

10 étapes vers un  
**cadre commun de  
production de rapports sur  
les temps d'attente**

Novembre 2005

---

Health Council of Canada

---



---

Conseil canadien de la santé

---

P R E N D R E L E P O U L S

La production du rapport a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions qui y sont exprimées sont celles du Conseil canadien de la santé, agissant de sa seule autorité et non sous le contrôle ni la supervision de Santé Canada, et ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ni d'un gouvernement provincial ou territorial.

Pour joindre le Conseil canadien de la santé :

Téléphone : 416.481.7397  
Télécopieur : 416.481.1381  
Adresse : 90, avenue Eglinton Est, bureau 900  
Toronto ON M4P 2Y3  
Web : [www.conseilcanadiendelasante.ca](http://www.conseilcanadiendelasante.ca)

10 étapes vers un cadre commun de production de rapports sur les temps d'attente  
Novembre 2005

ISBN 0-9739725-9-9 11

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que les auteurs du rapport soient identifiés.

© 2005 Conseil canadien de la santé

This publication is also available in English.

## À PROPOS DU CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ

Le Conseil canadien de la santé a été créé à la suite de la conclusion de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé. Il est chargé de surveiller les progrès réalisés dans le renouveau des soins au Canada, notamment dans les secteurs décrits par cet accord et par le Plan décennal de 2004 pour consolider les soins de santé. Son but est de dresser un tableau à l'échelle du système de la réforme des services de santé à l'intention du public canadien, plus particulièrement sous l'angle des comptes à rendre et de la transparence.

Les secteurs de compétence participants y ont délégué des membres qui représentent leurs gouvernements respectifs et d'autres qui jouissent d'une compétence et d'une vaste expérience dans des domaines comme les suivants : santé communautaire, santé des Autochtones, soins infirmiers, éducation sanitaire, administration et finances, médecine et pharmacie. Ce sont la Colombie-Britannique, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut et le gouvernement fédéral. Financé par Santé Canada, le Conseil exerce son activité à titre d'organisme indépendant sans but lucratif et les ministres de la Santé des secteurs de compétence participants y sont représentés.

### MEMBRES DU CONSEIL\*

#### Représentants du gouvernement

**M. John Abbott**  
Terre-Neuve-et-Labrador

**M. Bernie Blais**  
Nunavut

**M. Duncan Fisher**  
Saskatchewan

**M. Albert Fogarty**  
Île-du-Prince-Édouard

**D<sup>r</sup> Alex Gillis**  
Nouvelle-Écosse

**M<sup>me</sup> Donna Hogan**  
Yukon

**M. Michel C. Leger**  
Nouveau-Brunswick

**M<sup>me</sup> Lyn McLeod**  
Ontario

**M. Bob Nakagawa**  
Canada

**M<sup>me</sup> Elizabeth Snider**  
Territoires du Nord-Ouest

**M<sup>me</sup> Patti Sullivan**  
Manitoba

**D<sup>r</sup> Les Vertesi**  
Colombie-Britannique

#### Autres représentants

**D<sup>re</sup> Jeanne Besner (vice-présidente)**

**D<sup>r</sup> Ian Bowmer**

**M<sup>me</sup> Nellie Cournoyea**

**M. Michael Decter (président)**

**M. Jean-Guy Finn**

**M<sup>me</sup> Simone Comeau Geddry**

**D<sup>re</sup> Nuala Kenny**

**M. Jose Kusugak**

**M. Steven Lewis**

**D<sup>re</sup> Danielle Martin**

**D<sup>r</sup> Robert McMurtry**

**M. George Morfitt**

**M<sup>me</sup> Verda Petry**

**D<sup>r</sup> Brian Postl (en congé)**

\*Membres en octobre 2005

## **REMERCIEMENTS**

Le Conseil canadien de la santé remercie les membres de son Groupe de travail sur les temps d'attente et l'accès qui ont participé à la production de ce document : Robert McMurtry (président), Steven Lewis, Danielle Martin et Les Vertesi. Le Groupe de travail bénéficie de l'aide de Lisa Maslove, du secrétariat du Conseil.

