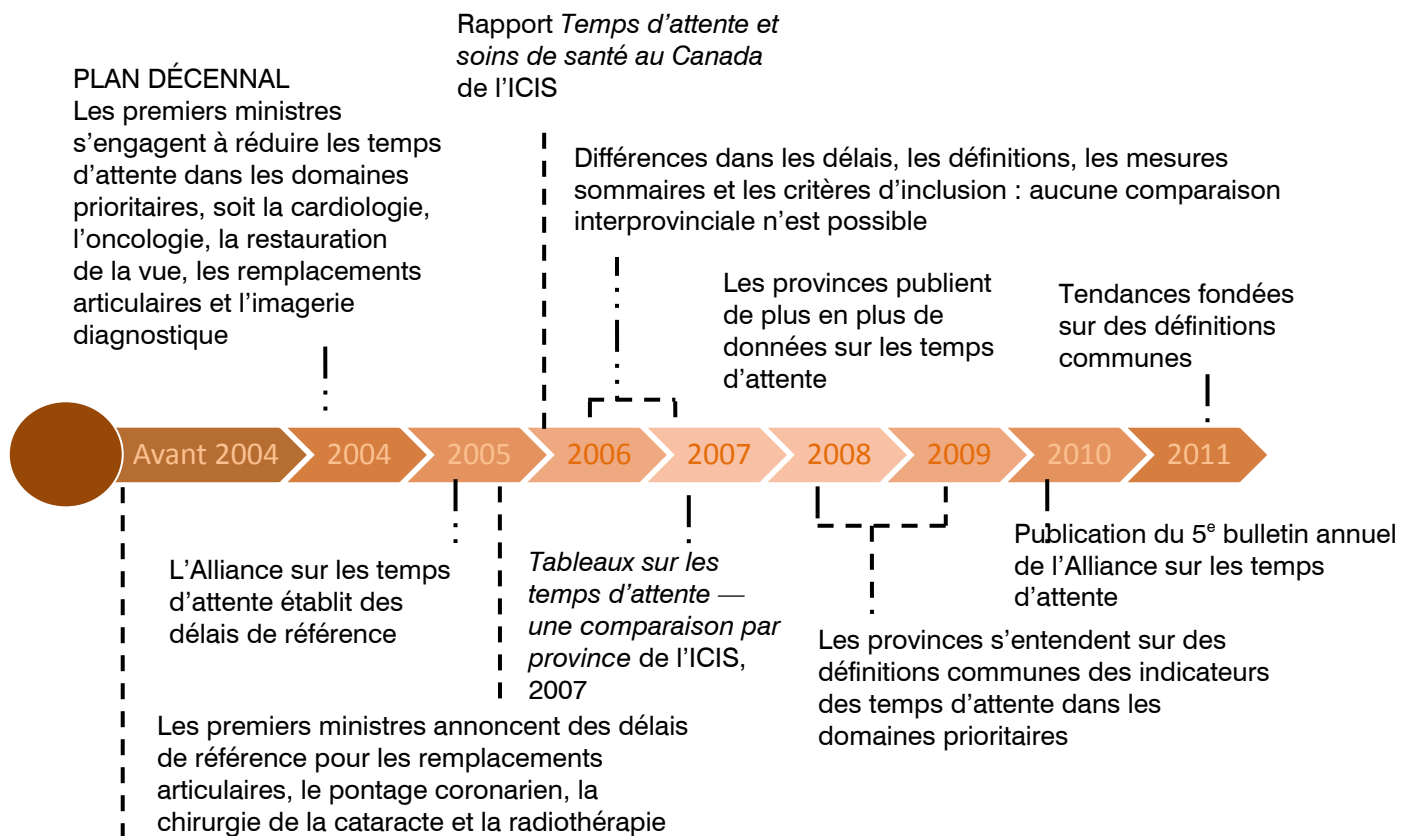
La production du présent rapport est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

i. Dans le document intitulé *Fédéralisme asymétrique qui respecte les compétences du Québec*, qui accompagne le *Plan décennal pour améliorer les soins de santé*, il est indiqué que le Québec appliquera son propre plan de réduction des temps d'attente en accord avec les objectifs, les normes et les critères établis par les autorités québécoises compétentes³.

intervention. Leurs efforts ont permis d'obtenir trois années de données pancanadiennes plus comparables que les données antérieures, et permettant d'effectuer des analyses et de définir des tendances dans tous les domaines prioritaires, sauf l'imagerie diagnostique, un domaine qui présente encore des lacunes sur le plan de l'information.

Bien que l'on dispose de plus de renseignements qu'auparavant pour prendre des décisions sur les interventions prioritaires, le portrait des temps d'attente reste incomplet. Les interventions chirurgicales dont il est question dans le présent rapport représentent environ le huitième des interventions pratiquées au Canada. Les temps d'attente pour une chirurgie sont mieux compris que bon nombre des autres temps d'attente pour obtenir des soins de santé. Par exemple, avant que la décision de pratiquer une intervention chirurgicale ne soit prise, le patient attendra pour consulter un médecin de famille, puis un spécialiste, pour passer des examens et, enfin, pour obtenir un diagnostic. Après la chirurgie, le patient attendra pour subir un traitement de suivi ou pour obtenir des services qui faciliteront son rétablissement. Pour apporter d'importants changements au système de santé, il est nécessaire de comprendre tous les temps d'attente dans un contexte de continuité des soins. De plus, on dispose encore de données limitées sur les facteurs liés aux patients (l'éducation, le revenu, le lieu géographique et l'état de santé de base) et les facteurs liés au système (l'accès aux soins de santé primaires, la capacité du système et les profils de pratique des dispensateurs de soins) qui influencent les temps d'attente, et on ne sait pas exactement sur lesquels il est le plus facile d'agir.

Évolution de la mesure et de la déclaration des temps d'attente



Les données des sondages de Statistique Canada et de l'Institut Fraser sont les principales sources d'information sur les temps d'attente

À propos du présent rapport

Pour évaluer les progrès réalisés par rapport à la réduction des temps d'attente, il faut se poser deux questions importantes :

- Combien de temps un patient doit-il attendre pour subir une intervention prioritaire, et ce délai est-il approprié selon les données cliniques?
- Les temps d'attente diminuent-ils ou se prolongent-ils?

Combien de temps un patient doit-il attendre pour subir une intervention prioritaire, et ce délai est-il approprié selon les données cliniques? Le présent rapport utilise trois mesures des temps d'attente pour obtenir des soins de santé : la médiane, le 90^e percentile et le pourcentage des patients ayant reçu des soins dans les délais de référence⁶. Ces mesures aident à faire des prévisions relatives aux temps d'attente et à déterminer si l'attente sera plus longue que le délai considéré convenable sur le plan clinique. Dans la mesure du possible, les provinces ont soumis ces données en se fondant sur les définitions convenues pour chaque indicateur. Les différences susceptibles d'influer sur les temps d'attente déclarés sont relevées.

Il est plus difficile de respecter les définitions convenues dans certaines régions du pays que dans d'autres, car le système d'information de chaque province est plus ou moins souple sur le plan de la collecte et de la déclaration des données. Cela dit, les provinces ont convenu de remanier et de faire évoluer leurs registres des temps d'attente de manière à viser la conformité aux définitions communes des indicateurs. Dans certains domaines prioritaires, comme le remplacement articulaire et la chirurgie de la cataracte, la plupart des provinces suivent, à peu de chose près, les définitions communément adoptées. Les écarts entre les différents temps d'attente déclarés dans ces domaines révèlent de plus en plus les différences réelles entre les temps d'attente de ces provinces.

Dans d'autres domaines prioritaires, comme la radiothérapie, les provinces ont eu de la difficulté à utiliser les définitions convenues. On ne sait donc pas bien si les écarts entre les temps d'attente déclarés dans ces domaines par les provinces sont liés à des divergences dans les définitions ou à des différences réelles dans les attentes. Les données des territoires ne sont pas incluses, car la plupart des patients de ces régions doivent se rendre dans les provinces pour subir des chirurgies importantes ou obtenir des soins complexes.

Les données sur les temps d'attente pour subir un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) ou de tomographie par ordinateur (TDM) sont les moins disponibles au sein des cinq domaines prioritaires, car seulement la moitié des provinces les déclarent. La collecte de ces données se heurte à de nombreuses difficultés, dont la grande quantité d'examens réalisés et les multiples endroits où les examens sont effectués en dehors du système hospitalier. Bien qu'elle ait été définie comme un problème, la pertinence des examens d'IRM et de TDM n'est pas bien comprise, et aucun délai de référence canadien n'a été établi en la matière (même si les provinces ont établi leurs propres points de référence).

Les temps d'attente diminuent-ils ou se prolongent-ils? Le plan décennal reconnaissait que les provinces portaient toutes de points différents. Malgré tous leurs efforts, plusieurs d'entre elles présentent toujours des temps d'attente qui dépassent les délais de référence. Dans de tels cas, il est important de se poser une deuxième question : les temps d'attente diminuent-ils ou se prolongent-ils? Il est possible de répondre à cette question en observant la tendance relative aux temps d'attente sur trois ansⁱⁱ ou les changements dans

ii. Des tendances ont été analysées par intervention pour la plupart des provinces qui ont fourni de l'information sur les temps d'attente selon les définitions convenues pour une période de trois ans (de 2008 à 2010). Des tendances ont été dégagées pour les provinces présentant une variation des temps d'attente d'au moins 10 % (à la hausse ou à la baisse) par rapport à la première année. Les temps d'attente présentant une variation inférieure à 10 % ont été considérés comme inchangés.

le pourcentage des patients ayant subi une chirurgie dans le délai de référenceⁱⁱⁱ. Il est particulièrement important de comprendre les tendances dans les domaines prioritaires où de nombreux patients attendent plus longtemps que le délai de référence pour obtenir des soins, car ce sont les tendances à cet égard qui montrent s'il y a des progrès. Les tendances à la baisse lorsque les temps d'attente se situent dans les délais de référence ou s'en approchent sont moins cruciales — ce sont plutôt les tendances à la hausse qui sont préoccupantes. Il est également plus difficile d'obtenir un changement significatif si les temps d'attente se situent déjà dans les délais de référence. Une réduction des temps d'attente permettra d'accroître le nombre de patients traités dans les délais de référence et de déterminer si les temps d'attente diminuent ou se prolongent.

Nouveautés en 2011

Présentation visuelle

Grâce aux progrès effectués quant à la comparabilité des mesures et au nombre d'années de données dont on dispose pour évaluer les tendances, il est maintenant possible de présenter les données sur les temps d'attente sous forme de graphiques (voir les pages 14 à 36). Pour voir les données ayant servi à créer chaque graphique, cliquez sur le graphique dans le rapport au www.icis.ca.

Portrait pancanadien des patients traités dans les délais de référence

Une nouveauté dans le rapport de cette année : l'estimation à l'échelle du Canada du pourcentage des patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou, une réparation d'une fracture de la hanche, une chirurgie de la cataracte, un pontage coronarien ou une radiothérapie dans les délais de référence. Ce chiffre est utile, car il représente la proportion globale de Canadiens subissant une intervention en particulier dans un délai jugé convenable selon les données cliniques (voir la figure 1). En décembre 2005, les ministres de la Santé ont publié les points de référence suivants en matière de temps d'attente :

- arthroplasties de la hanche dans un délai de 26 semaines
- arthroplasties du genou dans un délai de 26 semaines
- chirurgie de réparation d'une fracture de la hanche dans un délai de 48 heures
- extraction de la cataracte dans un délai de 16 semaines pour les patients présentant un risque élevé
- pontage coronarien dans un délai de 2 à 26 semaines selon le niveau d'urgence
- radiothérapie pour traiter le cancer dans un délai de 4 semaines chez les patients prêts à être traités

Il n'existe aucun délai de référence pancanadien pour les examens d'IRM et de TDM.

Amélioration de la capacité d'établissement des tendances liées aux temps d'attente

Depuis 2010, on compte trois années de données comparables pour la plupart des interventions. Ainsi, il est possible d'analyser les tendances liées à la proportion de patients ayant été traités dans les délais de référence. Des tendances ont été dégagées dans les cas où une variation d'au moins 10 points de pourcentage (à la hausse ou à la baisse) était observée dans la proportion de patients subissant une arthroplastie de la hanche ou du genou, une chirurgie de la cataracte ou une radiothérapie dans les délais

iii. Des tendances ont été analysées par intervention pour la plupart des provinces qui ont fourni de l'information sur les temps d'attente selon les définitions convenues pour une période de trois ans (de 2008 à 2010). Des tendances relatives au pourcentage des patients recevant des soins dans les délais de référence ont été dégagées pour les provinces présentant une variation des temps d'attente d'au moins 10 points de pourcentage (à la hausse ou à la baisse) par rapport à la première année. Les temps d'attente présentant une variation inférieure à 10 points de pourcentage ont été considérés comme inchangés.

de référence (voir le tableau 1). Vous trouverez des données plus détaillées à ce sujet dans l'annexe A à la page 37. En 2012, il sera possible de dégager une tendance relativement au nombre de patients subissant une réparation d'une fracture de la hanche dans les délais de référence. Trois années de données comparables seront alors disponibles. L'établissement des tendances n'était pas significatif en ce qui concerne la proportion de patients subissant un pontage coronarien dans le délai de référence de 26 semaines, tous niveaux d'urgence confondus (voir la prochaine section pour obtenir de plus amples renseignements). En conséquence, les tendances relatives au pontage coronarien ne sont pas incluses dans le tableau 1.

Utilisation du délai de 26 semaines dans la déclaration des données sur le pontage coronarien

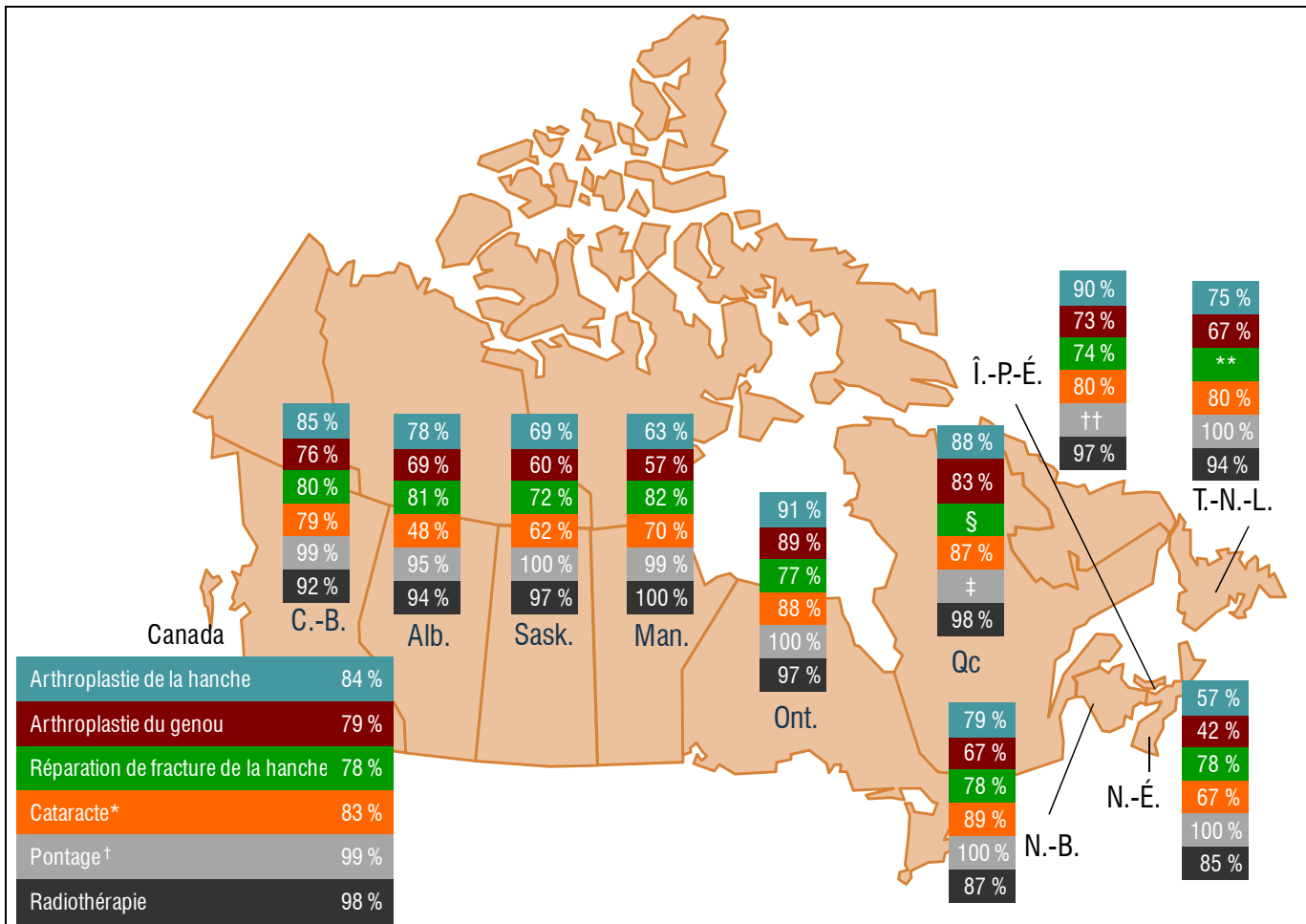
Les premiers ministres ont défini trois niveaux d'urgence pour les patients en attente d'un pontage coronarien et un délai recommandé pour chacun de ces niveaux. Dans son rapport de 2010, l'ICIS a tenté de rendre compte des temps d'attente liés à ces trois niveaux d'urgence ou de priorité (les deux termes sont utilisés pour décrire les niveaux de soins associés à des délais précis). Toutefois, il était impossible d'effectuer des comparaisons entre provinces en raison de différences significatives dans la façon dont les niveaux d'urgence étaient attribués. Il faudra examiner plus en détail la manière dont les niveaux d'urgence sont appliqués avant de pouvoir déclarer des données sur cette intervention en cardiologie par niveau de priorité. Dans l'intervalle, les temps d'attente pour tous les patients devant subir un pontage coronarien ont été combinés, et le pourcentage de patients recevant des soins dans les délais de référence (peu importe le niveau d'urgence) a été calculé en utilisant le délai de référence le plus long, soit 26 semaines. Certains cliniciens se sont dits préoccupés, car l'application d'un délai de 26 semaines (182 jours) à tous les patients en attente de pontage coronarien, sans égard au niveau d'urgence, embellit la réalité. Pour progresser, il faudra l'engagement et la collaboration des provinces et des cliniciens.

