

Chapitre 3

Section 3.09

Hôpitaux – Gestion et utilisation des installations chirurgicales

Contexte

La plupart des hôpitaux publics de la province sont gérés par un conseil d'administration et constitués en vertu de la *Loi sur les personnes morales*. La *Loi sur les hôpitaux publics* et ses règlements d'application fournissent le cadre de fonctionnement des hôpitaux, et établissent les responsabilités des conseils d'administration des hôpitaux et de leurs comités médicaux en ce qui a trait à la qualité des soins aux patients offerts par les hôpitaux. Les conseils d'administration sont responsables du fonctionnement des hôpitaux. Parallèlement, il revient à chaque hôpital de fixer ses propres priorités pour ce qui est de répondre aux besoins des patients dans la collectivité servie. En vertu de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée*, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a notamment pour tâches et fonctions de régir les soins, les traitements, les services et les installations fournis par les hôpitaux. Le ministre est également responsable de l'administration et de l'application de la *Loi sur les hôpitaux publics* et de ses règlements d'application.

La *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* prévoit un système de soins de santé intégré visant à améliorer la santé des Ontariens

grâce à un meilleur accès aux services de santé, à une meilleure coordination des soins de santé à la fois à l'échelle locale et à celle de la province, et à une gestion efficace et efficiente du système de soins de santé au niveau local grâce à 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Depuis le 1^{er} avril 2007, c'est aux RLISS qu'incombent les responsabilités en matière de priorisation, de planification et de financement de certains services de soins de santé, ce qui comprend le financement des hôpitaux; depuis, les hôpitaux ne relèvent plus directement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère), mais plutôt de leur RLISS respectif.

Le Ministère fournit environ 85 % du financement total des hôpitaux, et une certaine partie des fonds ne peut être utilisée qu'à des fins déterminées. Au nombre des autres sources de financement, on compte, par exemple, les frais d'hébergement en chambre semi-privée ou privée et les dons. En 2006-2007, les coûts d'exploitation des corporations hospitalières (dont le nombre s'élève à plus de 150) ont totalisé environ 19 milliards de dollars.

Les hôpitaux exécutent divers types de chirurgie, et certains, comme les hôpitaux d'enseignement, se spécialisent dans des types particuliers de chirurgie. Des procédures chirurgicales efficaces

et efficaces s'avèrent nécessaires pour, à la fois, maintenir des soins sécuritaires et de haute qualité aux patients et optimiser l'utilisation des ressources humaines et financières.

Selon le Ministère, quelque 844 000 interventions chirurgicales ont été exécutées dans des hôpitaux ontariens durant l'exercice 2006-2007 (voir la Figure 1 pour une ventilation selon le type de chirurgie); 35 % ont requis l'hospitalisation des patients, et 65 % ont été effectuées en consultation externe. Parallèlement, plus de 135 000 autres interventions aux fins de diagnostic, telles que des biopsies et des examens par imagerie médicale, ont également été réalisées dans les salles d'opération des hôpitaux en 2006-2007. Les hôpitaux ne sont pas tenus de déclarer au Ministère le nombre de salles d'opération dont ils disposent; par conséquent, on ne dispose pas de renseignements sur le nombre de salles d'opération à l'échelle de la province. Selon le Ministère, les dépenses liées aux salles d'opération, ce qui comprend le salaire du personnel infirmier et les fournitures médicales, ont totalisé environ 1,2 milliard de dollars en 2006-2007. Sont exclus de ce montant la plupart des services de médecin, tels les services de chirurgie, qui sont offerts aux patients hospitalisés et payés aux médecins par le Ministère dans le cadre du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (l'Assurance-santé).

Comme le montre la Figure 2, il ressort de diverses études que la demande pour certaines chirurgies a continué d'augmenter, ce qui est principalement attribuable à la croissance et au vieillissement de la population, aux innovations technologiques et à une augmentation du nombre de problèmes de santé des patients pouvant être traités par la chirurgie.

Nous avons effectué des travaux dans trois hôpitaux, qui ont exécuté quelque 44 000 interventions chirurgicales dans leurs 42 salles d'opération en 2006-2007. Durant cette période, les dépenses associées aux salles d'opération dans ces hôpitaux se sont élevées à environ 65 millions de dollars.