## **INTRODUCTION**

### **L'amélioration des temps d'attente dans le système de santé du Canada**

La population du Canada comprend que les temps d'attente et la gestion des listes d'attente constituent des problèmes complexes auxquels il faudra consacrer du temps et qu'il faudra coordonner à l'échelle nationale si l'on veut s'y attaquer. En dépit de cette complexité, les objectifs d'une stratégie nationale d'amélioration des temps d'attente sont fondamentaux et tiennent compte des valeurs et des besoins essentiels de la population canadienne. Les Canadiens veulent savoir que lorsqu'ils en auront besoin, ils auront accès aux soins de santé dans un délai qui ne compromettra pas de façon significative leur état de santé ou leur mieux-être – et ils veulent un système équitable, qui donne aux personnes les plus malades l'accès le plus rapide aux soins sans compromettre l'accès pour ceux dont les besoins sont moins urgents mais tout aussi réels. Ces principes que sont l'importance de l'accès individuel aux soins et l'équité au niveau du système doivent guider toutes les décisions sur la gestion des listes d'attente et l'emporter sur les intérêts des prestataires, des administrateurs et des gouvernements.

### **Terminologie commune et cadres communs : commencer à la base**

La gestion des listes d'attente est au premier plan du programme des gouvernements du Canada depuis un an et il s'est fait beaucoup de bon travail. Chacune des provinces a lancé des projets précis et certaines signalent plus de résultats que d'autres. Le Conseil de la santé a pour mandat de produire des rapports sur les progrès réalisés au niveau de l'amélioration des temps d'attente (parmi d'autres priorités dans le secteur de la santé), mais c'est difficile à faire si l'on ne s'entend pas sur des définitions et une terminologie communes des listes d'attente. Au moment où les gouvernements et les intervenants commencent à aborder les temps d'attente dans des domaines prioritaires, il est crucial que tous les intervenants s'entendent sur une série commune de définitions qui nous permettront à tous de mesurer la réussite en fonction de ces objectifs fondamentaux. Comment savoir si les gens attendent moins lorsque nous ne savons pas quand une période d'attente commence et quand elle se termine? Comment les prestataires ou les gouvernements peuvent-ils s'entendre sur des points de repère au sujet de soins lorsque les buts et les définitions des points de repère demeurent flous?

Il faut donner à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) le crédit qui lui revient, soit celui d'avoir organisé, en octobre 2005, une conférence nationale à cette fin précise. Même s'il y a eu de bonnes discussions convergentes sur certaines des questions, d'autres n'ont toujours pas été abordées et, au moment d'aller sous presse, on ne s'entend toujours pas, à l'échelon national, même sur la terminologie commune la plus fondamentale. Les définitions communes sont la pointe de l'iceberg lorsque vient le temps d'améliorer les temps d'attente. Sans une compréhension commune des mécanismes qui peuvent être la cause de retards et de la façon dont fonctionnent les temps d'attente dans les systèmes de santé, les progrès réels seront difficiles. En bout de ligne, nous croyons que le système idéal qui

permettra de mesurer les temps d'attente et d'y répondre comportera les caractéristiques suivantes :

- données en temps réel jumelées à des renseignements sur les patients qui préviennent les fournisseurs lorsque les attentes deviennent excessives;
- accès à des renseignements par les personnes autorisées, n'importe quand et de n'importe où;
- file d'attente commune pour chacun des principaux services, et chirurgiens capables de faire preuve de la flexibilité nécessaire pour réduire les temps d'attente;
- nombre minimum de niveaux d'urgence;
- rapports sur les volumes, les percentiles et le pourcentage des cas non urgents traités en deçà des points de repère;
- politique de vérification appliquée automatiquement lorsque toute attente dépasse un seuil critique;
- façon validée de mesurer les résultats et capacité d'établir des seuils éclairés en se fondant sur l'information.