Aperçu des temps d'attente au Canada

Quels sont les temps d'attente d'un bout à l'autre du Canada? Pour répondre à cette question, on a calculé la médiane, le 90^e percentile et la proportion de patients ayant subi une des interventions prioritaires à l'intérieur des délais de référence pancanadiens. Toutes les provinces peuvent maintenant déclarer des données sur les temps d'attente pour une radiothérapie visant le traitement du cancer, un pontage coronarien, une arthroplastie de la hanche ou du genou et une chirurgie de la cataracte par rapport aux délais de référence. L'ICIS a fourni les données sur les temps d'attente pour une chirurgie de réparation d'une fracture de la hanche. Il n'existe aucun délai de référence pancanadien pour les examens d'IRM et de TDM, bien que plus de provinces (cinq) déclarent les temps d'attente dans ce domaine prioritaire que par le passé. Voici les principaux résultats :

- **Au Canada, 8 patients sur 10 ont subi une intervention prioritaire dans le délai de référence.** En 2010-2011, les hôpitaux ont pratiqué environ 400 000 interventions chirurgicales prioritaires, à savoir des arthroplasties de la hanche et du genou, des réparations d'une fracture de la hanche, des pontages coronariens et des chirurgies de la cataracte. Des proportions semblables de Canadiens ont subi une chirurgie de la cataracte (83 %) ou une arthroplastie de la hanche (84 %) dans le délai de référence. Le nombre d'arthroplasties du genou et de réparations d'une fracture de la hanche était légèrement plus faible, soit respectivement 79 % et 78 %. Presque tous les patients canadiens ont subi une radiothérapie (98 %) dans le délai de référence acceptable sur le plan clinique, et 99 % des patients ayant subi un pontage coronarien ont été traités dans un délai de 6 mois, bien que la quantité limitée des données empêche de faire une évaluation exacte du nombre de patients ayant subi un pontage coronarien dans le délai recommandé selon le niveau de priorité. Voir la figure 1.

Figure 1 : Pourcentage de patients ayant reçu des soins dans le délai de référence par province, 2010



Remarques

Il n'existe pas de délai de référence pancanadien pour les examens d'IRM et de TDM.

- * D'après le point de référence pancanadien, la chirurgie de la cataracte doit avoir lieu dans un délai de 16 semaines (112 jours) pour les patients à risque élevé⁶. Comme la définition de « risque élevé » ne fait pas encore l'objet d'un consensus, ce délai de référence est utilisé pour tous les niveaux de priorité.
- † D'après le point de référence pancanadien, le pontage coronarien doit avoir lieu dans un délai de 2 à 26 semaines (de 14 à 182 jours), selon le niveau d'urgence⁶. Comme les définitions des niveaux d'urgence ne font pas encore l'objet d'un consensus, ce délai de référence est utilisé pour tous les niveaux de priorité.
- ‡ Le Québec déclare le pourcentage de patients ayant subi un pontage coronarien dans le délai de référence selon ses propres définitions des niveaux d'urgence.
- § Les temps d'attente pour une réparation d'une fracture de la hanche au Québec ne sont pas inclus en raison des différences méthodologiques dans les données. Pour obtenir des renseignements sur les temps d'attente pour une réparation d'une fracture de la hanche au Québec, consultez la prochaine publication de l'ICIS, *Comparer les temps d'attente pour une réparation d'une fracture de la hanche entre le Québec et les autres provinces et territoires* (titre provisoire).
- ** Terre-Neuve-et-Labrador déclare les temps d'attente pour la réparation d'une fracture de la hanche à partir de l'inscription au service d'urgence. Veuillez consulter la page 19 pour plus de renseignements.
- †† L'Île-du-Prince-Édouard ne dispense pas de services de cardiologie; les patients sont traités à l'extérieur de la province.

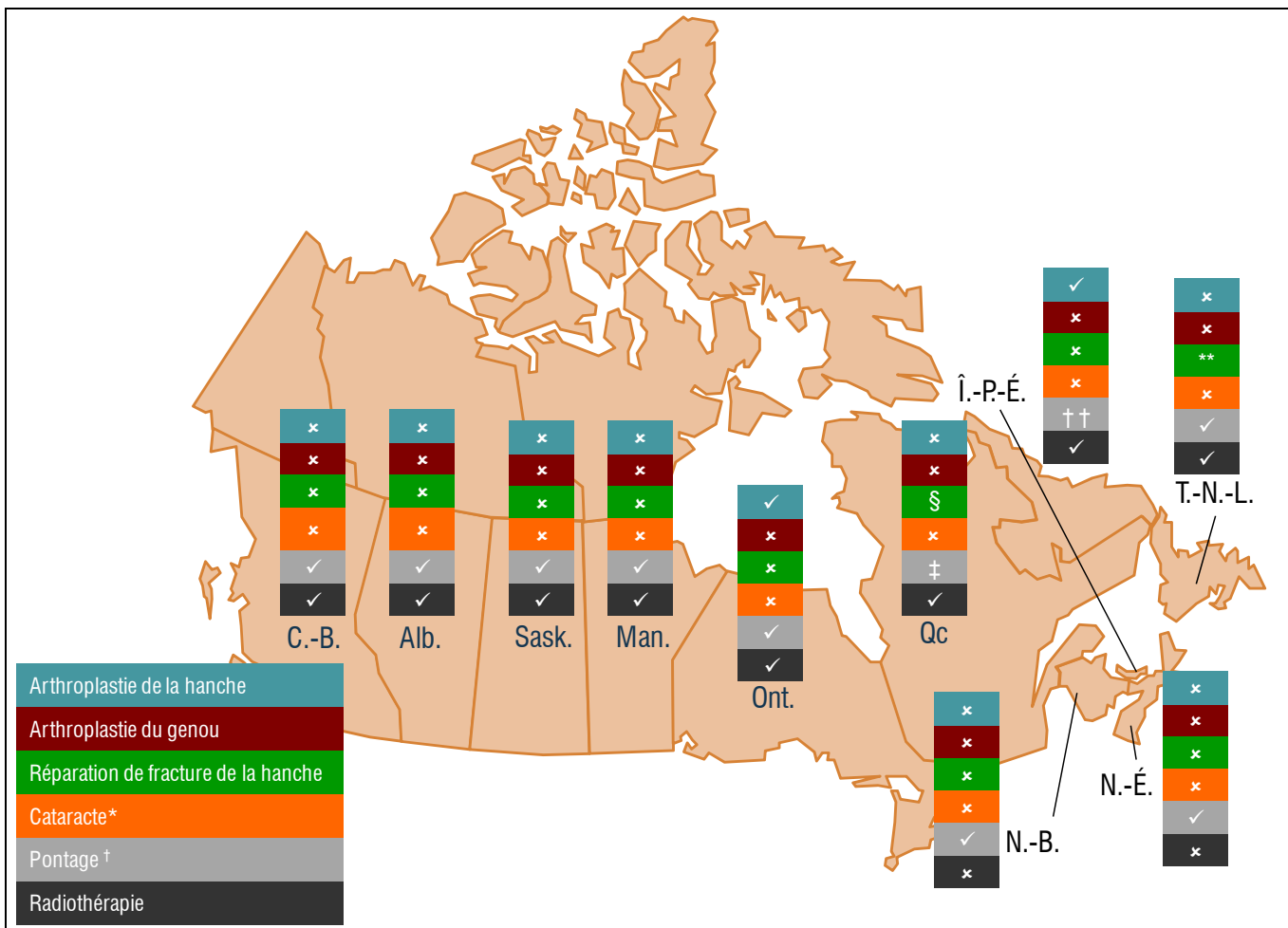
- **Le respect des délais de référence associés aux domaines prioritaires varie d'un bout à l'autre du pays.** Les provinces continuent de travailler à offrir les interventions prioritaires dans les délais de référence. La figure 2 montre les interventions prioritaires que 90 % des patients ont subies dans le délai de référence. La plupart des provinces ont réalisé 90 % ou plus des pontages coronariens (l'Île-du-Prince-Édouard n'offre pas de chirurgies cardiaques) et des traitements de radiothérapie dans les délais de référence de 182 et 28 jours, respectivement. En revanche, aucune province n'a réussi à réaliser 90 % des réparations d'une fracture de la hanche ou des arthroplasties du genou dans les délais de référence de 48 heures et 182 jours, respectivement.

Le seuil inférieur (75 %) permet de comprendre dans quelle mesure les provinces se rapprochent de leur objectif ultime, soit le traitement des patients dans les délais de référence. La figure 3 montre que deux provinces (l'Ontario et la Colombie-Britannique) ont atteint le seuil de 75 % dans tous les domaines prioritaires. Cela dit, seulement trois provinces (l'Ontario, la Colombie-Britannique et le Québec) ont effectué 75 % ou plus des arthroplasties du genou dans le délai de référence.

Les patients doivent-ils tous s'attendre à être traités dans les délais de référence?

Les points de référence sont définis comme des objectifs fondés sur des données probantes que chaque province ou territoire s'efforcera d'atteindre, en parallèle avec les autres priorités visant à offrir des soins de qualité aux Canadiens. Ils sont établis en fonction de données cliniques et représentent les temps d'attente acceptables pour une intervention donnée⁶. Dans un monde idéal, tous les patients seraient traités dans les délais de référence. Malheureusement, l'idée n'est pas réaliste pour plusieurs raisons. Par exemple, certains patients peuvent présenter d'autres maladies ou des complications pendant l'attente, de sorte que la chirurgie cesse temporairement d'être appropriée dans leur cas, ce qui prolonge l'attente déclarée. De même, il se peut que les systèmes de registre ne soient pas assez sophistiqués pour ajuster le délai en conséquence. Également, un patient peut reporter la chirurgie pour des raisons personnelles, par exemple en attendant qu'un membre de la famille puisse l'aider durant sa convalescence, ou un enseignant attendant les vacances d'été pour subir une chirurgie. Par ailleurs, il faut mettre à jour continuellement les registres des temps d'attente afin de s'assurer que seuls les patients qui sont réellement en attente sont inscrits. Il peut s'écouler un certain temps avant que le nom des patients en soins palliatifs ou décédés soit retiré des registres, d'où des temps d'attente au-delà du délai de référence. Des délais inévitables attribuables au système, comme l'annulation d'interventions non urgentes faute de lits ou parce que le médecin est tombé malade, peuvent également accroître l'attente pour certains patients, et ce, au-delà des délais acceptables. Voilà certaines des raisons pour lesquelles il est impossible ou irréaliste d'offrir tous les soins dans les délais recommandés. Il est néanmoins raisonnable de vouloir offrir 90 % des soins dans ces délais.

Figure 2 : Provinces réalisant au moins 90 % des interventions dans les délais de référence, 2010



Légende

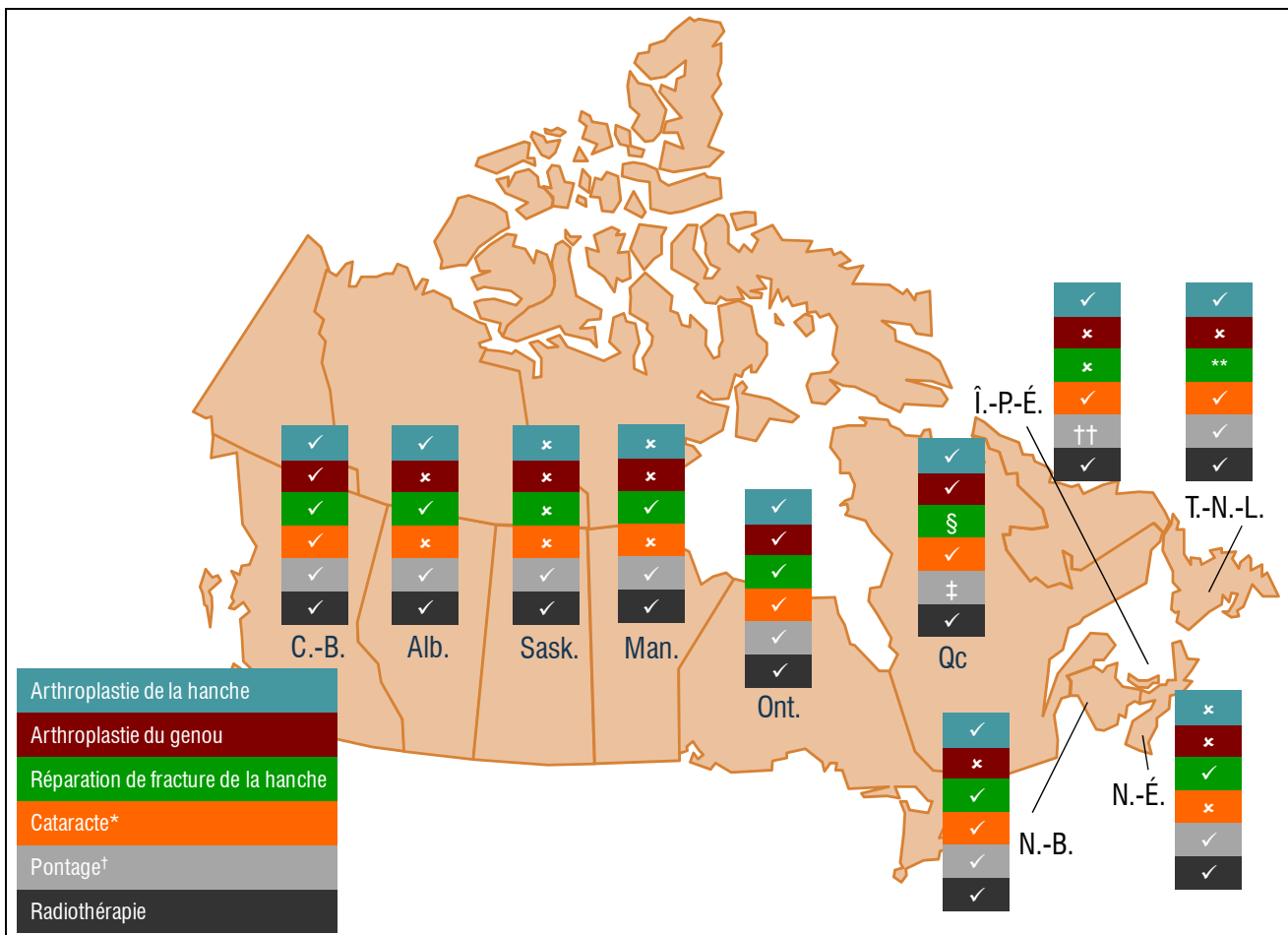
- ✓ Au moins 90 % des patients ont reçu un traitement dans les délais de référence.
- x Moins de 90 % des patients ont reçu un traitement dans les délais de référence.

Remarques

Il n'existe pas de délai de référence pancanadien pour les examens d'IRM et de TDM.