Figure 1 : Types de procédures chirurgicales effectuées dans les hôpitaux ontariens, 2006-2007

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

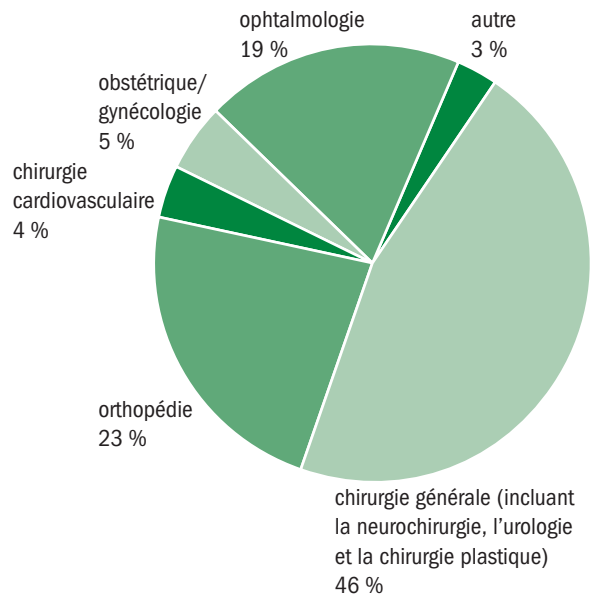
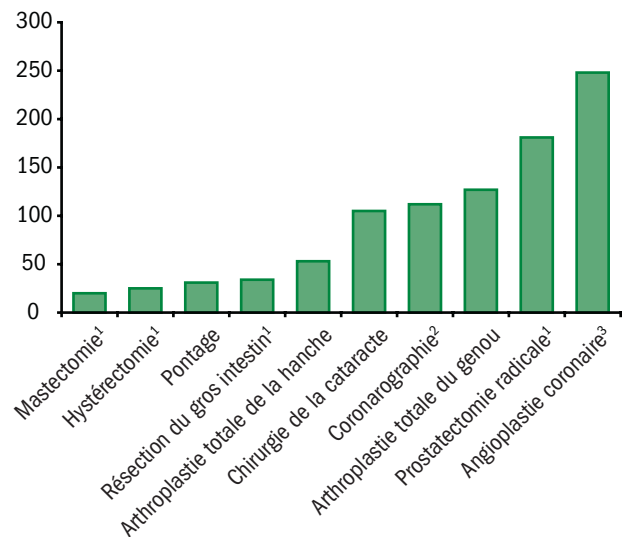


Figure 2 : Augmentation (%) du nombre annuel de certaines procédures chirurgicales en Ontario, 1994-1995-2004-2005

Source des données : Institut de recherche en services de santé



1. Chirurgies du cancer
2. Coronarographie : Examen radiologique (au moyen d'un fluide opaque aux rayons X injecté à l'aide d'un cathéter) des vaisseaux sanguins ou des cavités cardiaques pour déterminer la gravité d'une maladie cardiaque et la mesure dans laquelle les artères coronaires sont comprimées ou obstruées.
3. Angioplastie : Insertion d'une sonde à ballonnet dans une artère comprimée ou obstruée afin de débloquer celle-ci et de rétablir la circulation sanguine, après quoi un petit treillis métallique cylindrique, appelé endoprothèse coronaire, est habituellement inséré et laissé dans l'artère.

Objectif et portée de la vérification

L'objectif de notre vérification était d'évaluer si les hôpitaux sélectionnés avaient mis en place des politiques et des procédures adéquates pour veiller à la gestion et à l'utilisation efficaces des installations chirurgicales en vue de répondre aux besoins des patients.

Trois hôpitaux de différentes tailles offrant des services à une variété de collectivités ont fait l'objet de notre vérification : le Toronto East General Hospital, le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton (qui compte des sites chirurgicaux à Hamilton et à Stoney Creek) et l'Hôpital régional de Sudbury (qui compte des sites chirurgicaux au Centre de santé de St-Joseph et à l'Hôpital Memorial, à Sudbury). Au cours de notre vérification, nous avons examiné les dossiers pertinents et les politiques et procédures administratives, interrogé le personnel concerné des hôpitaux et du Ministère, et analysé les résultats de recherche pertinents, dont ceux sur les pratiques exemplaires de gestion de services chirurgicaux dans d'autres territoires. Nous avons également examiné des rapports sur les procédures chirurgicales préparés par des experts-conseils engagés par les hôpitaux que nous avons visités, et avons obtenu et examiné des renseignements sur certaines procédures chirurgicales provenant de la Stratégie de réduction des temps d'attente du Ministère et du Réseau ontarien de soins cardiaques. En outre, nous avons discuté de la gestion des services chirurgicaux avec des représentants du Comité d'experts en matière d'analyse et d'amélioration des procédures chirurgicales du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère). Nous avons aussi eu recours aux services d'experts-conseils indépendants ayant une connaissance approfondie de la gestion d'installations chirurgicales, à titre consultatif.

Nous n'avons pas compté sur le Service de vérification interne du Ministère pour réduire la portée de notre vérification, car il n'avait pas effectué de vérifications récentes des services chirurgicaux dispensés dans les hôpitaux. Aucun des hôpitaux que nous avons visités n'avait une fonction de vérification interne.