Le Conseil canadien de la santé a produit ce document pour aider à définir les questions sur lesquelles il faut s'entendre et pour proposer des solutions afin de guider la réforme. Ce document constitue l'assise de recommandations que le Conseil présentera dans son rapport annuel de janvier 2006 à la population canadienne au sujet de l'évolution du renouvellement des soins de santé. On propose le domaine des interventions chirurgicales comme point de départ raisonnable pour lancer la discussion sur la gestion des temps d'attente puisque ce contexte est relativement simple et représente une partie du domaine prioritaire défini par les premiers ministres. Il faut, bien entendu, s'attaquer à toute attente qui menace la santé ou le mieux-être. Nous espérons que les leçons tirées des progrès des temps d'attente en chirurgie aideront à gérer d'autres services de santé qui promettent d'être encore plus complexes, comme les interventions de diagnostic.

Les suggestions présentées dans ce document constituent une voie possible à suivre vers un cadre commun qui permettra à la fois de comprendre l'expérience des temps d'attente et de produire des rapports en la matière. Elles constituent toutefois un début seulement. Aucune de ces suggestions ne réduira en soi les temps d'attente pour personne, mais elles faciliteront d'autant l'étape suivante, qui consiste à faire précisément cela.

## 10 ÉTAPES VERS UN CADRE COMMUN

### Production de rapports sur les temps d'attente

Les provinces se sont déjà engagées à produire des rapports sur les progrès réalisés au niveau des temps d'attente. Que devrait alors contenir précisément un tel rapport?

Les gouvernements ont en général choisi de viser une liste restreinte d'interventions qui feront l'objet de rapports. Même s'ils ont le droit de choisir des priorités, cette façon de faire risque de désavantager par inadvertance d'autres activités. Il faudrait choisir les cibles d'une façon générale qui réduit au minimum ce risque. Il est tout au moins essentiel de surveiller ces effets non intentionnels. Le Conseil est d'avis que l'accès en temps opportun à toutes les interventions en soins de santé devrait constituer le but à long terme.

- 1) *Là où il n'y a pas encore de gestion intégrée des temps d'attente, les ministères de la Santé devraient choisir un panier représentatif d'interventions au sujet desquelles il faudrait faire état des temps d'attente de façon à réduire au minimum le risque de prolonger par inadvertance les temps d'attente pour d'autres interventions. L'objectif à long terme devrait être de s'attaquer aux temps d'attente pour toutes les interventions du domaine des soins de santé.*

#### *Un ensemble de données minimal pour les temps d'attente :*

Toute voie conçue pour améliorer la gestion des temps d'attente obligera à créer un ensemble de données d'information géré par une administration sanitaire. Pour être vraiment utiles et assurer l'exactitude de l'information, les ensembles de données doivent toutefois faire plus que simplement fournir de l'information à la direction. Ils doivent aussi pouvoir renvoyer de l'information aux fournisseurs des services en temps réel et les aider vraiment à faire leur travail. Tout cela exige un investissement important en technologie et, ce qui est plus important, oblige à s'entendre sur l'information qu'il faut saisir. La définition des périodes d'attente mêmes constitue le premier élément, et le plus essentiel, de l'ensemble de données minimal.

- 2) *L'inscription sur une liste d'attente doit se faire au moment où l'intervention est réservée officiellement (habituellement par un spécialiste). Il faut consigner à la fois la date originale de l'aiguillage vers le spécialiste et la date de réservation de l'intervention. Il faut définir la période d'attente entre-temps comme le temps écoulé entre l'aiguillage initial et l'achèvement de l'intervention.*

#### *Autres éléments constitutifs de l'ensemble de données minimal :*

Pour pouvoir comprendre une série d'intervalles, il faut saisir en même temps un ensemble commun de variables descriptives qui incluront le type d'intervention réservée, la personne et le service ou l'unité qui effectue l'intervention et la question de savoir si celle-ci sera pratiquée en service de jour ou en service interne. Il y a de nombreuses approches possibles

et plusieurs systèmes établis ont défini les variables à inclure et précisé comment regrouper les données. Des variations importantes aux niveaux des renseignements signalés et de la façon d'afficher l'information détruiraient toutefois une raison d'être fondamentale d'un rapport collectif, qui est d'établir des comparaisons significatives et de permettre aux intéressés d'apprendre les uns des autres. Le Conseil est d'avis qu'il est crucial que toutes les administrations approuvent et suivent une démarche commune.