- * D'après le point de référence pancanadien, la chirurgie de la cataracte doit avoir lieu dans un délai de 16 semaines (112 jours) pour les patients à risque élevé⁶. Comme la définition de « risque élevé » ne fait pas encore l'objet d'un consensus, ce délai de référence est utilisé pour tous les niveaux de priorité.
- † D'après le point de référence pancanadien, le pontage coronarien doit avoir lieu dans un délai de 2 à 26 semaines (de 14 à 182 jours), selon le niveau d'urgence⁶. Comme les définitions des niveaux d'urgence ne font pas encore l'objet d'un consensus, ce délai de référence est utilisé pour tous les niveaux de priorité.
- ‡ Le Québec déclare le pourcentage de patients ayant subi un pontage coronarien dans le délai de référence selon ses propres définitions des niveaux d'urgence.
- § Les temps d'attente pour une réparation d'une fracture de la hanche au Québec ne sont pas inclus en raison des différences méthodologiques dans les données. Pour obtenir des renseignements sur les temps d'attente pour une réparation d'une fracture de la hanche au Québec, consultez la prochaine publication de l'ICIS, *Comparer les temps d'attente pour une réparation d'une fracture de la hanche entre le Québec et les autres provinces et territoires* (titre provisoire).
- ** Terre-Neuve-et-Labrador déclare les temps d'attente pour la réparation d'une fracture de la hanche à partir de l'inscription au service d'urgence. Veuillez consulter la page 19 pour plus de renseignements.
- †† L'Île-du-Prince-Édouard ne dispense pas de services de cardiologie; les patients sont traités à l'extérieur de la province.

Figure 3 : Provinces réalisant au moins 75 % des interventions dans les délais de référence, 2010



Légende

- ✓ Au moins 75 % des patients ont reçu un traitement dans les délais de référence.
- x Moins de 75 % des patients ont reçu un traitement dans les délais de référence.

Remarques

Il n'existe pas de délai de référence pancanadien pour les examens d'IRM et de TDM.

- * D'après le point de référence pancanadien, la chirurgie de la cataracte doit avoir lieu dans un délai de 16 semaines (112 jours) pour les patients à risque élevé⁶. Comme la définition de « risque élevé » ne fait pas encore l'objet d'un consensus, ce délai de référence est utilisé pour tous les niveaux de priorité.
- † D'après le point de référence pancanadien, le pontage coronarien doit avoir lieu dans un délai de 2 à 26 semaines (de 14 à 182 jours), selon le niveau d'urgence⁶. Comme les définitions des niveaux d'urgence ne font pas encore l'objet d'un consensus, ce délai de référence est utilisé pour tous les niveaux de priorité.
- ‡ Le Québec déclare le pourcentage de patients ayant subi un pontage coronarien dans le délai de référence selon ses propres définitions des niveaux d'urgence.
- § Les temps d'attente pour une réparation d'une fracture de la hanche au Québec ne sont pas inclus en raison des différences méthodologiques dans les données. Pour obtenir des renseignements sur les temps d'attente pour une réparation d'une fracture de la hanche au Québec, consultez la prochaine publication de l'ICIS, *Comparer les temps d'attente pour une réparation d'une fracture de la hanche entre le Québec et les autres provinces et territoires* (titre provisoire).
- ** Terre-Neuve-et-Labrador déclare les temps d'attente pour la réparation d'une fracture de la hanche à partir de l'inscription au service d'urgence. Veuillez consulter la page 19 pour plus de renseignements.
- †† L'Île-du-Prince-Édouard ne dispense pas de services de cardiologie; les patients sont traités à l'extérieur de la province.

Les temps d'attente par intervention prioritaire

- **Le nombre de patients subissant une chirurgie à la hanche ou de la cataracte dans les délais de référence a augmenté.** Toutefois, il variait grandement d'une province à l'autre. Le délai de référence pour les arthroplasties de la hanche et du genou est de 182 jours (26 semaines), alors qu'il est de 112 jours (16 semaines) pour la chirurgie de la cataracte. Au Canada, la probabilité de recevoir un traitement dans ces délais varie considérablement selon le lieu de résidence au pays. La proportion de patients subissant une chirurgie dans le délai recommandé variait de 57 à 91 % pour les arthroplasties de la hanche, de 42 à 89 % pour les arthroplasties du genou et de 48 à 89 % pour la chirurgie de la cataracte. Cela dit, le pourcentage des patients subissant une arthroplastie de la hanche ou une chirurgie de la cataracte dans le délai de référence a augmenté dans certaines provinces au cours des trois dernières années. Voir la figure 1 et le tableau 1.
- **La variation des temps d'attente pour une réparation d'une fracture de la hanche et une radiothérapie entre provinces est faible en comparaison de la variation des temps d'attente pour un remplacement articulaire et une chirurgie de la cataracte.** La plupart des patients (de 85 à 100 %) ont reçu une radiothérapie dans les 28 jours suivant le moment où ils étaient prêts à recevoir le traitement. Ce pourcentage n'a pas bougé depuis l'année dernière. Les provinces ont effectué de 72 à 82 % des réparations de fracture de la hanche dans les 48 heures suivant l'admission du patient à l'hôpital (voir la figure 1). Dans l'ensemble du Canada^{iv}, 78 % des patients ont subi une chirurgie de réparation d'une fracture de la hanche dans le délai de référence. La disponibilité en 2009-2010 de nouvelles données sur l'heure de la chirurgie a permis de calculer plus précisément les temps d'attente pour une réparation de fracture de la hanche, soit en heures plutôt qu'en jours. En conséquence, les tendances relatives aux temps d'attente pour une réparation de fracture de la hanche seront établies à compter de 2012, une fois que trois années de données seront disponibles.
- **La proportion de patients subissant une arthroplastie du genou dans le délai de référence a peu augmenté.** Dans sept provinces, moins des trois quarts des patients ont subi une arthroplastie du genou dans le délai de 182 jours (délai de référence). Sur une période de trois ans, sept provinces sur neuf n'ont affiché aucun changement ou ont enregistré une diminution du pourcentage de patients ayant subi une arthroplastie du genou dans le délai de référence. On dégage une tendance lorsqu'il y a une variation d'au moins 10 points de pourcentage (à la hausse ou à la baisse) de la proportion de patients recevant des soins dans le délai de référence par rapport aux chiffres de 2008.

iv. À l'exclusion du Québec. Pour obtenir des renseignements sur les temps d'attente pour une réparation d'une fracture de la hanche au Québec, consultez la prochaine publication de l'ICIS, *Comparer les temps d'attente pour une réparation d'une fracture de la hanche entre le Québec et les autres provinces et territoires* (titre provisoire).

Tableau 1 : Tendances liées à la proportion de patients subissant une arthroplastie de la hanche ou du genou, une chirurgie de la cataracte ou une radiothérapie dans le délai de référence, de 2008 à 2010

	Arthroplasties de la hanche	Arthroplasties du genou	Chirurgie de la cataracte	Radiothérapie
C.-B.	---	---	---	★---
Alb.	---	---	▼	
Sask.*	▲	▲	▲	★▲
Man.	▼	▼	---	★---
Ont.	★---	---	---	★---
Qc*	★---	---	---	
N.-B.*	▲	▲	▲	---
N.-É.*	▲	---	---	
Î.-P.-É.	★▲	---	▲	★---
T.-N.-L.				★---

Légende

- ▲ Augmentation d'au moins 10 points de pourcentage de patients recevant des soins dans le délai de référence.
- ▼ Diminution d'au moins 10 points de pourcentage de patients recevant des soins dans le délai de référence.
- ★ A atteint le seuil de 90 % des interventions réalisées dans le délai de référence ou plus.
- Aucun changement dans le pourcentage de patients ayant reçu des soins dans le délai de référence.
- N'a pas soumis trois années de données comparables.

Remarques

On dégage une tendance lorsqu'il y a une variation d'au moins 10 points de pourcentage (à la hausse ou à la baisse) de la proportion de patients recevant des soins dans le délai de référence par rapport aux chiffres de la première année (2008). Les proportions présentant une variation inférieure à 10 points de pourcentage ont été considérées comme inchangées. Voir l'annexe A pour obtenir plus de précisions sur les tendances liées aux temps d'attente. Les tendances liées aux temps d'attente pour une réparation d'une fracture de la hanche seront établies à compter de 2012. L'établissement de tendances n'était pas significatif en ce qui concerne la proportion de patients subissant un pontage coronarien dans le délai de référence de 26 semaines, tous niveaux confondus (voir ci-dessous pour obtenir de plus amples renseignements). Les tendances relatives aux temps d'attente pour un pontage coronarien n'ont donc pas été incluses dans le tableau 1.

Certaines provinces peuvent avoir réduit les temps d'attente de manière importante avant 2008, ce qui ne paraît pas dans les tendances présentées au tableau 1.

* Depuis 2011, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, le Québec et la Saskatchewan peuvent fournir de nouvelles données recueillies selon la définition de l'indicateur pour la chirurgie de la cataracte (voir page 23). Par conséquent, dans le présent rapport, de nouvelles données ont été utilisées pour établir les tendances au lieu des données soumises antérieurement.

- **Bien que la proportion globale de Canadiens recevant une chirurgie de la cataracte dans le délai de référence soit élevée, quelques provinces peinent à observer ce délai.** D'après le point de référence pancanadien, la chirurgie doit avoir lieu dans un délai de 16 semaines (112 jours) pour les patients à risque élevé⁶. Comme la définition de « risque élevé » ne fait toujours pas l'objet d'un consensus, ce délai de référence est utilisé pour tous les niveaux de priorité. Trois provinces sur neuf ont déclaré une hausse de la proportion de patients recevant un traitement dans le délai de référence. Dans les autres provinces, les temps d'attente n'ont pas changé ou ont augmenté au cours des trois dernières années. Voir la figure 1 et le tableau 1.
- **La plupart des patients en attente d'un pontage coronarien continuent de recevoir des soins dans le délai de référence, mais la réalité n'est peut-être pas aussi rose que le suggèrent les chiffres.** Au moins 95 % des patients ont subi un pontage coronarien dans le délai de référence dans les neuf provinces déclarant ce temps d'attente (l'Île-du-Prince-Édouard ne pratique pas de chirurgies cardiaques). Les temps d'attente de tous les patients devant subir un pontage coronarien ont été combinés et le délai de référence de 26 semaines (182 jours) appliqué à tous les cas (sauf aux cas urgents) parce que les niveaux d'urgence ne sont pas appliqués de la même manière à l'échelle des provinces et territoires. L'application d'un délai de référence de 26 semaines à tous les cas de pontage coronarien, sans égard au niveau de priorité, embellit la réalité. Difficulté supplémentaire, les cliniciens ne sont pas en faveur d'un délai de référence de 26 semaines pour tous les patients en cardiologie devant subir un pontage coronarien.
- **La déclaration des examens d'imagerie diagnostique est plus limitée que celle des autres domaines prioritaires.** Dans les cinq provinces déclarant des données sur les examens d'IRM (contre trois l'année dernière), l'attente a duré de 31 à 77 jours pour la moitié des patients. Les attentes ont été plus longues pour un examen d'IRM que pour un examen de TDM — le patient typique (50^e percentile) a attendu de 7 à 22 jours pour passer un examen de TDM. Aucun délai de référence pancanadien n'a été établi pour ce domaine prioritaire (voir les figures des sections G et H et le tableau A2).

Conclusion

Bien qu'il reste encore beaucoup à faire, on dispose maintenant d'un portrait plus complet et de données plus comparables qu'auparavant en ce qui concerne les temps d'attente dans les domaines prioritaires et les provinces. Des estimations à l'échelle du Canada indiquent que 8 patients sur 10 subissent une intervention prioritaire (arthroplastie de la hanche ou du genou, réparation d'une fracture de la hanche, chirurgie de la cataracte, pontage coronarien ou radiothérapie) dans un délai qui, selon les données cliniques, est acceptable. Cela dit, la probabilité de recevoir un traitement dans ce délai varie considérablement selon le domaine prioritaire et le lieu de résidence au Canada. Si des améliorations ont été observées au cours des trois dernières années en ce qui concerne les temps d'attente pour une intervention prioritaire, la situation n'est pas généralisée à l'ensemble des interventions ni des provinces. Ces résultats importants ont été obtenus grâce à la collaboration des provinces à la mesure et à la collecte des données. Des mesures importantes restent à prendre pour améliorer l'uniformité des niveaux d'urgence en cardiologie ainsi que pour recueillir des données plus exhaustives sur l'imagerie diagnostique afin de pouvoir un jour évaluer l'information sur les temps d'attente de façon plus significative.

Section A : Temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche planifiée

Définition : Nombre de jours d'attente de la date de la prise de rendez-vous à la date à laquelle le patient a subi une arthroplastie totale de la hanche planifiée

Délai de référence : 26 semaines (182 jours)

Période visée : Du 1^{er} avril au 30 septembre 2010

Population :

- Patients âgés de 18 ans et plus
- Inclut toutes les arthroplasties totales de la hanche (primaires et reprises); le délai pour une arthroplastie bilatérale est considéré comme une seule période d'attente
- Inclut tous les niveaux de priorité
- Exclut les cas urgents
- Exclut les arthroplasties partielles et les resurfaçages de la hanche non urgents
- Exclut les jours où le patient n'était pas libre

Exceptions à la définition et à la population pour une arthroplastie de la hanche planifiée	
Alb.	Inclut les arthroplasties partielles et les resurfaçages de la hanche non urgents
Sask.	Inclut les arthroplasties partielles et les resurfaçages de la hanche non urgents
Ont.	Inclut les arthroplasties partielles et les resurfaçages de la hanche non urgents
Î.-P.-É.	Inclut les jours où le patient n'était pas libre
T.-N.-L.	Exclut les reprises

Figure 1A : Pourcentage de patients ayant subi une arthroplastie de la hanche planifiée dans le délai de référence, du 1^{er} avril au 30 septembre 2010

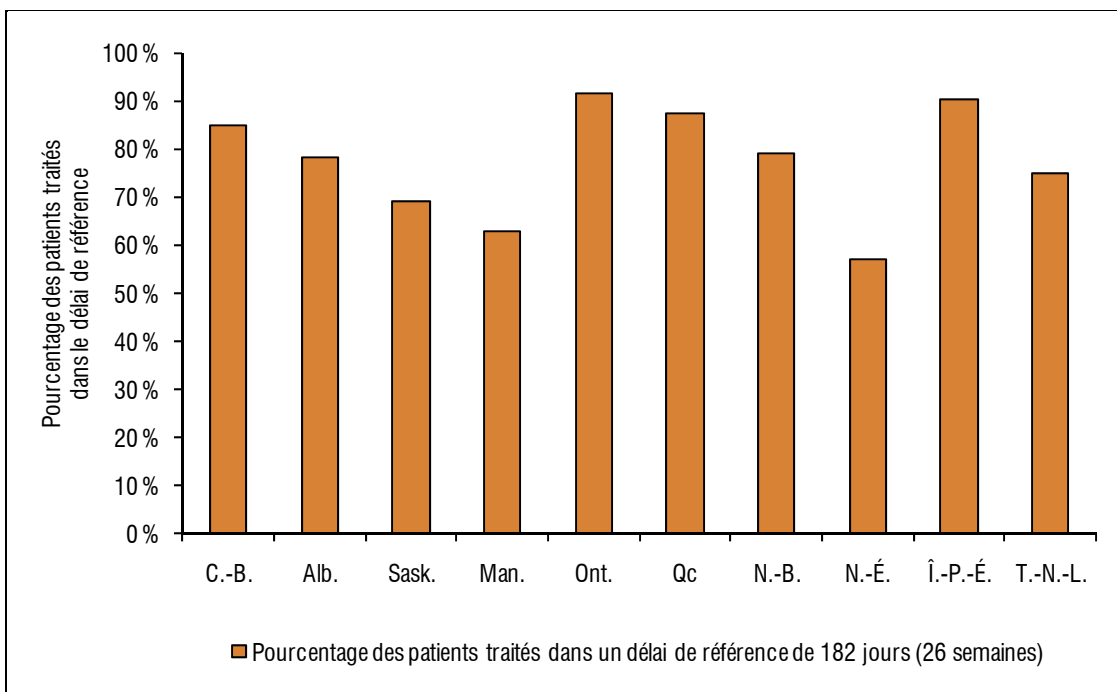


Figure 2A : Temps d'attente médian et du 90^e percentile pour les arthroplasties de la hanche planifiées, du 1^{er} avril au 30 septembre 2010