Résumé

Tous les hôpitaux que nous avons visités géraient l'utilisation de leurs installations chirurgicales correctement dans certains domaines. Nous avons également constaté que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) avait introduit plusieurs initiatives stimulantes ayant trait à sa Stratégie de réduction des temps d'attente, en vue d'aider les hôpitaux à améliorer leurs procédures chirurgicales. Toutefois, le Ministère ne disposait pas d'information sur la capacité globale des installations chirurgicales des hôpitaux, le nombre total de patients en attente d'une intervention chirurgicale requise ou le type de chirurgie pour lequel les patients attendaient. En outre, les hôpitaux que nous avons visités devaient utiliser plus efficacement leurs installations chirurgicales afin de réduire les délais d'attente pour les patients.

Nous avons notamment constaté ce qui suit au sujet de la gestion et de l'utilisation des installations chirurgicales :

- Tous les hôpitaux que nous avons visités avaient mis en place des procédures en vue d'établir l'ordre de priorité des chirurgies urgentes et de sélectionner à l'avance les patients devant subir une chirurgie non urgente. En outre, le Ministère a établi divers groupes d'experts et diverses équipes chargées de l'encadrement pour travailler avec les hôpitaux à l'amélioration de la gestion de leurs installations et ressources chirurgicales.

Le Ministère a également amorcé divers projets pilotes, dont ceux visant à centraliser l'aiguillage et l'évaluation des patients. Une telle centralisation a pour but de permettre aux patients de choisir le chirurgien dont la liste d'attente est la plus courte et de déterminer si la chirurgie constitue la mesure la plus appropriée.

- Le Ministère ne disposait pas d'information sur le nombre de salles d'opération dans les hôpitaux ontariens ni sur les heures d'utilisation de ces salles. Sans ces renseignements, il est difficile pour le Ministère ou les réseaux locaux d'intégration des services de santé de déterminer si les salles d'opération ont une capacité suffisante pour répondre aux besoins des Ontariens en matière de chirurgie. Dans les hôpitaux que nous avons visités, les salles d'opération n'étaient généralement pas utilisées pour les chirurgies non urgentes les fins de semaines et les jours fériés. En outre, environ 12 % des salles d'opération en moyenne n'ont pas été utilisées la plupart des jours de semaine en 2006 et, durant approximativement 9 semaines durant l'été de 2006, environ 60 % seulement des salles d'opération dans ces hôpitaux ont été utilisées pendant les jours de semaine, en raison principalement de fermetures planifiées en raison des congés annuels.
- Le nombre d'heures durant lesquelles chaque chirurgien pouvait utiliser les salles d'opération dans les hôpitaux que nous avons visités était principalement fondé sur le temps d'utilisation qui lui avait été accordé au cours des années précédentes, plutôt que sur d'autres facteurs tels que les besoins des patients et les priorités de l'hôpital.
- Deux des hôpitaux conservaient de l'information indiquant si leurs patients constituant des cas très urgents subissaient leur intervention chirurgicale dans les délais établis par l'hôpital.

Ces renseignements ont montré que les délais étaient respectés pour la plupart des cas très urgents, mais qu'ils ne l'étaient pas pour environ 13 % des cas qui étaient urgents sans être très urgents (par exemple, les cas d'appendicite aiguë).

- Le Comité d'experts en matière d'analyse et d'amélioration des procédures chirurgicales du Ministère a fait remarquer que tous les patients présentant des états cliniques comparables et devant subir des interventions chirurgicales similaires devraient être sélectionnés de façon semblable, peu importe le chirurgien ou l'anesthésiste concerné. Cependant, même si les lignes directrices cliniques indiquent que les patients médicalement stables devant subir une chirurgie à faible risque ne nécessitent pas d'électrocardiogrammes (ECG) ou de radiographies pulmonaires avant l'intervention, des recherches montrent que le taux d'ECG et de radiographies pulmonaires effectués dans les hôpitaux ontariens avant les interventions varient grandement pour les patients devant subir une chirurgie à faible risque.
- Aux termes de l'entente de financement pour la réduction des temps d'attente conclue entre les hôpitaux et le Ministère pour l'exercice 2006-2007, les hôpitaux doivent veiller à ce qu'aucun patient n'attende plus de dix mois pour une chirurgie sans qu'il y ait une réévaluation par le chirurgien. Toutefois, aucun des hôpitaux que nous avons visités n'avait effectué de suivi auprès des chirurgiens concernés pour s'assurer que les patients ayant attendu plus de dix mois avaient été réévalués. Par exemple, à l'un des hôpitaux, 67 % des patients devant subir une arthroplastie de la hanche de faible priorité avaient attendu plus longtemps que le délai fixé, et certains patients attendaient toujours après trois ans. Par ailleurs, le temps d'attente compris entre

la date d'aiguillage du patient par le médecin de famille et la date du rendez-vous avec le chirurgien ne fait pas l'objet d'un suivi et, par conséquent, n'est pas inclus dans le délai d'attente de dix mois.