- 3) *Les administrations provinciales et territoriales devraient désigner un groupe de travail chargé de définir un ensemble de données minimal commun pour la production de rapports sur les temps d'attente et de produire un modèle de rapport qui répond aux besoins du contexte canadien.*

### Déterminer les priorités – à qui l'accès en premier?

L'établissement des priorités à l'égard des temps d'attente semble d'une logique intuitive. Les systèmes de gestion fondés sur les priorités peuvent malheureusement devenir excessivement complexes. De multiples niveaux de priorité ont tendance à faire leur apparition face aux longues périodes d'attente, mais ils compliquent encore davantage le processus d'attente. Plus il y a de niveaux de priorité, plus les défis sont importants pour la direction. Plus les temps d'attente raccourcissent, moins on a besoin de multiples niveaux de priorité. Il est peu probable que l'on puisse laisser tomber complètement les niveaux de priorité sous peu, mais il faudrait tout au moins en utiliser le moins grand nombre possible.

- 4) *Il faut attribuer aux cas une priorité fondée sur l'urgence dans un système qui comporte au plus trois niveaux de priorité.*
- 5) *Il faudrait adopter l'expression niveau d'urgence (plutôt que priorité) pour indiquer que la cote désigne seulement l'opportunité requise et ne constitue pas un jugement sur l'importance du besoin.*

Le premier niveau d'urgence (le plus élevé) s'appliquerait aux urgences réelles qui exigent une intervention dans les 48 heures. Si on les regroupe avec celles d'autres niveaux d'urgence, ces périodes d'attente très brèves font dévier les résultats globaux. C'est pourquoi il faut séparer le niveau le plus urgent du calcul des temps d'attente et il suffit de signaler le nombre de cas dans cette catégorie. La ligne de démarcation entre le deuxième niveau et le troisième est déterminée par une seule question : le problème risque-t-il ou non de s'aggraver? Une réponse affirmative produit un niveau d'urgence 2 tandis que les autres interventions qui, par définition, n'exigent pas une intervention rapide (mais dont la nécessité n'est pas remise en question) sont du niveau d'urgence 3. Des vérifications d'échantillonnage de routine peuvent confirmer la validité des niveaux d'urgence accordés. Il doit être entendu qu'il ne faut pas réserver pour des cas qui ne risquent pas de s'aggraver mais qui ne satisfont pas non plus aux critères de la « nécessité ».

### *Points de repère :*

Un point de repère sur les temps d'attente se mesure en unités temporelles (semaines, mois), mais il ne faut pas confondre un point de repère et un seuil absolu ou une garantie selon laquelle tous les cas seront traités dans le délai en question. Un point de repère doit plutôt représenter une période au cours de laquelle on traitera la plupart des cas (ou un pourcentage précis d'entre eux). Pour vouloir vraiment dire quelque chose, un point de repère doit alors comporter une valeur temporelle et un pourcentage de cas à traiter dans le délai en cause. En général, plus le pourcentage est élevé, plus le point de repère est utile.

Il importe d'atteindre les points de repère et le pourcentage cible connexe, mais il est crucial de surveiller la « queue » des temps d'attente – soit les cas dont la durée de l'attente dépasse le point de repère – et d'en faire rapport. Même s'il y a quelques cas seulement qui attendent très longtemps, l'attente peut avoir un effet important à la fois sur les patients et sur la confiance du public. Il faut évaluer l'efficacité du système en fonction de deux indicateurs principaux : le pourcentage de cas traités dans le délai recommandé et la façon dont il traite la queue de la file d'attente.

L'assurance de la qualité de base exige deux choses, soit (1) que la probabilité pour tout cas de dépasser un point de repère soit faible et (2) qu'une vérification automatique des cas soit déclenchée lorsqu'il y a dépassement d'une période désignée.

Le Conseil est d'avis que le droit d'établir des points de repère et la responsabilité en la matière appartiennent aux provinces et aux gouvernements élus qui paient les coûts des soins de santé, et non à des groupes de fournisseurs.