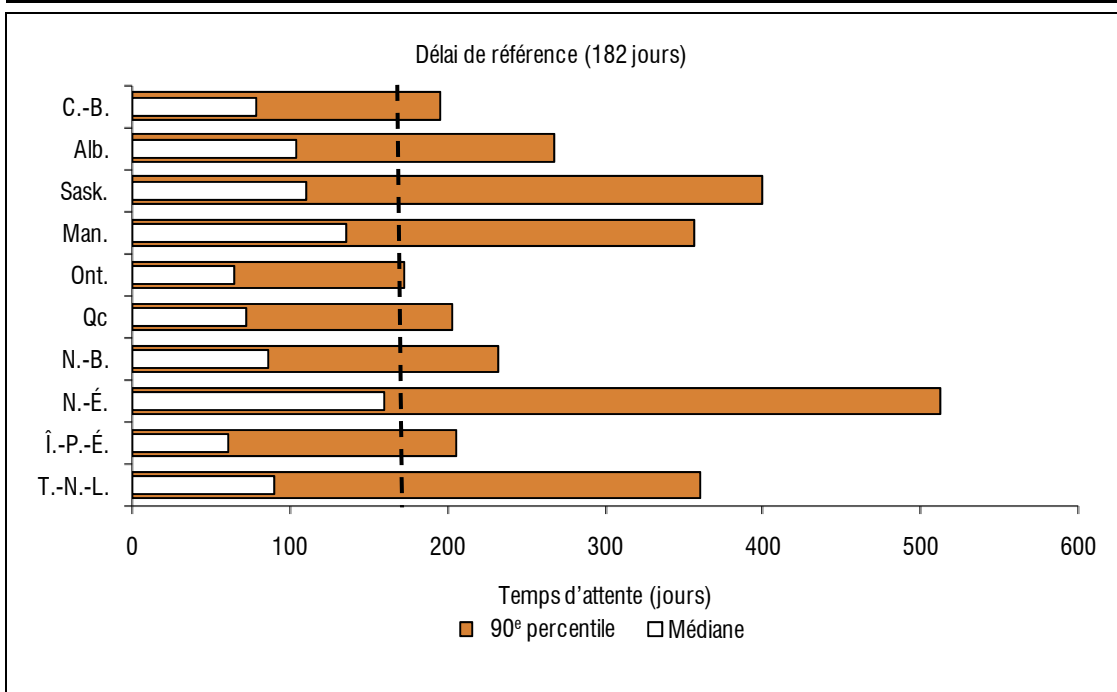
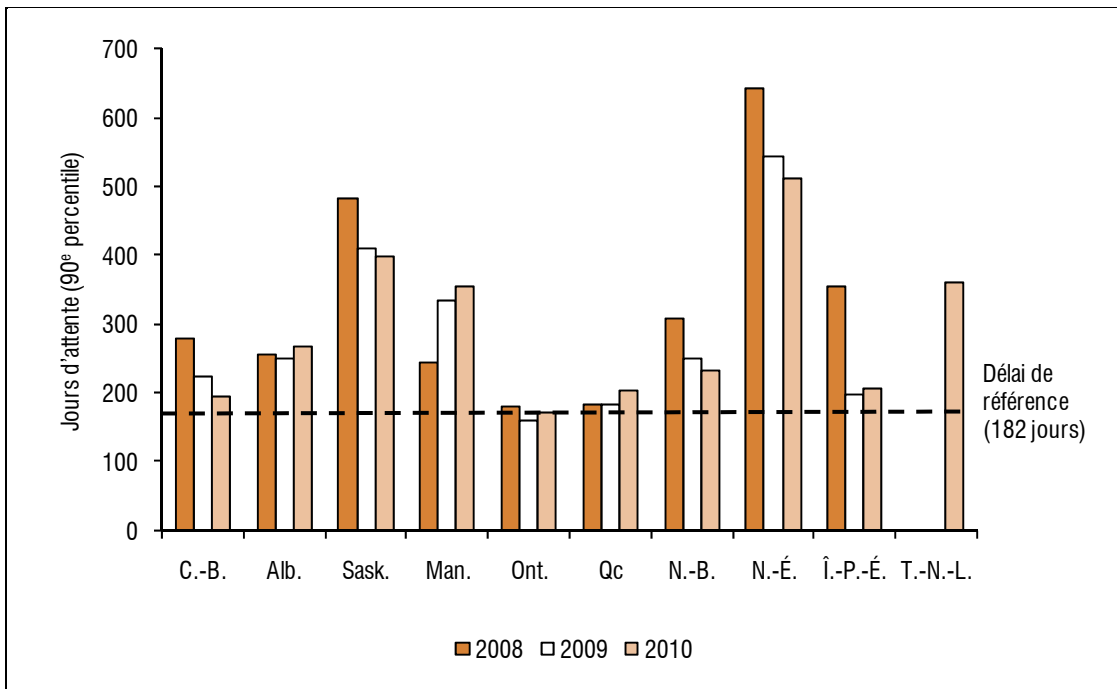


Figure 3A : Temps d'attente du 90^e percentile pour les arthroplasties de la hanche planifiées, de 2008 à 2010



Section B : Temps d'attente pour une arthroplastie du genou planifiée

Définition : Nombre de jours d'attente de la date de la prise de rendez-vous à la date à laquelle le patient a subi une arthroplastie totale du genou planifiée

Délai de référence : 26 semaines (182 jours)

Période visée : Du 1^{er} avril au 30 septembre 2010

Population :

- Patients âgés de 18 ans et plus
- Inclut toutes les arthroplasties totales du genou (primaires et reprises); le délai pour une arthroplastie bilatérale est considéré comme une seule période d'attente
- Inclut tous les niveaux de priorité
- Exclut les cas urgents
- Exclut les resurfaçages du genou
- Exclut les jours où le patient n'était pas libre

Exceptions à la définition et à la population pour une arthroplastie du genou planifiée	
Î.-P.-É.	Inclut les jours où le patient n'était pas libre
T.-N.-L.	Exclut les reprises

Figure 1B : Pourcentage de patients ayant subi une arthroplastie du genou planifiée dans le délai de référence, du 1^{er} avril au 30 septembre 2010

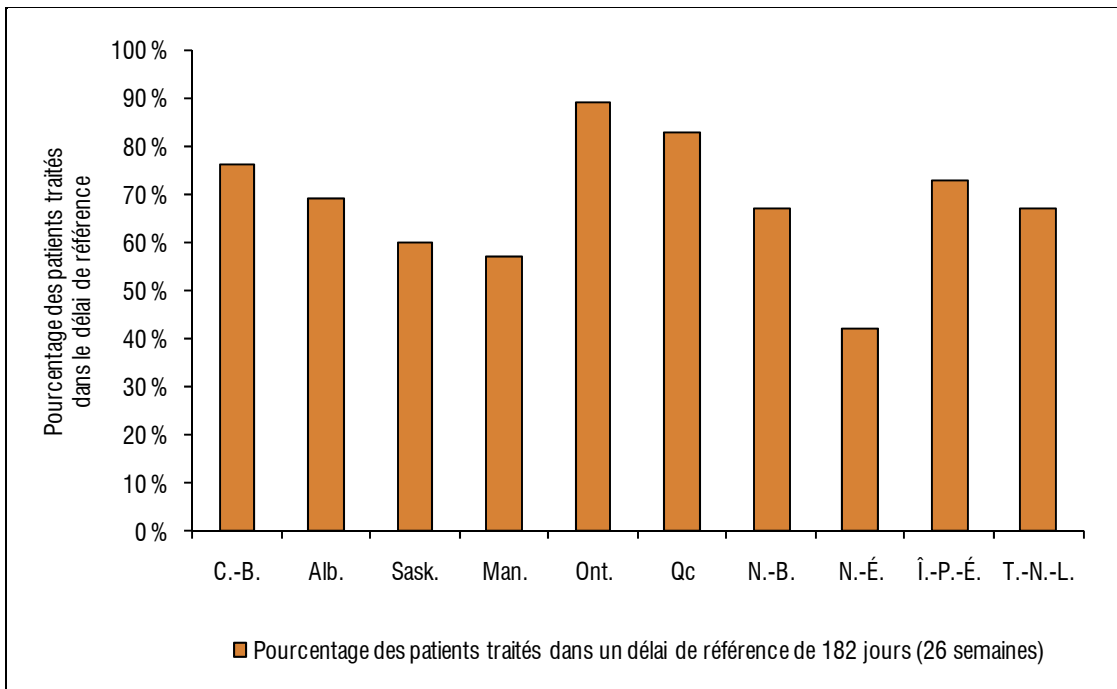


Figure 2B : Temps d'attente médian et du 90^e percentile pour les arthroplasties du genou planifiées, du 1^{er} avril au 30 septembre 2010

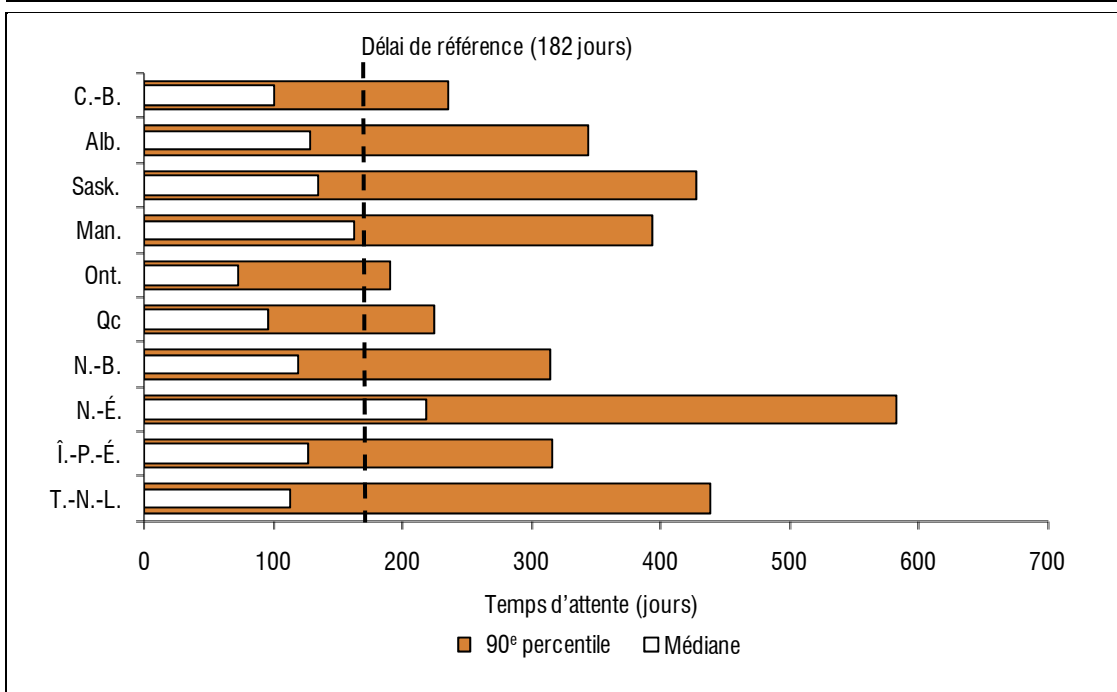
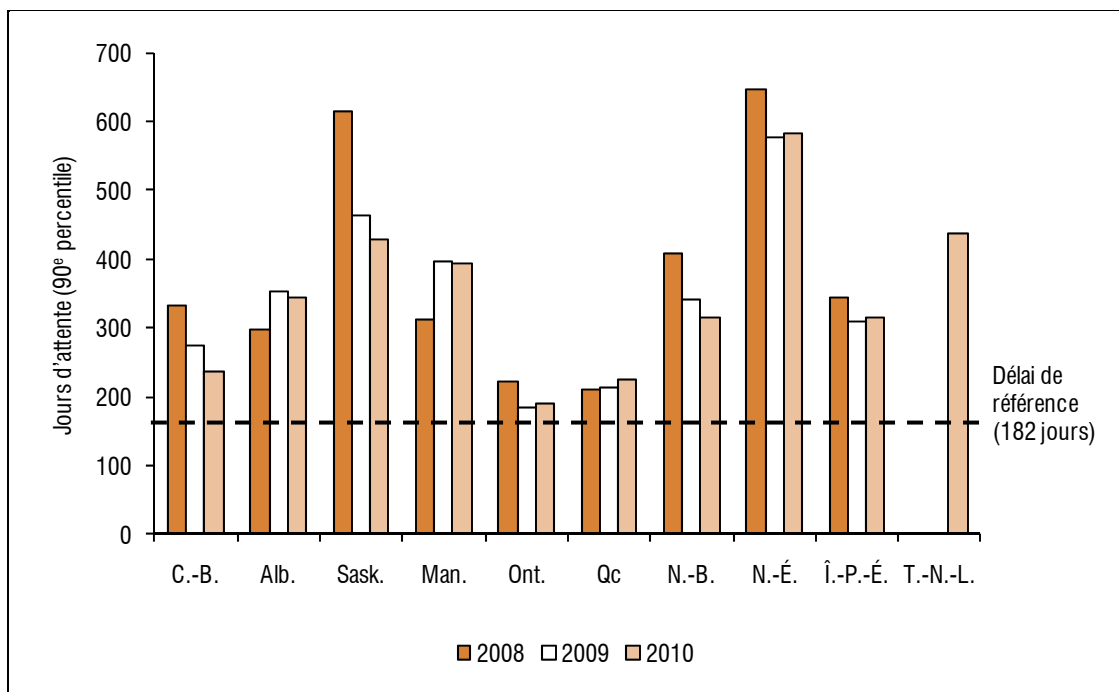


Figure 3B : Temps d'attente du 90^e percentile pour les arthroplasties du genou planifiées, de 2008 à 2010



Section C : Temps d'attente pour la réparation d'une fracture de la hanche

Définition : Nombre d'heures d'attente du patient, de la première admission à l'hôpital en raison d'une fracture de la hanche (admission initiale) à la chirurgie de réparation de la fracture

Délai de référence : 48 heures

Période visée : Du 1^{er} avril au 30 septembre 2010

Population :

- Patients âgés de 18 ans et plus
- Exclut les fractures de la hanche survenues à l'hôpital
- Exclut les cas sans chirurgie à la suite d'une fracture de la hanche survenue pendant la même année

Remarques

L'analyse des données sur les fractures de la hanche repose sur des données recueillies en cours d'exercice lors des deux premiers trimestres de 2010-2011; il se peut qu'elle ne comprenne pas toutes les données soumises par les provinces à l'ICIS. Au moment de l'analyse, l'ICIS avait reçu 97 % des abrégés qu'il devait recevoir pour cette période. Bien que la majorité des données aient été soumises à l'échelle pancanadienne, la qualité de l'analyse des données déclarées par les provinces dont le processus de soumission est plus lent pourrait être affectée. De plus, les données en cours d'exercice n'ont pas été soumises au cycle de validation complet par l'ICIS et les établissements participants. Les hôpitaux peuvent encore ajouter, supprimer ou modifier des enregistrements. Voir l'annexe B pour obtenir des précisions sur les inclusions et les exclusions.

Les temps d'attente pour une réparation d'une fracture de la hanche au Québec ne sont pas inclus en raison des différences méthodologiques dans les données. Pour obtenir des renseignements sur les temps d'attente pour une réparation d'une fracture de la hanche au Québec, consultez la prochaine publication de l'ICIS, *Comparer les temps d'attente pour une réparation d'une fracture de la hanche entre le Québec et les autres provinces et territoires* (titre provisoire).

Source

Base de données sur les congés des patients, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 1C : Pourcentage de patients ayant subi une réparation d'une fracture de la hanche dans le délai de référence, du 1^{er} avril au 30 septembre 2010

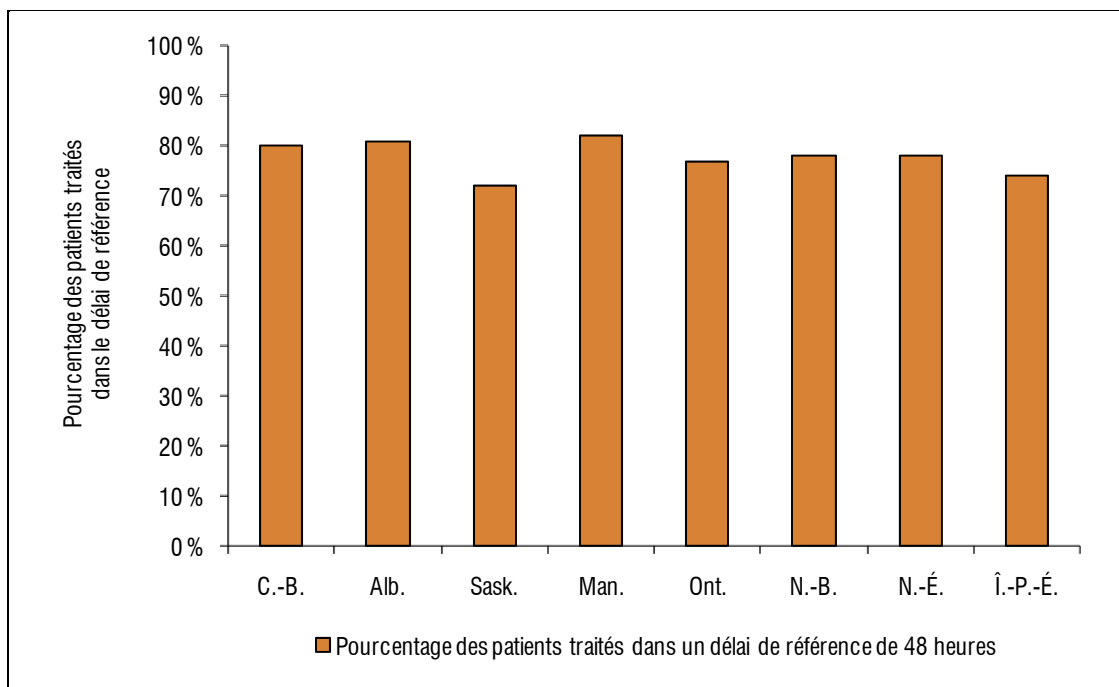


Figure 2C : Temps d'attente médian et du 90^e percentile pour une réparation d'une fracture de la hanche, du 1^{er} avril au 30 septembre 2010