- Nous avons constaté que les délais dans lesquels les chirurgies étaient effectuées variaient grandement dans certains cas, et ce, en fonction de l'hôpital qui exécutait l'intervention ou du Réseau local d'intégration des services de santé duquel relevait l'hôpital. Par exemple, certains hôpitaux avaient été en mesure d'effectuer des chirurgies du cancer de niveau de priorité 3 dans un délai plus court que celui qu'il avait fallu à d'autres hôpitaux pour réaliser des chirurgies du cancer plus urgentes de niveau de priorité 2.
- Au moment de notre vérification, le Ministère ne prévoyait pas rendre publics les temps d'attente en fonction des chirurgiens, bien que l'Alberta et la Colombie-Britannique aient introduit des initiatives visant à déclarer les temps d'attente en fonction des chirurgiens pour certaines chirurgies, telles que les arthroplasties et les chirurgies oculaires. Même s'il est possible que les initiatives du Ministère visant à centraliser l'aiguillage et l'évaluation des patients pour certains types de chirurgie atténuent à la longue le besoin d'information sur les temps d'attente selon le chirurgien, pour l'heure, des renseignements de ce genre pourraient aider les médecins traitants ainsi que les patients à déterminer quel chirurgien est en mesure d'effectuer l'intervention dans les meilleurs délais.
- Les chirurgiens à qui nous avons parlé ont mentionné que le suivi provincial des temps d'attente des patients constitue un pas en avant important pour le système de santé. Toutefois, les hôpitaux que nous avons visités n'utilisaient pas l'information provenant du Système d'information sur les temps d'attente

pour mieux surveiller et gérer les listes d'attente, ce qui était en partie attribuable au fait que la fonction de production de rapports normalisés du Système était toujours en cours d'élaboration.

- Au moment de notre vérification, dans deux des hôpitaux que nous avons visités, environ 13 % des lits destinés aux patients hospitalisés étaient occupés par des personnes dont l'état ne nécessitait plus de soins hospitaliers et qui attendaient d'avoir accès à un autre type d'hébergement, tel qu'un foyer de soins de longue durée. Les deux hôpitaux ont indiqué que l'utilisation de lits à cette fin faisait en sorte de réduire le nombre de lits disponibles pour les patients qui viennent d'être opérés et que, par conséquent, les chirurgies prévues étaient parfois retardées ou annulées.
- Le Ministère s'attachait à réaliser un projet pilote visant à utiliser des équipes de soins d'anesthésie pour certaines interventions chirurgicales à faible risque. Ces équipes peuvent aider à garantir l'offre de services d'anesthésie, dans la mesure où un anesthésiste peut superviser plus d'une intervention chirurgicale, ce qui peut du même coup permettre d'éviter que des chirurgies soient retardées ou annulées. Toutefois, si le Ministère en vient à décider que le projet pilote mérite d'être élargi, il devra évaluer s'il est nécessaire de revoir le modèle actuel de financement afin d'encourager l'adoption du système de travail en équipe.
- Tous les hôpitaux que nous avons visités recouraient à une méthode de stérilisation accélérée, appelée « stérilisation rapide », lorsqu'il n'y avait pas assez de temps pour procéder à la stérilisation et au nettoyage ordinaires des instruments avant la chirurgie suivante. Selon le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses ainsi que le guide américain de prévention des

infections dans les sites chirurgicaux, la stérilisation rapide ne doit être utilisée qu'en cas d'urgence, par exemple lorsqu'on échappe un instrument sur le sol, et un manque d'instruments ne constitue pas un motif acceptable d'utilisation de cette méthode. Pourtant, à l'un des hôpitaux que nous avons visités et qui consignait les raisons justifiant l'utilisation de la stérilisation rapide, la raison donnée dans presque 73 % des cas d'utilisation était le manque d'instruments chirurgicaux disponibles.

Nous sommes conscients que les hôpitaux ainsi que le Ministère et les réseaux locaux d'intégration des services de santé auront à surmonter des difficultés pour donner suite aux observations et aux recommandations figurant dans notre rapport, particulièrement celles qui nécessiteront la coopération de tous les intervenants. Nous sommes également conscients des rapports de responsabilisation complexes relatifs au secteur hospitalier, étant donné que les médecins rémunérés à l'acte travaillant dans des hôpitaux ne sont pas payés par ceux-ci. Les médecins sont payés par l'intermédiaire de l'Assurance-santé de l'Ontario pour les chirurgies effectuées, tandis que les hôpitaux paient les autres coûts. Ces mécanismes de financement distincts font en sorte qu'il est plus difficile d'apporter des changements systémiques au mode de prestation des services chirurgicaux. L'apport d'améliorations réelles nécessitera un travail d'équipe coordonné de la part des intervenants. En outre, le Ministère et les réseaux locaux d'intégration des services de santé devront disposer de meilleurs renseignements sur la capacité chirurgicale et les besoins des patients afin d'aider à remédier aux problèmes indiqués dans le présent rapport.