*6) Les provinces et les territoires devraient déterminer les points de repère relatifs aux temps d'attente pour tous les niveaux d'urgence et ces points de repère devraient inclure dans les points de repère des cibles relatives aux pourcentages de cas qu'il faudrait terminer dans les délais.*

Rien n'oblige toutes les provinces à choisir nécessairement les mêmes points de repère dès le départ. Il est plus important au début que la cible soit atteignable plutôt que la même dans toutes les administrations. Il faudrait toutefois viser à long terme des points de repère nationaux uniformes fondés sur des données probantes.

### **Surveillance des progrès : des rapports fiables et impartiaux**

La plupart des temps d'attente sont courts, même dans les systèmes où certaines personnes attendent très longtemps. Il s'ensuit que le temps d'attente moyen aura tendance à refléter l'expérience de la partie la plus volumineuse de la courbe de distribution. Les attentes très longues augmenteront un peu la moyenne, mais l'effet en sera modeste là où ces cas sont relativement rares. C'est pourquoi les temps d'attente moyens ne sont pas révélateurs à eux seuls de ce que nous voulons savoir au sujet des attentes parce qu'ils n'indiquent pas ce qui arrive aux gens qui se retrouvent à l'extérieur du groupe important de cas types.

De même, les médianes sont complètement insensibles au reste de la distribution. Si l'on veut que les mesures des files d'attente soient significatives, elles doivent reposer sur des percentiles (le 90<sup>e</sup> ou le 95<sup>e</sup>) conçus spécialement pour être sensibles aux conditions de la queue de la file d'attente.

7) *Les administrations devraient utiliser des percentiles pour produire des rapports sur la distribution des temps d'attente, ce qui devrait remplacer la pratique qui consiste à citer des moyennes ou des médianes.*

#### *Élimination de la partialité des rapports :*

Un bon système de production de rapports sur les temps d'attente devrait nous révéler trois choses :

- la durée de l'attente des cas types par rapport aux paramètres, selon leur niveau d'urgence;
- la durée de la période d'attente de certains cas en particulier (cas qui déclencheraient une vérification);
- l'évolution des temps d'attente et de leurs distributions au fil du temps.

Il n'y a pas une seule mesure qui révèle ces trois aspects. Les moyennes et les médianes nous disent quelque chose au sujet de a) mais non de b), sauf s'il y a très peu de différence entre les périodes d'attente les plus longues et les plus courtes dans une catégorie d'urgence. Les mesures des longues périodes d'attente en fonction de la définition ne disent rien des attentes types. Il est donc essentiel d'inclure de multiples mesures pour broser un tableau complet.

Certaines habitudes de production de rapports peuvent en outre produire un tableau trompeur de la situation réelle. Ces habitudes consistent notamment à :

- indiquer des temps d'attente moyens (les moyennes présentent toujours une estimation relativement favorable des situations des files d'attente);
- indiquer des temps d'attente médians (les temps médians sont complètement insensibles à la queue de la file d'attente, quel que soit le chaos qui y existe);
- indiquer des temps d'attente combinés pour tous les cas, surtout si l'on inclut les cas urgents au niveau d'urgence le plus élevé (des périodes d'attente très courtes dans le cas des urgences font dégringoler la moyenne de façon spectaculaire);
- utiliser un système d'attente pour attribuer une date de réservation et utiliser la date de la réservation comme date de début au lieu de la date de présentation de la demande à l'origine. La plupart des patients ne reçoivent pas une date précise lorsque la demande de réservation d'une intervention est reçue pour la première fois. On les inscrit plutôt sur une liste d'attente, comme le font les lignes aériennes qui pratiquent la surréservation, et on leur affecte ensuite une date après un bref préavis seulement, lorsqu'une place devient disponible;
- réserver de nouveau fréquemment, déplacer la date de l'intervention et utiliser la date de réaffectation de la réservation comme date de début. Revoir les cas qui figurent toujours sur la liste d'attente après une période prolongée (un an, par exemple)

constitue une activité légitime et même une bonne habitude face à de très longues files d'attente. Beaucoup de patients auront alors pris d'autres dispositions et ne seront peut-être plus vivants. Ceux qui attendent encore obtiennent une nouvelle réservation, mais beaucoup de systèmes de réservation ne suivent pas les périodes d'attente de plus d'un an.