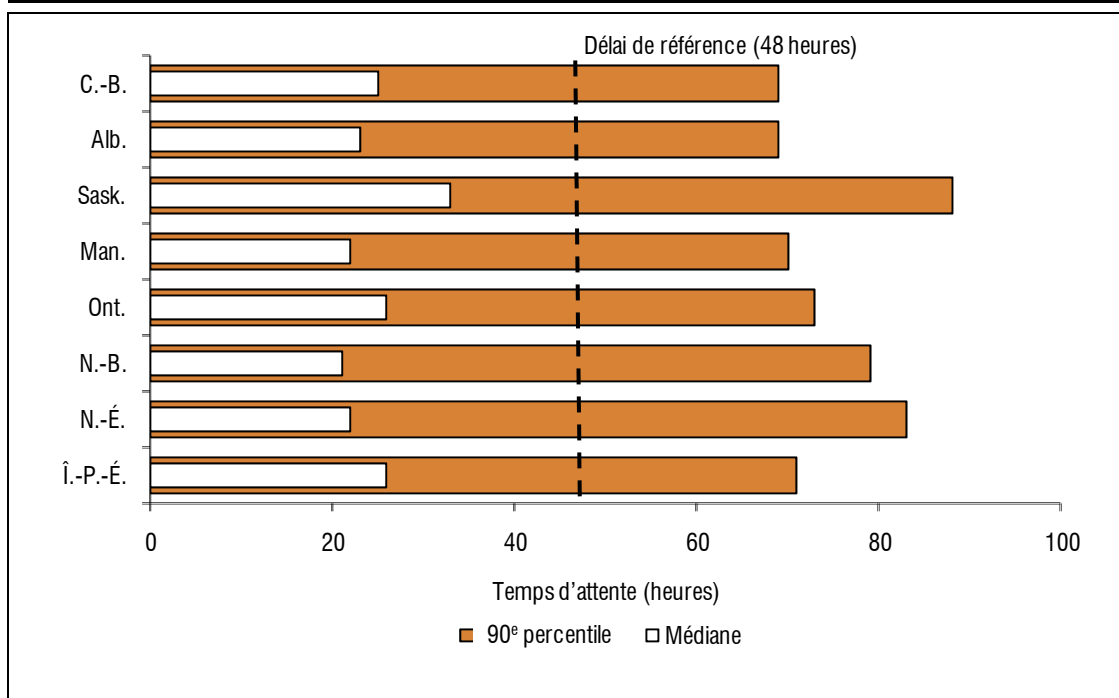
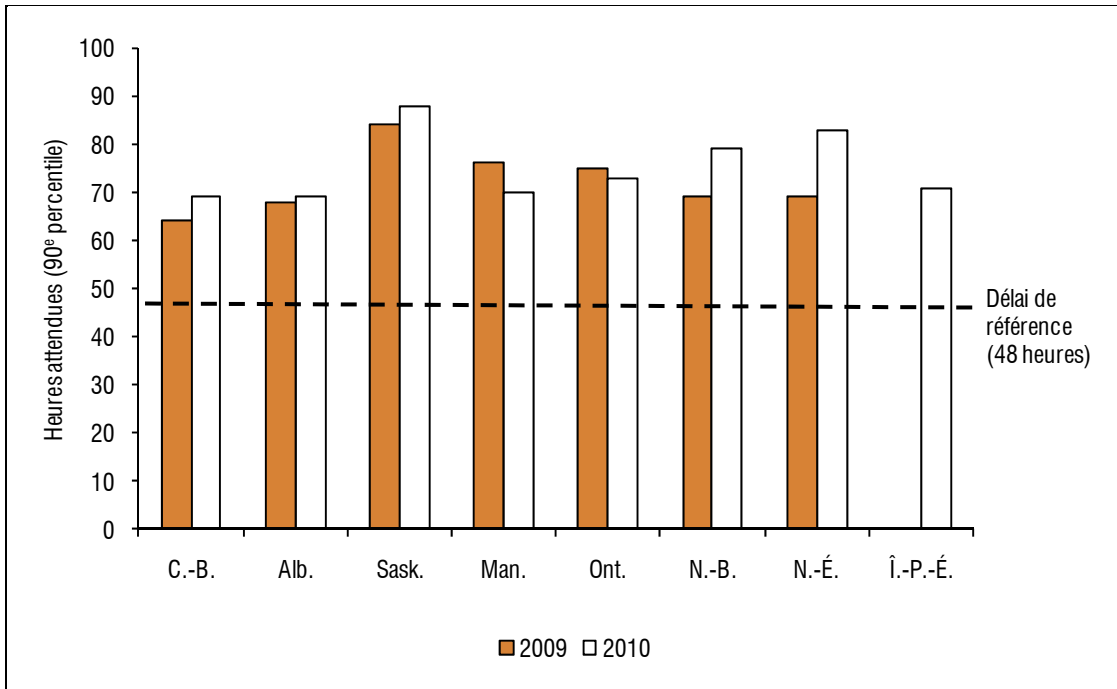


Figure 3C : Temps d'attente du 90^e percentile pour une réparation d'une fracture de la hanche, de 2008 à 2010



Les temps d'attente aux services d'urgence : mise au point sur les fractures de la hanche en Ontario, en Alberta et à Terre-Neuve-et-Labrador

Partout au Canada, le temps d'attente pour une chirurgie de réparation d'une fracture de la hanche est mesuré à partir du moment où le patient est hospitalisé. Toutefois, les fractures de la hanche résultent habituellement d'une chute et, dans la plupart des cas, le temps d'attente pour le traitement commence au service d'urgence⁷. Des données exhaustives sur les visites aux services d'urgence de l'Ontario et de l'Alberta sont accessibles à partir du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) de l'ICIS. Un tableau spécial fournit des renseignements similaires pour Terre-Neuve-et-Labrador. Les données sur les temps d'attente aux services d'urgence jettent la lumière sur la longueur de ce premier segment d'attente.

Si l'on tient compte du temps d'attente aux services d'urgence, le nombre de patients qui ont reçu leur chirurgie dans le délai de référence pancanadien de 48 heures diminue. Au cours des deux premiers trimestres de 2010-2011, un peu plus de 5 200 patients admis dans les services d'urgence ontariens et albertains ont subi une réparation d'une fracture de la hanche. La moitié de ces patients ont attendu cinq heures au service d'urgence et 10 %, plus de 11 heures. En moyenne, les patients de l'Ontario et de l'Alberta ayant subi une fracture de la hanche ont passé de 13 à 16 % de leur temps d'attente total au service d'urgence. Dans les deux provinces, 90 % des patients ont attendu de 74 à 79 heures pour subir une chirurgie après leur admission au service d'urgence. À titre de comparaison, Terre-Neuve-et-Labrador a déclaré des attentes de 60 heures pour de nombreux patients (90^e percentile).

Province	De l'inscription au service d'urgence à l'admission à l'hôpital		De l'inscription au service d'urgence à la chirurgie		Pourcentage de chirurgies effectuées dans le délai de référence (incluant l'attente au service d'urgence)
	Temps d'attente du 50 ^e percentile (h)	Temps d'attente du 90 ^e percentile (h)	Temps d'attente du 50 ^e percentile (h)	Temps d'attente du 90 ^e percentile (h)	
Alb.	5	11	33	79	70 %
Ont.	5	12	31	74	73 %
T.-N.-L.			26	60	78 %

Sources

Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2010-2011, Institut canadien d'information sur la santé; régies régionales de la santé, Terre-Neuve-et-Labrador.

Section D : Temps d'attente pour une chirurgie de la cataracte

Définition : Nombre de jours d'attente de la date de la prise de rendez-vous à la date à laquelle le patient a subi une chirurgie de la cataracte

Délai de référence : 16 semaines (112 jours)

D'après le point de référence pancanadien, la chirurgie doit avoir lieu dans un délai de 16 semaines (112 jours) pour les patients à risque élevé⁶. Comme la définition de « risque élevé » ne fait toujours pas l'objet d'un consensus, ce délai de référence est utilisé pour tous les niveaux de priorité.

Période visée : Du 1^{er} avril au 30 septembre 2010

Population :

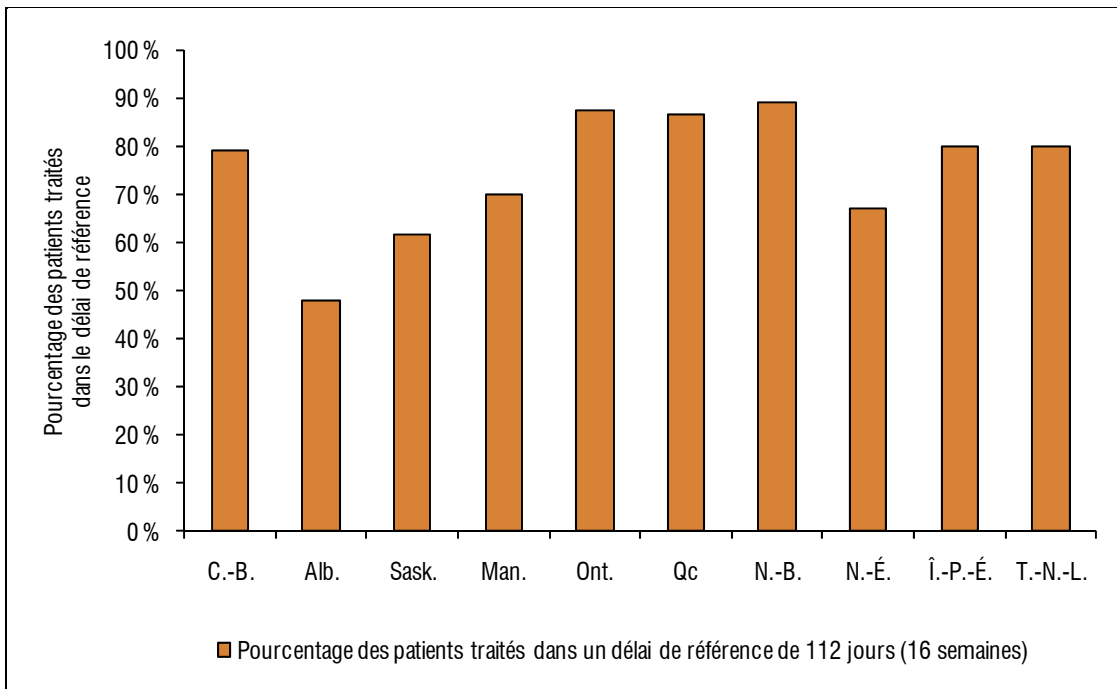
- Patients âgés de 18 ans et plus
- Inclut le premier œil seulement; le délai pour une extraction bilatérale de la cataracte compte pour une seule période d'attente
- Inclut tous les niveaux de priorité
- Exclut les cas urgents
- Exclut les jours où le patient n'était pas libre

Exceptions à la définition et à la population pour une chirurgie de la cataracte	
Sask.*	
Man.	Inclut l'attente pour le deuxième œil Inclut les données du Misericordia Health Centre et des cliniques PanAm Le temps d'attente est calculé à partir du nombre d'interventions réalisées à Winnipeg et à Portage, soit 90 % du nombre total d'interventions chirurgicales pratiquées au Manitoba
Qc*	Inclut l'attente pour le deuxième œil
N.-B.*	Le délai pour une extraction bilatérale de la cataracte compte pour deux temps d'attente
N.-É.*	
Î.-P.-É.	Le délai pour une extraction bilatérale de la cataracte compte pour deux temps d'attente Inclut les jours où le patient n'était pas libre Inclut l'attente pour le deuxième œil

Remarque

* Depuis 2011, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, le Québec et la Saskatchewan peuvent fournir de nouvelles données recueillies selon la définition de l'indicateur pour la chirurgie de la cataracte (voir ci-dessus). Par conséquent, dans le présent rapport, de nouvelles données ont été utilisées pour établir les tendances au lieu des données soumises antérieurement.

Figure 1D : Pourcentage de patients ayant subi une chirurgie de la cataracte dans le délai de référence, du 1^{er} avril au 30 septembre 2010



Remarque

D'après le point de référence pancanadien, la chirurgie doit avoir lieu dans un délai de 16 semaines (112 jours) pour les patients à risque élevé⁶. Comme la définition de « risque élevé » ne fait toujours pas l'objet d'un consensus, ce délai de référence est utilisé pour tous les niveaux de priorité.

Figure 2D : Temps d'attente médian et du 90^e percentile pour une chirurgie de la cataracte, du 1^{er} avril au 30 septembre 2010

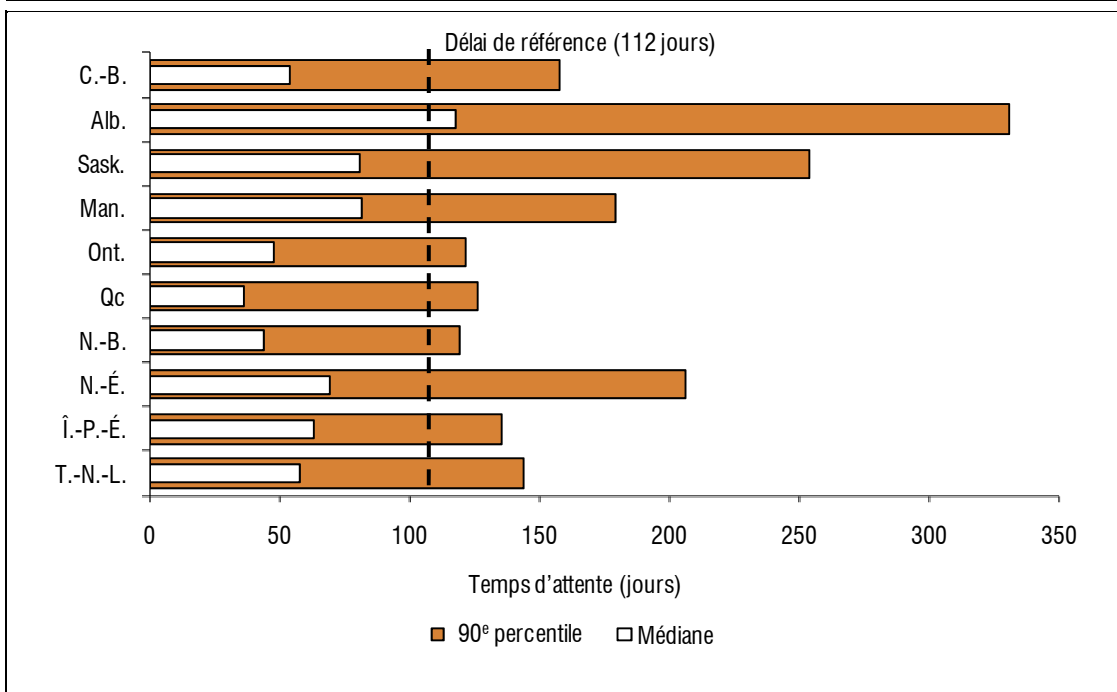
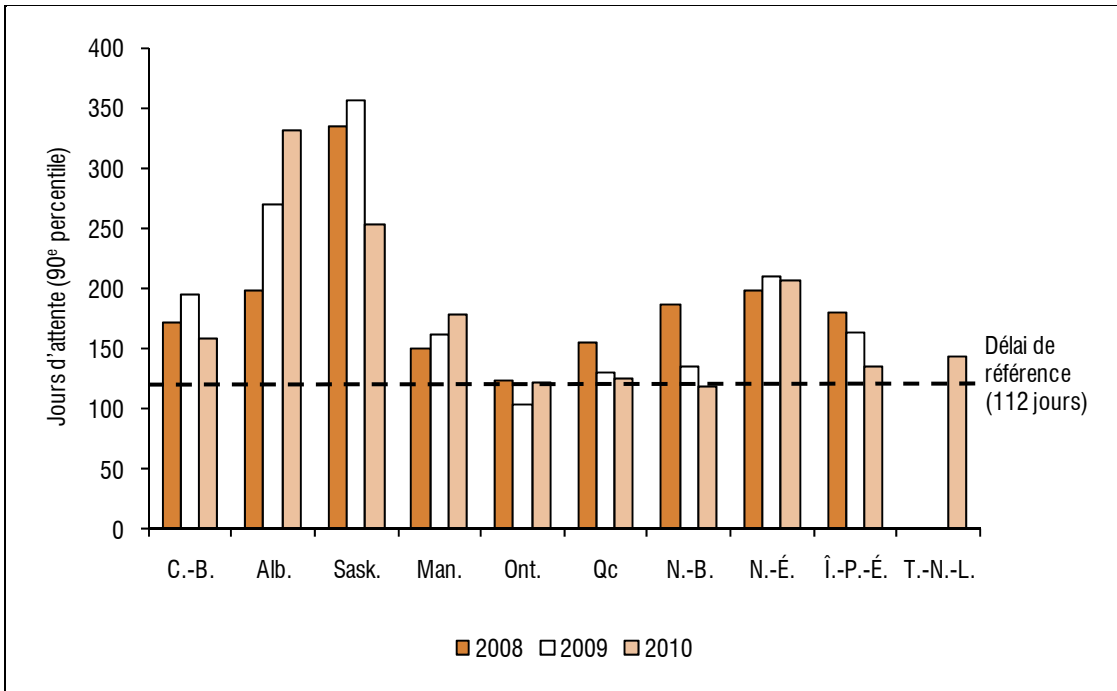


Figure 3D : Temps d'attente du 90^e percentile pour une chirurgie de la cataracte, de 2008 à 2010



Section E : Temps d'attente pour un pontage coronarien

Définition : Nombre de jours d'attente de la date de la prise de rendez-vous à la date à laquelle le patient a subi un pontage coronarien

Délai de référence : 26 semaines (182 jours)

D'après le point de référence pancanadien, la chirurgie doit avoir lieu dans un délai de 2 à 26 semaines (de 14 à 182 jours), selon le niveau d'urgence⁶. Comme les définitions des niveaux d'urgence ne font pas encore l'objet d'un consensus, le délai de référence le plus long (26 semaines) est utilisé pour tous les niveaux de priorité.