Nous tenons également à souligner la coopération dont ont fait preuve les hôpitaux que nous avons visités et à remercier la direction et le personnel des hôpitaux, ainsi que les chirurgiens et les anesthésistes pour

leurs commentaires et leur ouverture à toutes les étapes du processus de vérification.

Nous avons fait parvenir le présent rapport aux hôpitaux que nous avons visités dans le cadre de la vérification ainsi qu'au ministère de la Santé et des Soins de longue durée, et les avons invités à y répondre. Nous avons reçu des réponses de chacun des trois hôpitaux et du Ministère. Dans un souci de concision et pour éviter les répétitions, nous avons résumé ci-après la réponse globale des hôpitaux, suivie de la réponse globale du Ministère. Lorsqu'il y a lieu, les réponses des hôpitaux et du Ministère à des recommandations particulières ont été résumées à la suite des recommandations.

RÉSUMÉ DE LA RÉPONSE GLOBALE DES HÔPITAUX

Dans l'ensemble, les hôpitaux étaient généralement d'accord avec nos recommandations, mais ont indiqué que, dans certains cas, les ressources financières et humaines limitées pourraient avoir une incidence sur leur mise en œuvre.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée est encouragé par l'examen qu'a fait le vérificateur général de la gestion et de l'utilisation des installations chirurgicales par les hôpitaux, et est heureux qu'il ait été fait mention de nombreux projets efficaces en cours en Ontario visant à améliorer l'utilisation des salles d'opération. Plus particulièrement, le Ministère trouve encourageants les commentaires du vérificateur général concernant son Comité d'experts en matière d'analyse et d'amélioration des procédures chirurgicales, et il est notamment d'accord avec les recommandations 2, 3, 4, 5 et 8, selon lesquelles les hôpitaux devraient entreprendre la mise en œuvre des recommandations du Comité d'experts. Le présent rapport est important pour le Ministère, car il fournit

une orientation et de l'information visant l'amélioration soutenue des programmes, et les recommandations particulières seront prises en compte aux fins de l'élaboration future des programmes.

Alors que le Ministère s'acquitte avec sérieux de sa responsabilité à l'égard du système de santé dans son ensemble et de la prestation des soins de santé aux Ontariens, il est conscient que cela nécessite de travailler étroitement avec ses partenaires – les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), les hôpitaux, les professionnels de la santé, leurs ordres et leurs associations, ainsi que le public. Le système de soins de santé actuel englobe de multiples entités, chacune ayant un rôle et des responsabilités qui lui sont propres. La loi ontarienne établit de façon précise les responsabilités de chacune des entités.

Constatations détaillées de la vérification

INITIATIVES DU MINISTÈRE

Le Ministère a indiqué qu'il exerce ses pouvoirs et fonctions en vertu de la *Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée*, par l'entremise de l'administration et de l'application de la loi, en particulier de la *Loi sur les hôpitaux publics* et du Règlement 965 (règlement sur la gestion des hôpitaux). En outre, bien que depuis le 1^{er} avril 2007, les hôpitaux relèvent directement de leur Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) plutôt que du Ministère, celui-ci est toujours responsable de l'élaboration des politiques relatives au fonctionnement des hôpitaux. À cet égard, nous avons constaté que le Ministère avait entrepris récemment un certain nombre d'initiatives visant à favoriser l'adoption de pratiques périopératoires exemplaires.

Les processus périopératoires comprennent la prise de rendez-vous avec les patients pour la chirurgie, la préparation des patients à la chirurgie (par exemple, des examens préalables à l'intervention et l'éducation des patients), la préparation des patients relativement à leur congé de l'hôpital, l'intervention elle-même et les soins en salle de réveil. Des processus périopératoires efficaces et efficaces aident les hôpitaux à s'assurer que les patients reçoivent les soins requis en temps opportun. Pour aider à faire en sorte qu'il y ait des processus périopératoires efficaces dans les hôpitaux ontariens, le Ministère a introduit un certain nombre d'initiatives, dont beaucoup constituent des éléments clés de sa Stratégie de réduction des temps d'attente (la Stratégie). Annoncée en novembre 2004, la Stratégie vise à réduire le temps que doivent attendre les Ontariens avant de subir des types particuliers de chirurgie (chirurgie du cancer, certaines chirurgies cardiaques, chirurgie de la cataracte et arthroplastie totale de la hanche et du genou) et des examens par imagerie par résonance magnétique (IRM) et par tomodensitométrie (TDM). (Se reporter à la section du présent rapport portant sur les temps d'attente pour de plus amples détails.) Au nombre des initiatives, on compte ce qui suit :

- Un Comité d'experts en matière d'analyse et d'amélioration des procédures chirurgicales (le Comité d'experts), composé de représentants du secteur hospitalier, d'universitaires, d'experts-conseils en soins de santé et de représentants ministériels, a été établi en octobre 2004. En juin 2005, le Comité d'experts a présenté un rapport sur son examen des processus périopératoires afin de déterminer les pratiques exemplaires permettant d'accroître la capacité à partir des ressources hospitalières disponibles, et il a formulé un certain nombre de recommandations visant à favoriser l'adoption de pratiques chirurgicales efficaces au sein du système de soins de santé de l'Ontario.