Il est possible d'éviter la déviation en adoptant les normes suivantes.

8) *Les administrations devraient en outre s'entendre pour :*

- a) *Omettre, pour les besoins des rapports, les cas les plus urgents (p. ex., cas urgent) et produire plutôt des rapports distincts sur les cas de niveau 2 et de niveau 3.*
- b) *Utiliser la date de la première demande de réservation comme date de début (en plus de la date d'aiguillage, peu importe le nombre de fois où le cas est reporté).*
- c) *Suivre le nombre d'annulations ou de nouvelles réservations et les motifs comme éléments de l'ensemble de données minimal.*

## **Établir un équilibre entre la capacité et la demande**

On a toujours hésité à aborder la question de ce qui constitue une capacité suffisante et cherché plutôt à essayer d'améliorer l'efficacité et à éliminer la demande inutile. Cela peut sembler sensé, mais les classifications des urgences et les points de repère ne peuvent se substituer à la capacité et s'il y a un écart défavorable, même mince, entre la capacité et le besoin, les temps d'attente augmenteront perpétuellement.

Il n'est pas efficace ni nécessaire d'avoir suffisamment de capacité pour toujours répondre à tous les besoins – on vise à répondre aux besoins prévisibles dont la moyenne est établie dans le temps et non à satisfaire à chaque pic imprévisible.

En théorie du moins, le débit sera le plus efficace lorsque tous les cas seront les mêmes et que l'on attribuera la même urgence à tous les patients. On pourra alors définir une capacité suffisante comme la capacité qui permettra de traiter 95 % des cas de priorité égale en deçà des points de repère établis 95 % du temps.

Les hôpitaux où les cas prévus et les cas d'urgence (c.-à-d. non prévus) s'arrachent les mêmes ressources doivent assurer une capacité suffisante pour les deux groupes de patients s'ils veulent protéger les services prévus contre l'imprévisibilité des admissions d'urgence.

9) *Les administrations devraient par principe calculer les besoins en capacité à la fois pour les cas électifs et pour les urgences en fonction de leurs meilleures estimations du besoin prévu.*

### *S'agit-il du besoin réel, ou simplement de la demande?*

Une des tâches les plus difficiles auxquelles font face les gestionnaires de services de santé consiste à estimer avec précision le besoin et la demande véritables. Le fait qu'on utilise souvent les deux termes de façon interchangeable n'améliore pas la situation. À strictement

parler, la demande constitue simplement le niveau observé des demandes dans le cas d'un service en particulier, tandis que le besoin va plus loin et sous-entend une évaluation effectuée par un tiers indépendant pour vérifier que la demande a satisfait à une série de lignes directrices. Un système sans aucun critère se prête aux abus et aux coûts sans fin. Par ailleurs, toute forme d'évaluation par un tiers peut susciter des accusations de partialité et de limitation non raisonnable de l'accès. Les théories relatives à la reptation de l'offre, aux incitatifs financiers pervers et au manque de mesures des résultats indiquent que dans certains cas, le niveau du besoin réel est inférieur à celui de l'utilisation courante. Il y a toutefois aussi des études qui révèlent le contraire et indiquent que des niveaux d'utilisation ont été fixés au-dessous du besoin réel.

La question ne se réglera pas du jour au lendemain et nous ne l'aborderons pas non plus sur cette tribune. Il faudra beaucoup de délibérations et d'analyses prudentes pour dégager tout semblant de consensus au sujet de ce qui constitue le besoin et du temps qu'il faudra pour instaurer les changements nécessaires afin de s'adapter à cette réalité. Le Conseil appuie le maintien des efforts déployés pour mieux définir le besoin réel. Entre-temps, nos tendances historiques de l'utilisation offrent la meilleure estimation de la demande.