Période visée : Du 1^{er} avril au 30 septembre 2010

Population :

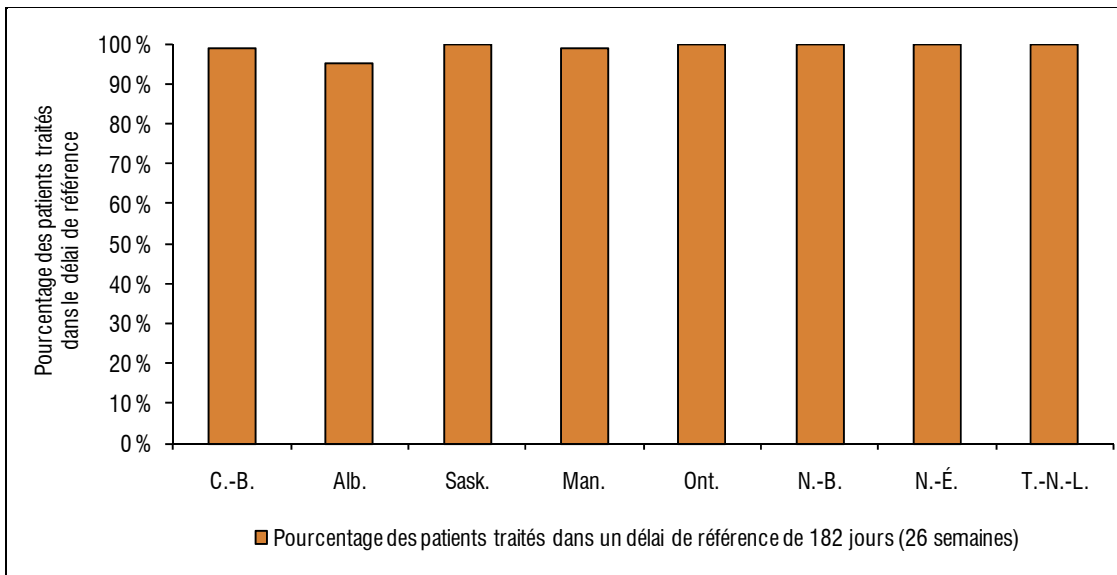
- Patients âgés de 18 ans et plus
- Exclut les cas urgents
- Inclut les pontages coronariens avec ou sans remplacement valvulaire
- Inclut tous les niveaux de priorité
- Exclut les jours où le patient n'était pas libre

Exceptions à la définition et à la population pour un pontage coronarien	
C.-B.	L'attente commence le lendemain de l'inscription du patient dans la liste d'attente Exclut les remplacements valvulaires
Î.-P.-É.*	
T.-N.-L.	Inclut les cas urgents Exclut les remplacements valvulaires

Remarque

* L'Île-du-Prince-Édouard ne dispense pas de services de cardiologie; les patients sont traités à l'extérieur de la province.

Figure 1E : Pourcentage de patients ayant subi un pontage coronarien dans le délai de référence, du 1^{er} avril au 30 septembre 2010



Remarques

D'après le point de référence pancanadien, la chirurgie doit avoir lieu dans un délai de 2 à 26 semaines (de 14 à 182 jours), selon le niveau d'urgence⁶. Comme les définitions des niveaux d'urgence ne font pas encore l'objet d'un consensus, le délai de référence le plus long (26 semaines) est utilisé pour tous les niveaux de priorité.

Le Québec ne soumet pas de données selon le délai de référence établi à 26 semaines. Une moyenne pondérée est calculée pour le pourcentage des patients ayant subi un pontage coronarien selon le niveau de priorité respectif de la chirurgie, jusqu'à un maximum de trois mois. D'avril à septembre 2010, 84 % des patients ont subi un pontage coronarien selon le niveau de priorité respectif de la chirurgie.

Figure 2E : Temps d'attente médian et du 90^e percentile pour un pontage coronarien, du 1^{er} avril au 30 septembre 2010

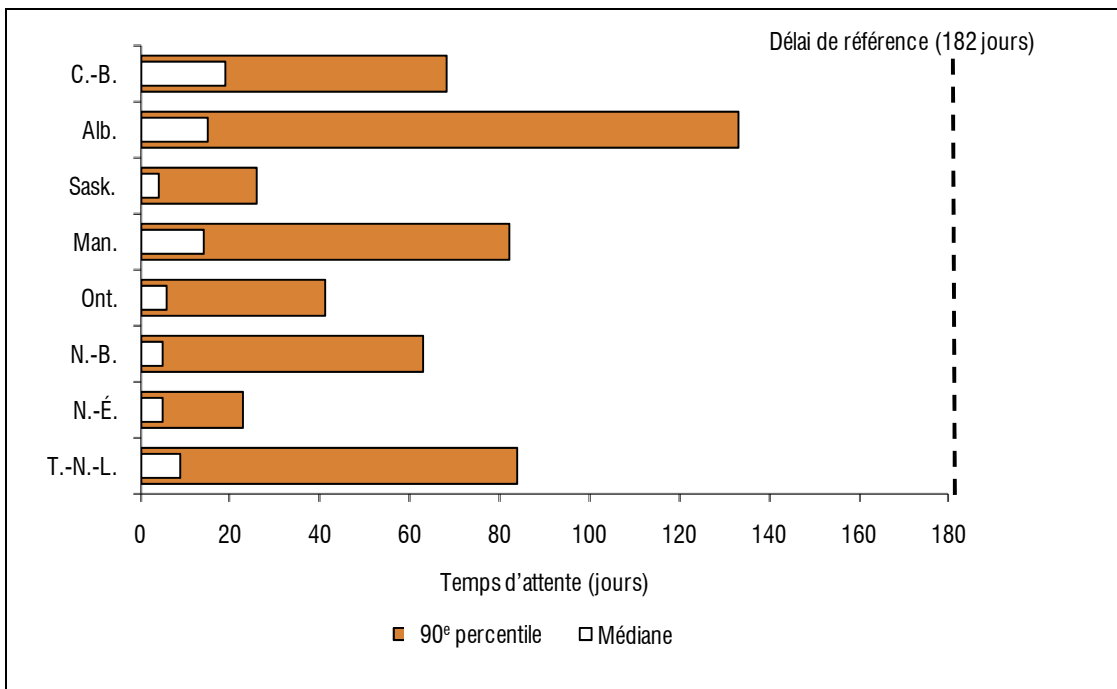
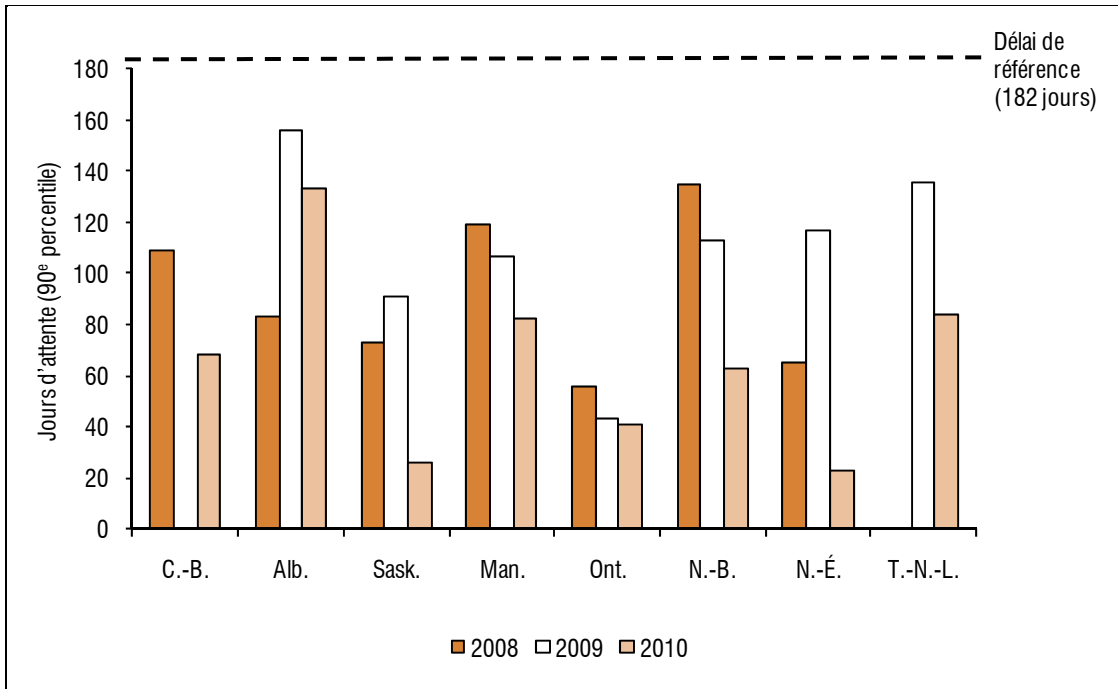


Figure 3E : Temps d'attente du 90^e percentile pour un pontage coronarien, de 2008 à 2010



Section F : Temps d'attente pour une radiothérapie

Définition : Nombre de jours d'attente de la date où le patient est prêt à être traité à la date de la première radiothérapie

Délai de référence : 4 semaines (28 jours) à partir de la date où le patient est prêt à être traité

Période visée : Du 1^{er} avril au 30 septembre 2010

Population :

- Patients âgés de 18 ans et plus
- Inclut toutes les demandes d'orientation en vue de l'amorce d'une radiothérapie
- Inclut tous les niveaux de priorité et tous les types de cancer regroupés

Exceptions à la définition et à la population pour une radiothérapie	
C.-B.	Les données sur les 50 ^e et 90 ^e percentiles ont été recueillies de juillet à septembre 2010
Man.	L'attente commence lorsque la décision de traiter est prise
Ont.	L'attente commence lorsque la décision de traiter est prise
T.-N.-L.	L'attente commence lorsque la décision de traiter est prise Exclut les cas où le siège primaire du cancer est inconnu Exclut les cas de soins palliatifs

Figure 1F : Pourcentage de patients ayant subi une radiothérapie dans le délai de référence, du 1^{er} avril au 30 septembre 2010

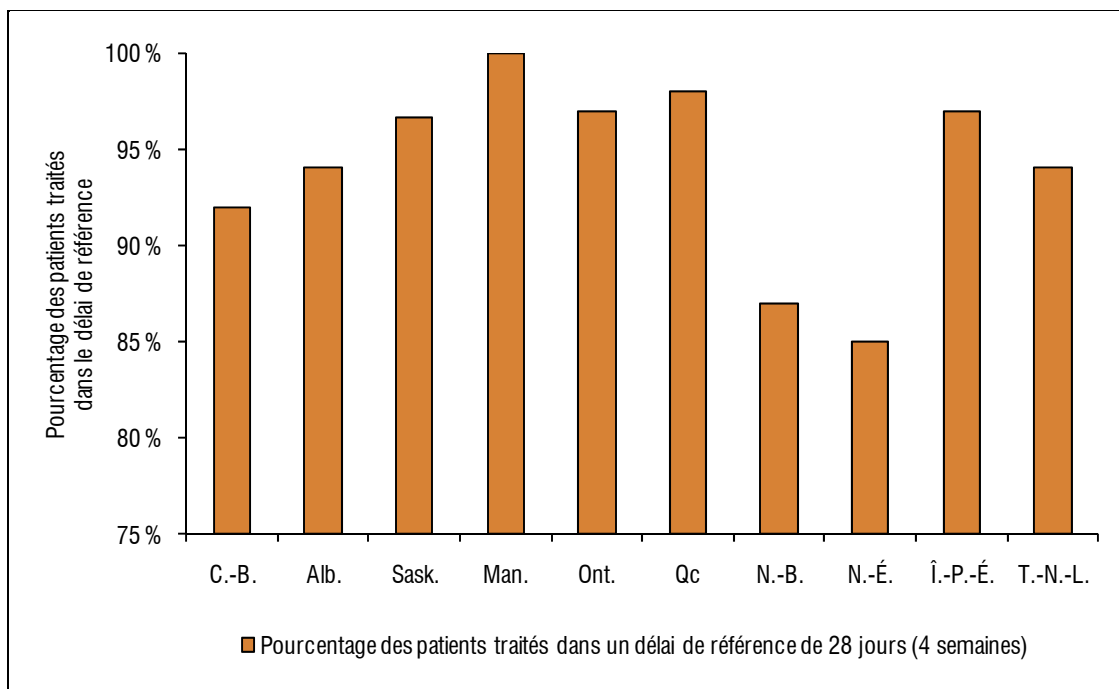
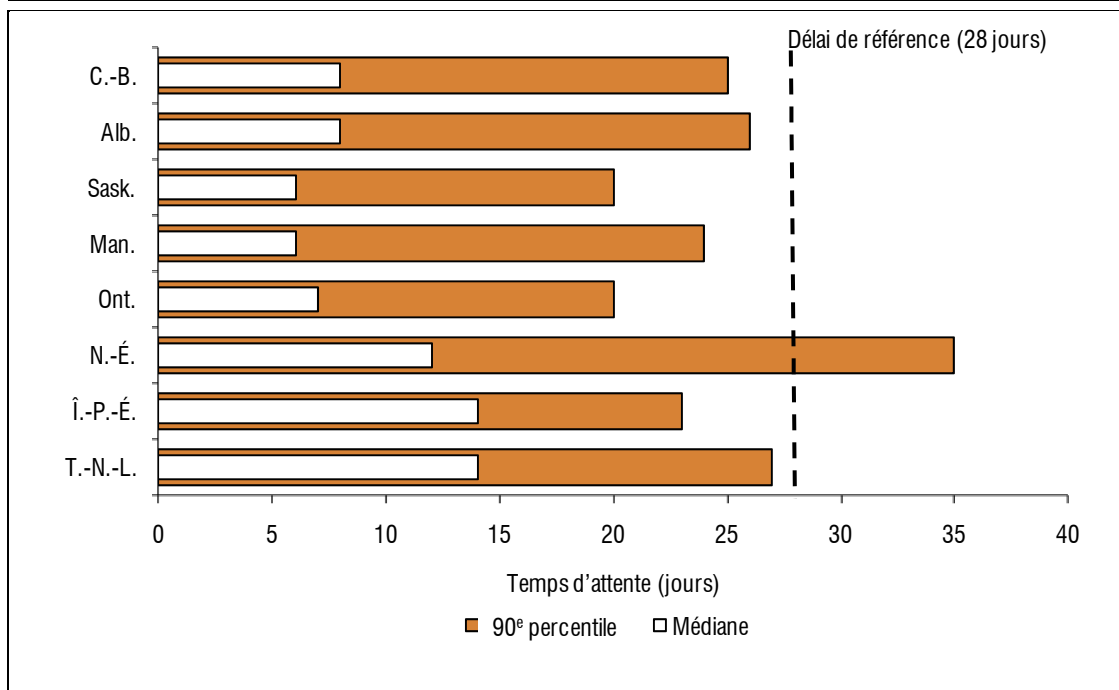


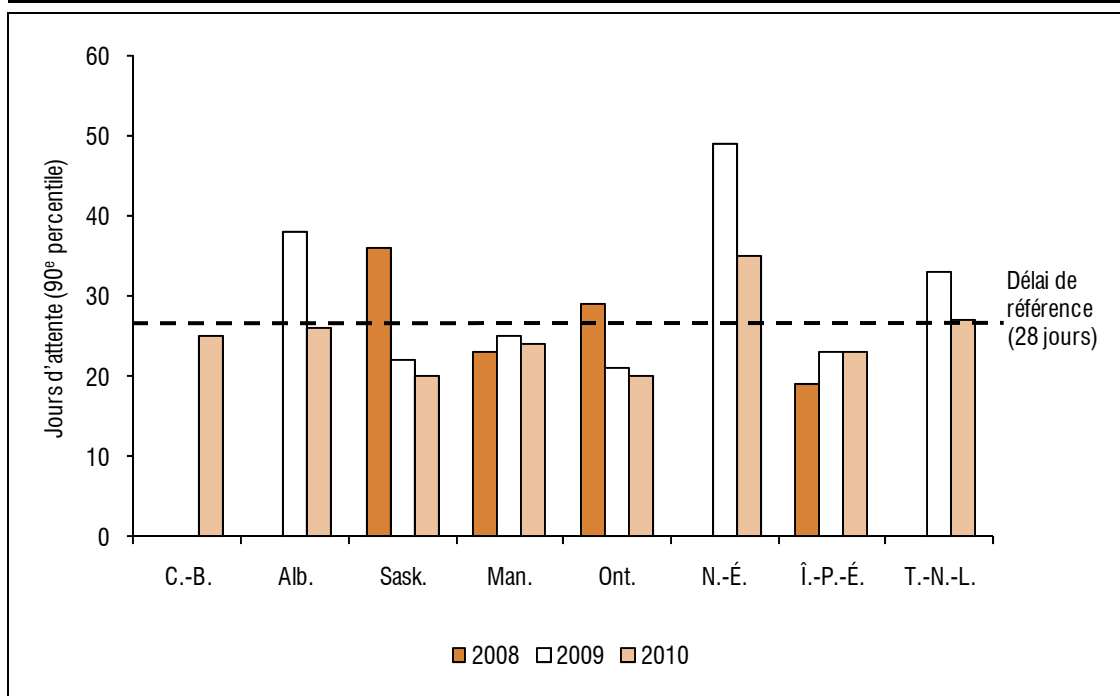
Figure 2F : Temps d'attente médian et du 90^e percentile pour une radiothérapie, du 1^{er} avril au 30 septembre 2010



Remarque

Les données sur les 50^e et 90^e percentiles ne sont pas disponibles pour le Québec ni pour le Nouveau-Brunswick.