- D'autres comités d'experts ont été établis. Par exemple, le Comité d'experts en matière de chirurgie générale avait pour mandat d'examiner les chirurgies autres que celles du cancer effectuées par des chirurgiens généralistes, de recommander des domaines d'intérêts particuliers et d'élaborer une échelle d'établissement des priorités s'accompagnant d'objectifs en matière d'accès à la chirurgie générale, tandis que le Comité d'experts sur la qualité s'est penché sur les indicateurs de qualité des soins et de sécurité des patients relativement à la chirurgie. Nous avons été informés que le Ministère prévoyait recevoir un rapport du Comité d'experts en matière de chirurgie générale à l'automne 2007 et que le Comité d'experts sur la qualité offrirait une rétroaction informelle au lieu de présenter un rapport.
- Des équipes expertes d'encadrement pour l'amélioration des soins périopératoires ont été chargées de collaborer avec les hôpitaux pour cibler des domaines et élaborer des stratégies visant l'amélioration des processus de gestion des services chirurgicaux. Au moment de notre vérification, ces équipes s'étaient rendues dans environ 35 hôpitaux, y compris l'un de ceux que nous avons visités.
- Le Système d'information sur les temps d'attente (le Système) a été introduit en mars 2006 (pour remplacer un système provisoire mis en place en juillet 2005) afin de faire un suivi des temps d'attente pour les chirurgies et donc de faciliter la gestion des temps d'attente. Les quelque 80 hôpitaux recevant un financement aux termes de la Stratégie utilisaient tous le Système en juin 2007.
- Le Programme d'objectifs en matière d'efficacité des soins chirurgicaux (le Programme), qui vise à mesurer les procédures chirurgicales dans les hôpitaux et à cibler les points à améliorer, produit un ensemble de quatre indicateurs de rendement (dont l'heure à

laquelle débutent les chirurgies et l'exactitude des estimations de la durée des interventions) qui sont comparables d'un hôpital à l'autre. Le Ministère a indiqué que le Comité d'experts en matière d'analyse et d'amélioration des procédures chirurgicales examinait d'autres indicateurs clés de rendement qui pourraient être ajoutés au Programme à l'avenir. On s'attend à obtenir des résultats pour chacun des hôpitaux participants, qui seront résumés pour chaque Réseau local d'intégration des services de santé et pour l'ensemble de la province. En juin 2007, près de 60 hôpitaux avaient mis en œuvre le Programme, et l'on s'attendait à ce qu'il soit exécuté dans les autres hôpitaux participants à la fin de l'été 2007.

Le Ministère a également introduit un certain nombre de projets dans divers domaines cliniques, dans le cadre de sa Stratégie, qui sont destinés à accroître la capacité en matière de chirurgie, à améliorer l'efficacité des soins chirurgicaux et à réduire les temps d'attente des patients. Ces projets s'appuient sur des approches axées sur la collaboration et des partenariats entre les fournisseurs de soins de santé, tels que les hôpitaux et les chirurgiens. Au nombre des exemples de projets, on compte un système d'aiguillage centralisé et un système d'évaluation des patients centralisé visant à déterminer si la chirurgie est la mesure la plus appropriée. À titre d'exemple particulier, mentionnons un centre régional de médecine et de chirurgie oculaires qui offre aux patients la possibilité de choisir le chirurgien pour lequel la liste d'attente est la plus courte ou de rencontrer le chirurgien vers lequel le médecin de famille les a aiguillés. Un autre projet est le Programme conjoint de gestion de la santé et des maladies, dans le cadre duquel une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins des patients en matière d'arthroplasties afin que les chirurgiens disposent de plus de temps pour effectuer un plus grand nombre de chirurgies. Nous avons

constaté que, selon l'évaluation qu'a réalisée en 2007 l'Alberta Bone and Joint Health Institute de son projet en matière d'arthroplastie totale de la hanche et du genou, qui englobe notamment ces initiatives, le temps d'attente pour voir un chirurgien était passé de 145 jours ouvrables en moyenne à 21 jours, et que le délai entre la date de la consultation avec un chirurgien et la date de la chirurgie était passé de 290 jours ouvrables en moyenne à 37 jours.