Il est crucial d'accepter ce point, puisque la confusion au sujet du besoin réel a nui à une capacité de comprendre la nature de la capacité.

*10) Tant que la pratique réelle n'aura pas validé une autre méthode, il faudrait accepter les tendances historiques de l'utilisation comme la meilleure estimation des besoins courants pour les fins des calculs de capacité.*

En terminant, ces 10 suggestions présentent des solutions possibles vers un moyen significatif de suivre et de gérer les temps d'attente. Le Conseil canadien de la santé est d'avis qu'il est essentiel d'avoir des façons communes de mesurer les temps d'attente et d'en faire rapport si l'on veut réaliser des progrès. Comme aucune de ces suggestions ne raccourcira en soi les temps d'attente, il faut toutefois les considérer comme un début et non comme une fin. Pour que la réforme des temps d'attente produise des retombées durables pour la population canadienne, il faut nous engager à réussir au nom de tous les intervenants et être prêts à nous attaquer aux échecs.

## SOMMAIRE

### 10 étapes suggérées vers un cadre commun de production de rapports sur les temps d'attente

- 1) *Là où il n'y a pas encore de gestion intégrée des temps d'attente, les ministères de la Santé devraient choisir un panier représentatif d'interventions au sujet desquelles il faudrait faire état des temps d'attente de façon à réduire au minimum le risque de prolonger par inadvertance les temps d'attente pour d'autres interventions. L'objectif à long terme devrait être de s'attaquer aux temps d'attente pour toutes les interventions du domaine des soins de santé.*
- 2) *L'inscription sur une liste d'attente doit se faire au moment où l'intervention est réservée officiellement (habituellement par un spécialiste). Il faut consigner à la fois la date originale de l'aiguillage vers le spécialiste et la date de réservation de l'intervention. Il faut définir la période d'attente entre-temps comme le temps écoulé entre l'aiguillage initial et l'achèvement de l'intervention.*
- 3) *Les administrations provinciales et territoriales devraient désigner un groupe de travail chargé de définir un ensemble de données minimal commun pour la production de rapports sur les temps d'attente et de produire un modèle de rapport qui répond aux besoins du contexte canadien.*
- 4) *Il faut attribuer aux cas une priorité fondée sur l'urgence dans un système qui comporte au plus trois niveaux de priorité.*
- 5) *Il faudrait adopter l'expression niveau d'urgence (plutôt que priorité) pour indiquer que la cote désigne seulement l'opportunité requise et ne constitue pas un jugement sur l'importance du besoin.*
- 6) *Les provinces et les territoires devraient déterminer les points de repère relatifs aux temps d'attente pour tous les niveaux d'urgence et ces points de repère devraient inclure dans les points de repère inclure des cibles relatives aux pourcentages de cas qu'il faudrait terminer dans les délais.*
- 7) *Les administrations devraient utiliser des percentiles pour produire des rapports sur la distribution des temps d'attente, ce qui devrait remplacer la pratique qui consiste à citer des moyennes ou des médianes.*
- 8) *Les administrations devraient en outre s'entendre pour :*
  - a) *Omettre, pour les besoins des rapports, les cas les plus urgents (p. ex., cas urgent) et produire plutôt des rapports distincts sur les cas de niveau 2 et de niveau 3.*
  - b) *Utiliser la date de la première demande de réservation comme date de début (en plus de la date d'aiguillage, peu importe le nombre de fois où le cas est reporté).*
  - c) *Suivre le nombre d'annulations ou de nouvelles réservations et les motifs comme éléments de l'ensemble de données minimal.*

- 9) *Les administrations devraient par principe calculer les besoins en capacité à la fois pour les cas électifs et pour les urgences en fonction de leurs meilleures estimations du besoin prévu.*
- 10) *Tant que la pratique réelle n'aura pas validé une autre méthode, il faudrait accepter les tendances historiques de l'utilisation comme la meilleure estimation des besoins courants pour les fins des calculs de capacité.*



Health Council of Canada  Conseil canadien de la santé

P R E N D R E L E P O U L S

[www.conseilcanadiendelasante.ca](http://www.conseilcanadiendelasante.ca)