Figure 3F : Temps d'attente du 90^e percentile pour une radiothérapie, de 2008 à 2010



Remarque

Les données sur le 90^e percentile ne sont pas disponibles pour le Québec ni pour le Nouveau-Brunswick.

Section G : Temps d'attente pour un examen de TDM

Définition : Nombre de jours d'attente de la date où la demande ou la requête a été reçue à la date où le patient a passé l'examen de TDM

Période visée : Du 1^{er} avril au 30 septembre 2010

Population :

- Patients âgés de 18 ans et plus
- Inclut les examens diagnostiques (patients hospitalisés ou en consultation externe)
- Inclut tous les niveaux de priorité
- Exclut les examens de suivi
- Exclut la mammographie de dépistage et le dépistage prénatal

Exceptions à la définition et à la population pour un examen de TDM	
Alb.	Inclut les patients de tous âges L'attente commence à la date de la décision ou à la date de la prise de rendez-vous si la date de la décision n'est pas connue Exclut les patients hospitalisés Exclut les données sur l'imagerie diagnostique de la Zone de Calgary
Sask.	Inclut les patients de tous âges Inclut uniquement les examens de TDM réalisés dans les régions sanitaires de Regina et Saskatoon Exclut les examens effectués pour le Workers' Compensation Board Exclut les régions sanitaires de Prairie North, Prince Albert Parkland, Cypress, Five Hills et Sunrise
Man.*	
Ont.†	
N.-É.	Exclut les examens de TDM réalisés au centre de soins de santé IWK
Î.-P.-É.‡	Inclut les patients de tous âges Exclut les patients hospitalisés

Remarques

* Le Manitoba n'a pas été en mesure de fournir des mesures sommaires. Toutefois, le temps d'attente maximum estimé pour les examens de TDM a été régulièrement publié sur le site Web provincial sur les temps d'attente.

† En ce qui concerne les examens de TDM, l'Ontario s'est fixé des objectifs provinciaux selon le niveau d'urgence des cas. L'objectif provincial pour les cas de niveau IV (non urgents ou les moins urgents) est de 4 semaines.

‡ L'Î.-P.-É. s'est fixé pour objectif de fournir un accès à 90 % des patients dans un délai de 8 semaines à partir du moment où ils sont orientés en TDM (niveau d'urgence III — délai de 56 jours ou moins).

Figure 1G : Temps d'attente médian et du 90^e percentile pour un examen de TDM, du 1^{er} avril au 30 septembre 2010

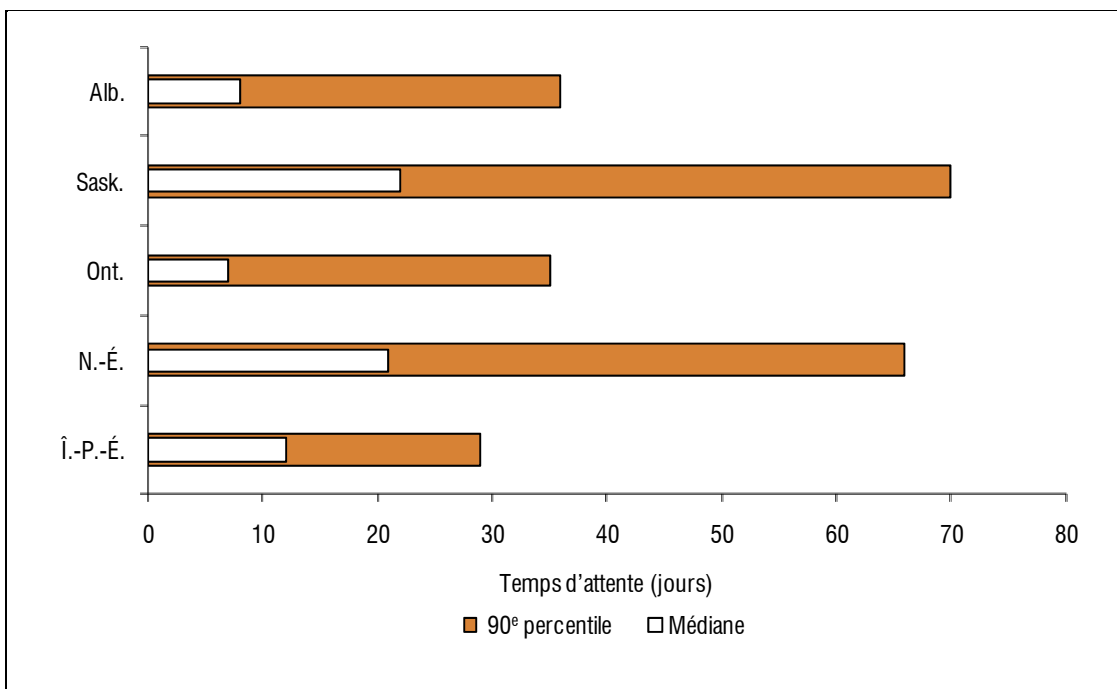
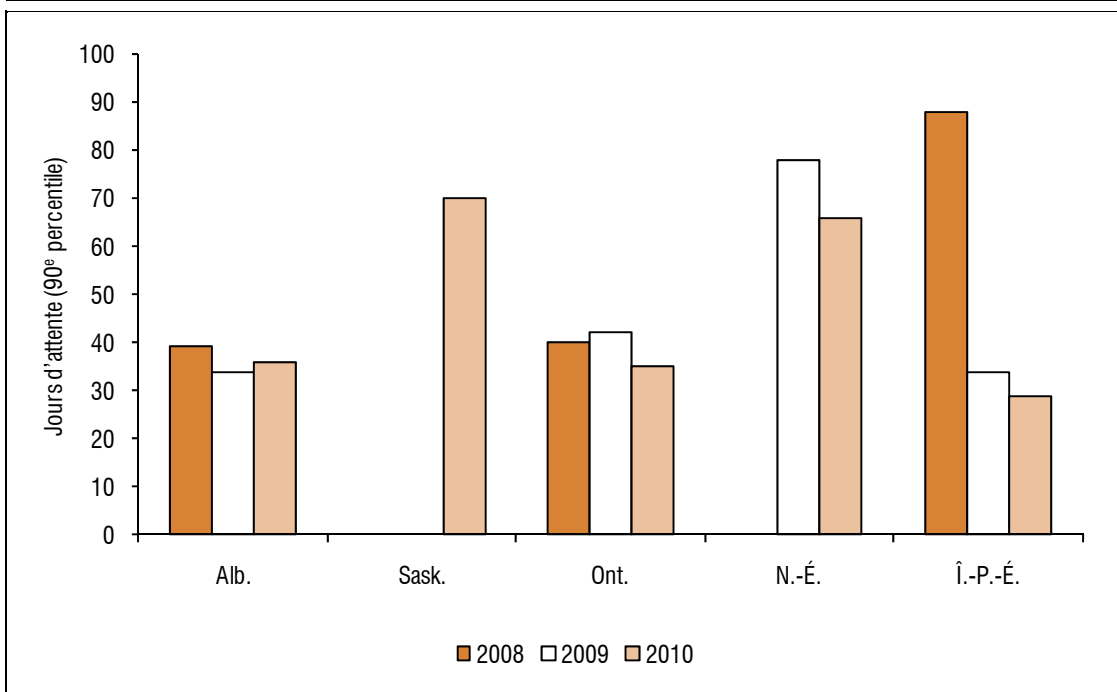


Figure 2G : Temps d'attente du 90^e percentile pour un examen de TDM, de 2008 à 2010



Section H : Temps d'attente pour un examen d'IRM

Définition : Nombre de jours d'attente de la date où la demande ou la requête a été reçue à la date où le patient a passé l'examen d'IRM

Période visée : Du 1^{er} avril au 30 septembre 2010

Population :

- Patients âgés de 18 ans et plus
- Inclut les examens diagnostiques (patients hospitalisés ou en consultation externe)
- Inclut tous les niveaux de priorité
- Exclut les examens de suivi
- Exclut la mammographie de dépistage et le dépistage prénatal

Exceptions à la définition et à la population pour un examen d'IRM	
Alb.	Inclut les patients de tous âges L'attente commence à la date de la décision ou à la date de la prise de rendez-vous si la date de la décision n'est pas connue Exclut les patients hospitalisés Exclut les données sur l'imagerie diagnostique de la Zone de Calgary
Sask.	Inclut les patients de tous âges Inclut uniquement les examens d'IRM réalisés dans les régions sanitaires de Regina et Saskatoon Exclut les examens effectués pour le Workers' Compensation Board
Man.*	
Ont.†	
N.-É.	Exclut les examens d'IRM réalisés au centre de soins de santé IWK
Î.-P.-É.‡	Inclut les patients de tous âges Exclut les patients hospitalisés

Remarques

* Le Manitoba n'a pas été en mesure de fournir des mesures sommaires. Toutefois, le temps d'attente maximum estimé pour les examens d'IRM a été régulièrement publié sur le site Web provincial sur les temps d'attente.

† En ce qui concerne les examens d'IRM, l'Ontario s'est fixé des objectifs provinciaux selon le niveau d'urgence des cas. L'objectif provincial pour les cas de niveau IV (non urgents ou les moins urgents) est de 4 semaines.

‡ L'Î.-P.-É. s'est fixé pour objectif de fournir un accès à 90 % des patients dans un délai de 12 semaines à partir du moment où ils sont orientés en IRM (niveau d'urgence III — délai de 84 jours ou moins).

Figure 1H : Temps d'attente médian et du 90^e percentile pour un examen d'IRM, du 1^{er} avril au 30 septembre 2010

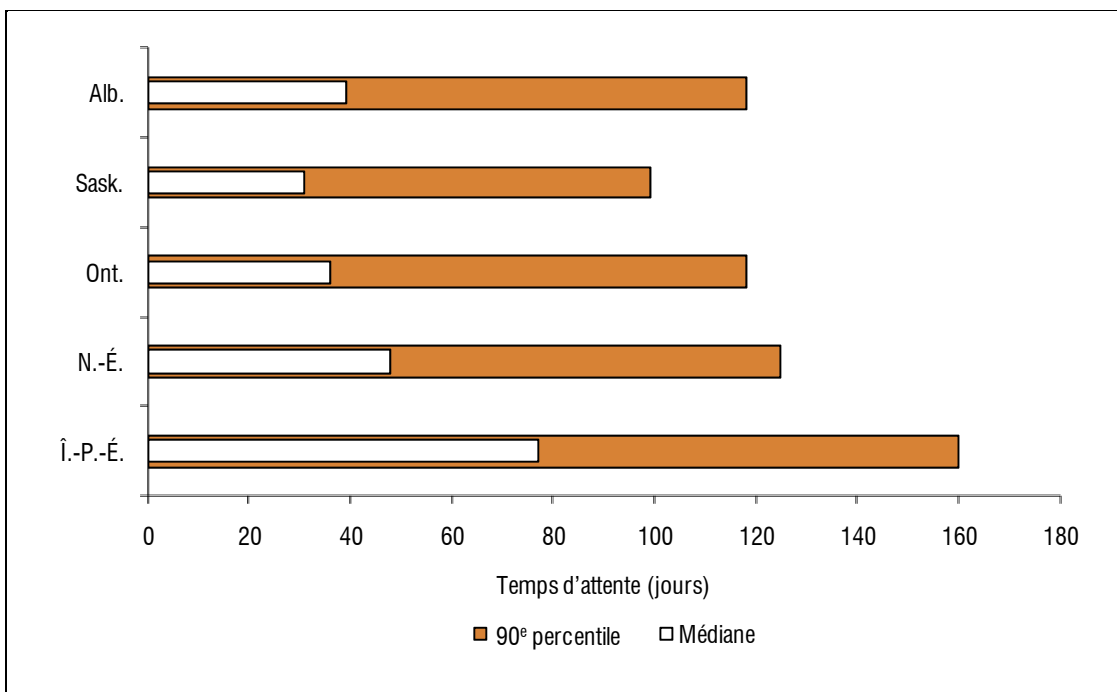
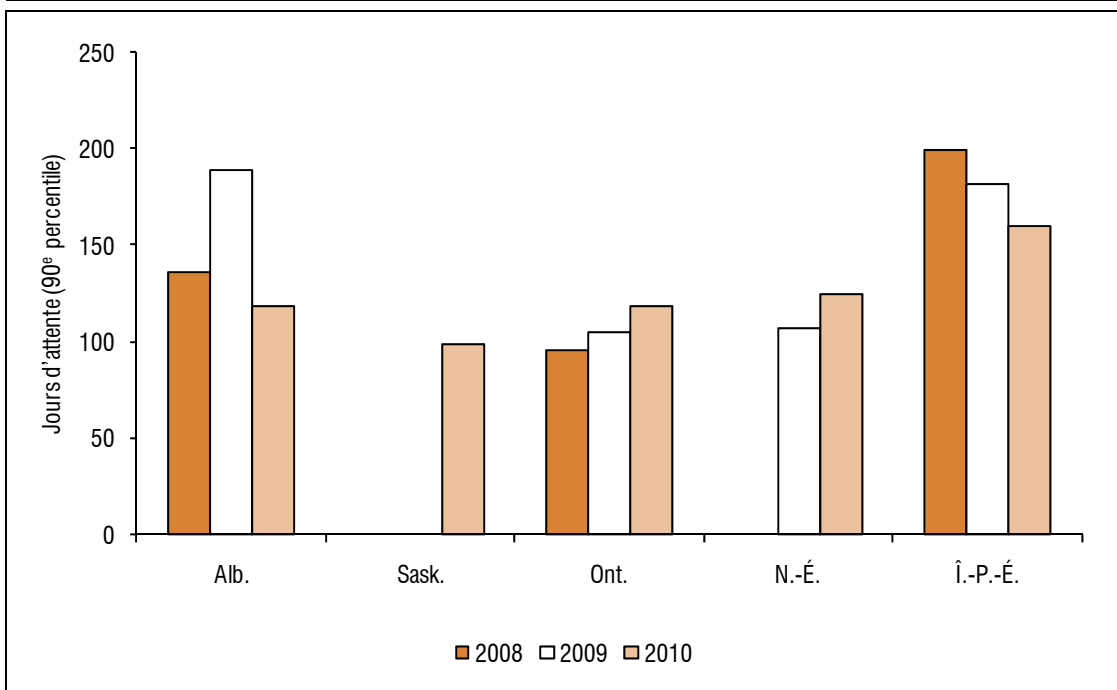


Figure 2H : Temps d'attente du 90^e percentile pour un examen d'IRM, de 2008 à 2010



Renseignements supplémentaires

La présente Analyse en bref s'inscrit dans le cadre du programme en cours de l'ICIS qui porte sur l'accès aux soins, dont les temps d'attente, domaine qui a été jugé prioritaire lors des consultations qui ont donné lieu à l'élaboration des *Orientations stratégiques* de l'ICIS de 2005-2006 et 2007-2008. Des sujets précis devant faire l'objet d'une analyse ont été choisis à la suite de consultations ultérieures ciblées sur les priorités qui permettront d'améliorer l'information sur l'accès aux soins.

Ce document est accessible gratuitement dans les deux langues officielles sur le site Web de l'ICIS au www.icis.ca.

Remerciements

L'ICIS souhaite remercier les nombreux organismes et les nombreuses personnes qui ont contribué à la préparation de cette Analyse en bref.