Nous croyons que si les approches en matière de soins aux patients mises à l'essai dans bon nombre de ces projets se révèlent efficaces, elles pourront être utilisées à plus grande échelle afin d'améliorer l'accès aux services de soins de santé partout en Ontario. Pour tirer pleinement parti de ces initiatives, le Ministère doit veiller à ce que les projets de soins de santé introduits dans le cadre de la Stratégie de réduction des temps d'attente soient évalués une fois leur mise en œuvre achevée et, si la situation le justifie, doit favoriser leur adoption à l'échelle de la province.

ACCÈS AUX SERVICES DE CHIRURGIE

Renseignements sur la disponibilité et l'utilisation des salles d'opération

Les trois hôpitaux que nous avons visités comptaient en tout 42 salles d'opération, ainsi qu'un certain nombre de salles pour les interventions mineures. Les hôpitaux déterminent l'horaire d'utilisation de leurs salles d'opération en tenant compte de divers facteurs, tels que le personnel (dont le personnel infirmier, les anesthésistes et les chirurgiens) et les fonds disponibles. Dans les hôpitaux que nous avons visités, on utilisait généralement les salles d'opération aux fins de chirurgies non urgentes pour des périodes allant de 7,5 heures à 9 heures par jour, du lundi au vendredi, les jours fériés étant exclus. Il n'y avait pas de chirurgies non urgentes prévues à l'horaire de façon régulière les fins de semaine. Les chirurgies très urgentes et urgentes

étaient effectuées au besoin, à toute heure du jour tout au long de la semaine, et elles pouvaient occasionner le report de chirurgies non urgentes.

Durant les mois d'été, la période des Fêtes de décembre et le congé scolaire de mars, il y avait moins d'heures d'utilisation des salles d'opération consacrées aux chirurgies non urgentes, en raison principalement de réductions prévues des services afin de tenir compte des calendriers de congé. Par exemple, durant environ 9 semaines de l'été 2006, environ 60 % seulement des salles d'opération ont été utilisées pendant les jours de semaine dans les hôpitaux que nous avons visités, principalement à cause des congés annuels. En outre, durant d'autres périodes de l'année, les 42 salles d'opération n'étaient pas toutes utilisées tous les jours; en moyenne, 5 des 42 salles d'opération n'étaient pas utilisées la plupart des jours de semaine. Selon le personnel hospitalier, le fait que l'on n'utilisait pas toutes les salles d'opération découlait en général d'un manque de fonds pour doter les salles en personnel ou encore de la disponibilité insuffisante du personnel, dont les anesthésistes. Toutefois, en 2007, un de ces hôpitaux a commencé à utiliser des salles d'opération qui ne l'étaient pas précédemment, grâce principalement au financement provenant de la Stratégie du Ministère. Nous avons cependant été informés qu'un autre hôpital que nous avons visité, même s'il disposait de fonds provenant de la Stratégie, n'avait pas été en mesure d'accroître suffisamment le nombre d'heures d'utilisation de ses salles d'opération pour réaliser le nombre cible de chirurgies, en raison d'une pénurie de personnel et d'un manque de lits, et qu'il avait dû rendre les fonds au Ministère.

Au moment de notre vérification, le Ministère ne disposait pas d'information sur le nombre de salles d'opération dans les hôpitaux en Ontario et sur leur utilisation. En février 2005, le Comité d'experts a effectué une enquête pour déterminer le nombre de salles d'opération dans les hôpitaux de l'Ontario et l'emplacement de celles-ci, car ces renseignements

n'étaient pas conservés par le Ministère. Les résultats de l'enquête n'ont toutefois pas été concluants, en partie parce que certains hôpitaux ont compté uniquement les salles d'opération, alors que d'autres ont également inclus les salles utilisées pour effectuer des interventions à faible risque ne nécessitant pas d'anesthésie générale. En outre, certains hôpitaux n'ont pas répondu à l'enquête. En l'absence de données précises sur le nombre de salles d'opération à l'échelle de la province et sur les heures d'utilisation de ces salles, il est difficile pour le Ministère ou les réseaux locaux d'intégration des services de santé de déterminer si la capacité des salles d'opération est suffisante pour répondre aux besoins des Ontariens en matière de chirurgie.

RECOMMANDATION 1

Afin de mieux garantir l'utilisation efficace des salles d'opération en vue de répondre aux besoins des patients, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux, devrait obtenir et examiner l'information sur le nombre de salles d'opération à l'échelle de l'Ontario et sur l'ampleur de leur utilisation.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES DES HÔPITAUX

Tous les hôpitaux étaient d'accord avec cette recommandation. Un des hôpitaux a indiqué que, pour procéder à une évaluation annuelle de la capacité des salles d'opération (comparable à l'analyse de la capacité en matière de soins critiques qui a été effectuée après la crise du SRAS), il faudra élaborer des définitions normalisées de la capacité. Cet hôpital a aussi insisté sur le fait qu'il importait de faire la distinction entre la capacité physique et la capacité opératoire, cette dernière pouvant être restreinte en raison de ressources financières et humaines limitées.