La production de ce document a mis à contribution de nombreuses personnes au sein de l'ICIS. Le comité de rédaction était composé de Kathleen Morris, Tracy Johnson et Jenny Lineker. L'ICIS remercie tout particulièrement Jennifer Froot, Shefali Ram, Jessica Ramirez Mendoza et Simon Tavasoli pour leur aide.

La présente analyse n'aurait pu être produite sans l'aide et l'appui généreux de plusieurs autres personnes et organismes, notamment les représentants des ministères provinciaux de la Santé sur les questions relatives à l'accès et aux temps d'attente.

Annexe A : Information sur les tendances

Tableau A1 : Tendances relatives aux temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche ou du genou, une chirurgie de la cataracte, un pontage coronarien et une radiothérapie, de 2008 à 2010

	Arthroplasties de la hanche		Arthroplasties du genou		Chirurgie de la cataracte*		Pontage coronarien		Radiothérapie	
	50 ^e percentile	90 ^e percentile	50 ^e percentile	90 ^e percentile	50 ^e percentile	90 ^e percentile	50 ^e percentile	90 ^e percentile	50 ^e percentile	90 ^e percentile
C.-B.	▲	▼	---	▼	---	---	▼	▼	▲	
Alb.	---	---	---	▲	▲	▲	▲	▲		
Sask.	▼	▼	▼	▼	▼	▼	---	▼	▼	▼
Man.	▲	▲	▲	▲	---	▲	▼	▼	▲	---
Ont.	---	---	---	▼	---	---	▼	▼	▼	▼
Qc	---	▲	▲	---	▼	▼				
N.-B.	▼	▼	▼	▼	▼	▼	▲	▼		
N.-É.	▼	▼	---	▼	▲	---	▼	▼		
Î.-P.-É.	▼	▼	▲	---	▼	▼			▲	▲
T.-N.-L.										

Légende

- ▼ Diminution des temps d'attente.
- ▲ Augmentation des temps d'attente.
- ▨ Données non disponibles.
- ▣ Les tendances n'ont pas pu être établies en raison de changements dans la déclaration des données depuis 2008.
-

Remarques

Une tendance se traduit par une diminution ou une augmentation d'au moins 10 % du temps d'attente par rapport à la première année (2008). Les temps d'attente présentant une variation inférieure à 10 % ont été considérés comme inchangés. Certaines provinces peuvent avoir réduit les temps d'attente de manière importante avant 2008, ce que ne reflètent toutefois pas les tendances présentées au tableau A1. Il est également plus difficile d'obtenir une variation de 10 % si les temps d'attente se situent déjà dans les délais prescrits.

Les tendances liées aux attentes pour une réparation d'une fracture de la hanche seront établies à compter de 2012.

* Depuis 2011, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, le Québec et la Saskatchewan peuvent fournir de nouvelles données plus fidèles à la définition de l'indicateur pour la chirurgie de la cataracte que les données antérieures (voir la page 23). Par conséquent, dans le présent rapport, les nouvelles données ont été utilisées pour établir les tendances au lieu des données soumises antérieurement.

Tableau A2 : Variation des temps d'attente pour les examens de TDM et d'IRM, de 2008 à 2010

	Examens de TDM		Examens d'IRM	
	50 ^e percentile	90 ^e percentile	50 ^e percentile	90 ^e percentile
Alb.	▼	---	---	▼
Ont.	▼	▼	▲	▲
Î.-P.-É.	▼	▼	---	▼

Légende

--- Aucun changement dans les temps d'attente.

▼ Diminution des temps d'attente.

▲ Augmentation des temps d'attente.

Remarque

Une tendance se traduit par une diminution ou une augmentation d'au moins 10 % du temps d'attente par rapport à la première année (2008). Les temps d'attente présentant une variation inférieure à 10 % ont été considérés comme inchangés. Certaines provinces peuvent avoir réduit les temps d'attente de manière importante avant 2008, ce que ne reflètent toutefois pas les tendances présentées au tableau A2.

Annexe B : Notes techniques sur les temps d'attente pour une réparation d'une fracture de la hanche

Partie 1 : Définitions, source de données, sélection des cas et méthodologie relatives aux temps d'attente d'un patient hospitalisé pour une réparation d'une fracture de la hanche

Définitions

Délai de référence : Réparation d'une fracture de la hanche dans un délai de 48 heures (point de référence établi par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en décembre 2005)

Après discussion avec les provinces et compte tenu des limites des données, ce délai de référence a été interprété comme suit :

Pourcentage des patients traités dans le délai de référence 48 heures suivant leur hospitalisation	=	Le nombre de patients de 18 ans et plus victimes d'une fracture de la hanche qui ont subi une chirurgie de réparation d'une fracture de la hanche dans les 48 heures suivant leur hospitalisation

		Le nombre total de patients de 18 ans et plus victimes d'une fracture de la hanche qui ont subi une chirurgie de réparation d'une fracture de la hanche

Segment d'attente des patients hospitalisés en attente d'une chirurgie de réparation d'une fracture de la hanche : Le nombre d'heures d'attente du patient, de la première admission à l'hôpital en raison d'une fracture de la hanche (admission initiale) à la chirurgie de réparation de la fracture. **Remarque** : Le calcul des temps d'attente ne tient compte que des patients qui ont subi une réparation chirurgicale.

50^e percentile : Le nombre d'heures au bout duquel la moitié des patients de l'échantillon avait subi la chirurgie et l'autre moitié attendait encore

90^e percentile : Le nombre d'heures au bout duquel 90 % des patients de l'échantillon avaient subi leur chirurgie et les 10 % restants attendaient encore

Sources de données

Les patients qui, au cours de la période du 1^{er} avril 2010 au 30 septembre 2010, ont obtenu leur congé d'établissements de soins de courte durée soumettant des données à la Base de données sur les congés des patients (BDGP) de l'ICIS. Les données en cours d'exercice ne représentent pas nécessairement l'ensemble des données déclarées à l'ICIS par les provinces et les territoires. Au moment de l'analyse, on estime que l'ICIS avait reçu 97 % des abrégés, par rapport l'exercice 2009-2010 pour la même période. Bien que le niveau d'intégralité à l'échelle provinciale soit élevé, les provinces dont le processus de soumission à l'ICIS est plus lent pourraient enregistrer des incidences analytiques distinctes. De plus, les données en cours d'exercice n'auront pas été soumises au cycle de validation complet par l'ICIS et les établissements participants. Les hôpitaux pourraient encore ajouter, supprimer ou modifier des enregistrements.

Les temps d'attente pour une réparation d'une fracture de la hanche au Québec ne sont pas inclus en raison des différences méthodologiques dans les données. Pour obtenir des renseignements sur les temps d'attente

pour une réparation d'une fracture de la hanche au Québec, consultez la prochaine publication de l'ICIS, *Comparer les temps d'attente pour une réparation d'une fracture de la hanche entre le Québec et les autres provinces et territoires, de 2006-2007 à 2009-2010* (titre provisoire).

La méthodologie utilisée pour produire le présent rapport diffère de celle utilisée dans les rapports *Indicateurs de santé* antérieurs. Depuis l'exercice 2009-2010, l'heure de l'intervention est saisie, ce qui permet d'estimer plus exactement les temps d'attente. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la méthodologie utilisée pour produire les rapports *Indicateurs de santé*, consultez la page www.icis.ca/indicateurs.

Méthodologie

Sélection des cas

Inclusions

- Les hommes et les femmes âgés de 18 ans et plus
- Les patients admis dans des établissements de soins de courte durée
- Les patients admis pour une fracture de la hanche (voir la Sélection des codes ci-dessous) dans les scénarios suivants :
 - A. Diagnostic principal de fracture de la hanche (type M)
 - B. Fractures de la hanche en tant que comorbidités avant l'admission (type 1) ou transferts de service (types 1, w, x et y)
 - C. Diagnostic principal visant la réadaptation (voir la Sélection des codes ci-dessous) avec fracture de la hanche avant l'admission ou transfert de service (types 1, w, x et y) et arthroplastie de la hanche (voir la Sélection des codes ci-dessous)

Exclusions

- Les patients dont le numéro d'assurance-maladie n'était pas valide
- Les fractures survenues après l'admission (type 2)

Combinaison d'abrégiés

- Les patients peuvent avoir été admis dans un hôpital et transférés vers un autre hôpital dans le but d'obtenir d'autres traitements. La combinaison de toutes les admissions en un seul épisode de soins nous permet d'observer tout le séjour du patient en soins de courte durée.
- Un transfert est défini comme la sortie du patient d'un établissement de soins de courte durée suivie de son admission dans un autre établissement de soins de courte durée dans un délai de 24 heures. Tous les abrégiés doivent comporter un diagnostic de fracture de la hanche.
- Le couplage est effectué en combinant le numéro d'assurance-maladie, le sexe et la province d'émission du numéro d'assurance-maladie pour créer un identificateur unique pour chaque patient, qui sera utilisé pour toutes les admissions pertinentes en soins de courte durée.

Calcul du temps

- Le temps d'attente avant la chirurgie est calculé de la première hospitalisation du patient pour une fracture de la hanche à l'heure du début de la chirurgie de la hanche (réparation ou remplacement).
- Aucun temps d'attente n'est calculé pour les patients dont l'heure ou la date d'admission estimée ou de la chirurgie n'est pas valide.
- Aucun temps d'attente n'a été calculé si le patient n'a pas subi de réparation de la hanche au cours de la période visée (du 1^{er} avril au 30 septembre 2010).

Sélection des codes

Fracture de la hanche

CIM-10 : S72.0 ^, S72.1 ^ ou S72.2 ^

Réparation de la hanche

CCI : 1VA74 ^, 1VA53 ^, 1VC74 ^ ou 1SQ53 ^

Réadaptation

CIM-10 : Z50.1 ^, Z50.8 ^, Z50.9 ^, Z54.0 ^, Z54.4 ^, Z54.7 ^, Z54.8 ^ ou Z54.9 ^

Partie 2 : Définitions, sources de données et méthodologie relatives aux temps d'attente au service d'urgence pour une chirurgie de réparation d'une fracture de la hanche

Définitions différent de celles de la partie 1

Délai de référence : Réparation d'une fracture de la hanche dans un délai de 48 heures (délai de référence établi par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en décembre 2005)

Ce délai de référence a été interprété comme suit :

Pourcentage des patients traités dans le délai de référence 48 heures à partir de leur admission au service d'urgence	=	Le nombre de patients de 18 ans et plus victimes d'une fracture de la hanche qui ont subi une chirurgie de réparation d'une fracture de la hanche dans les 48 heures suivant leur admission au service d'urgence

		Le nombre total de patients de 18 ans et plus victimes d'une fracture de la hanche qui ont subi une chirurgie de réparation d'une fracture de la hanche

Temps d'attente pour une chirurgie de réparation d'une fracture de la hanche à partir de l'admission au service d'urgence : Temps d'attente mesuré en heures à partir de la première inscription au service d'urgence en raison d'une fracture de la hanche (admission initiale) jusqu'à la chirurgie de réparation.

Remarque : Le calcul des temps d'attente ne tient compte que des patients qui ont subi une réparation chirurgicale.

Sources de données

Les patients qui, au cours de la période du 1^{er} avril au 30 septembre 2010, ont reçu leur congé d'un établissement de soins d'urgence de l'Ontario ou de l'Alberta soumettant des données au Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) ainsi qu'à la BDCP de l'ICIS tel qu'il est indiqué dans la partie 1. Les données en cours d'exercice ne représentent pas nécessairement l'ensemble des données déclarées à l'ICIS par les provinces et territoires. Au moment de l'analyse, l'ICIS avait reçu 99 % des abrégés, par rapport l'exercice 2009-2010 pour la même période. Bien que le niveau d'intégralité à l'échelle provinciale soit élevé, les provinces dont le processus de soumission à l'ICIS est plus lent pourraient enregistrer des incidences analytiques distinctes. De plus, les données en cours d'exercice n'auront pas été soumises au cycle de validation complet par l'ICIS et les établissements participants. Les hôpitaux pourraient encore ajouter, supprimer ou modifier des enregistrements.

Méthodologie

Cette méthodologie de calcul des temps d'attente à partir de l'admission à l'urgence à la suite d'une fracture de la hanche repose sur les estimations antérieures des temps d'attente des patients hospitalisés pour une fracture de la hanche en mesurant le temps passé par les patients au service d'urgence en Ontario et en Alberta. Ces données ne sont pas disponibles pour les autres provinces participant au SNISA.

Notre échantillon de base est constitué de patients admis dans un établissement de soins de courte durée de l'Ontario ou de l'Alberta pour une réparation d'une fracture de la hanche, tel que défini précédemment (voir la partie 1 pour la Sélection de codes). La prochaine étape consiste à définir si les patients de l'échantillon ont été admis dans un service d'urgence de l'Ontario ou de l'Alberta immédiatement avant leur hospitalisation, ce qui permettra de déterminer la portion du temps d'attente passée au service d'urgence.

Définition de service d'urgence

Les services d'urgence de l'Ontario et de l'Alberta sont définis par leur code de centre d'activité des Normes SIG, qui commence par 71310, 72310 ou 73310.

Transferts et combinaison d'abrévés

- Les patients peuvent avoir été admis dans un service d'urgence et être transférés vers un autre service d'urgence. La combinaison de toutes les admissions en un seul épisode de soins nous permet d'observer tout le séjour du patient au service d'urgence.
- Un transfert est défini comme la sortie d'un patient d'un service d'urgence suivie de son admission dans un autre service d'urgence dans un délai de 24 heures.

Mise en correspondance des cas de la BDCP et des cas du SNISA

- Pour identifier les patients enregistrés dans la BDCP et dans le SNISA, un identificateur personnel est créé à partir des 10 premiers chiffres du numéro d'assurance-maladie, du sexe et de la province émettrice du numéro d'assurance-maladie.
- Le dossier du patient rempli au service d'urgence est considéré comme lié à l'hospitalisation du patient à la suite d'une fracture de la hanche si celui-ci est sorti du service d'urgence 24 heures ou moins avant son hospitalisation.

Remarque : Les abrégés ont été exclus s'ils indiquaient que le patient avait été admis par le biais du service d'urgence, mais qu'aucun épisode de soins au service d'urgence n'était trouvé, car ils ne permettaient pas une analyse complète.

Calcul du temps

- Le temps d'attente total a été calculé depuis l'admission initiale du patient au service d'urgence jusqu'au début de la réparation chirurgicale.
- Le temps passé au service d'urgence a été calculé depuis l'admission initiale du patient au service d'urgence jusqu'à son hospitalisation.
- Le temps passé en soins de courte durée a été calculé depuis l'hospitalisation du patient jusqu'au début de la réparation chirurgicale.

Annexe C : Calcul du pourcentage canadien des interventions effectuées dans les délais de référence

Le pourcentage canadien des interventions effectuées dans les délais de référence a été estimé comme suit :

$$\text{Pourcentage canadien des interventions réalisées dans les délais de référence} = \frac{\text{Nombre total de patients traités dans les délais de référence dans toutes les provinces}^*}{\text{Nombre total d'interventions réalisées}}$$

Remarque

- * Estimé à partir des données soumises par les provinces sur le nombre d'interventions réalisées et le pourcentage de ces interventions effectuées dans les délais de référence.

Références

1. Commonwealth Fund, *The 2001 Commonwealth Fund International Health Policy Survey*. Consulté le 4 février 2011. Internet : <<http://www.commonwealthfund.org/Content/Surveys/2001/2001-International-Health-Policy-Survey.aspx>>.
2. Santé Canada, *A 10-Year Plan to Strengthen Health Care [Un plan décennal pour consolider les soins de santé]*. Consulté le 10 février 2011. Internet : <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-eng.php>>.
3. Santé Canada, *Asymmetrical Federalism That Respects Quebec's Jurisdiction [Fédéralisme asymétrique qui respecte les compétences du Québec]*. Consulté le 10 février 2011. Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/bg-fi_quebec-eng.php>.
4. C. Schoen et R. Osborn, *The Commonwealth Fund 2010 International Health Policy Survey in Eleven Countries*. Consulté le 4 février 2011. Internet : <<http://www.commonwealthfund.org/Content/Surveys/2010/Nov/2010-International-Survey.aspx>>.
5. Comparable Indicators of Access Sub-Committee, *PT Proposal to Establish Comparable Indicators of Access*, Ottawa (Ont.), Comparable Indicators of Access Sub-Committee, 2005.
6. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, *First Ever Common Benchmarks Will Allow Canadians to Measure Progress in Reducing Wait Times [Les tout premiers repères permettront aux Canadiens de mesurer les progrès réalisés en vue de réduire les temps d'attente]* (communiqué). Consulté le 10 février 2011. Internet : <http://www.health.gov.on.ca/english/media/news_releases/archives/nr_05/nr_121205.html>.
7. J. Parkkari et coll., « Majority of Hip Fractures Occur as a Result of Fall and Impact on the Greater Trochanter of the Femur: A Prospective Controlled Hip Fracture Study With 206 Consecutive Patients », *Calcified Tissue International*, vol. 65, n° 3 (1999), p. 183-187.