Un autre hôpital a mentionné qu'il disposait de deux salles d'opération entièrement équipées qui demeuraient inutilisées en raison d'un financement d'exploitation insuffisant.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Au moment de notre vérification, nous ne disposons pas de ces renseignements. Toutefois, l'information sera recueillie par l'entremise du Programme d'objectifs en matière d'efficacité des soins chirurgicaux, et les réseaux locaux d'intégration des services de santé s'en serviront à l'appui de la planification et de la gestion de leurs services.

Répartition du temps d'utilisation des salles d'opération entre les chirurgiens

Afin de veiller à ce que les patients reçoivent des soins chirurgicaux en temps opportun et à ce que les listes d'attente soient gérées activement, les hôpitaux doivent répartir efficacement le temps d'utilisation des salles d'opération entre les départements de chirurgie et les chirurgiens, de manière à répondre le mieux possible aux besoins des patients.

Dans les hôpitaux que nous avons visités, nous avons été informés que la répartition du temps d'utilisation des salles d'opération entre chaque département de chirurgie – comme l'orthopédie et l'urologie – était effectuée soit par le chef du service de chirurgie, en collaboration avec le directeur médical et le directeur du service de chirurgie, soit par un comité des salles d'opération composé du chef du service de chirurgie et de représentants des services d'anesthésie, de l'administration hospitalière et d'autres départements cliniques et de chirurgie. Le chef de chaque département de chirurgie répartit le temps d'utilisation des salles d'opération entre tous les chirurgiens relevant du département. On appelle communément « temps d'utilisation du bloc opératoire » les heures

d'utilisation attribuées à chaque chirurgien. Dans les hôpitaux que nous avons visités, un nouveau chirurgien héritait généralement du temps d'utilisation d'un chirurgien quittant l'hôpital. Si aucun chirurgien ne quittait l'hôpital, le département de chirurgie attribuait généralement du temps d'utilisation des salles d'opération au nouveau chirurgien en fonction du temps d'utilisation accordé au domaine de spécialité, ce qui entraînait une réduction des heures d'utilisation des salles d'opération pour les autres chirurgiens.

Le personnel des trois hôpitaux que nous avons visités a indiqué que la répartition du temps d'utilisation des salles d'opération entre les départements de chirurgie – et ensuite entre les chirurgiens concernés – était fondée principalement sur le nombre d'heures qui leur avait été attribué dans le passé. Le Comité d'experts a mentionné dans son rapport de 2005 que cette méthode de répartition du temps d'utilisation des salles d'opération ne tenait pas compte de divers facteurs, tels que l'urgence de l'état d'un patient par rapport à l'état de patients d'autres départements de chirurgie. Par conséquent, il n'y a pas toujours de corrélation entre les besoins des patients et la répartition du temps d'utilisation des salles d'opération entre les chirurgiens. Le Comité d'experts a donc recommandé que les hôpitaux répartissent le temps d'utilisation en fonction des besoins des patients, des priorités stratégiques de l'organisme, de l'importance qu'il y a à maintenir les médecins en poste en veillant à ce qu'ils disposent de suffisamment de temps d'utilisation des salles d'opération, ainsi que des priorités communes déterminées par les réseaux locaux d'intégration des services de santé.

RECOMMANDATION 2

Afin de mieux garantir que les ressources chirurgicales sont utilisées le plus efficacement possible et qu'on répond aux besoins des patients le plus rapidement possible, les hôpitaux devraient adopter les recommandations du Comité d'experts

en matière d'analyse et d'amélioration des procédures chirurgicales du ministère de la Santé et des Soins de longue durée concernant la répartition du temps d'utilisation des salles d'opération entre les chirurgiens, qui accordent plus d'importance aux besoins des patients qu'aux heures d'utilisation attribuées à chaque chirurgien dans le passé.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES DES HÔPITAUX

De façon générale, les hôpitaux sont d'accord en principe avec la recommandation. Cependant, deux hôpitaux ont indiqué que sa mise en œuvre présenterait des difficultés, car il importe d'attribuer des heures d'utilisation suffisantes et prévisibles à chacun des chirurgiens pour s'assurer qu'ils resteront en poste ainsi que pour leur permettre de coordonner leurs autres activités professionnelles (par exemple, les services sur appel, la recherche et l'enseignement), entre autres raisons. Un de ces hôpitaux a mentionné qu'afin d'assurer la prévisibilité, une période de 24 mois entre les examens constituerait un délai raisonnable. L'autre hôpital a indiqué que le financement actuel ne permet pas de répartir le temps d'utilisation des salles d'opération uniquement en fonction des besoins des patients, car les coûts des chirurgies ne sont pas équivalents d'une chirurgie à l'autre. Par conséquent, la modification de l'attribution des heures d'utilisation des salles d'opération est aussi limitée par les ressources financières disponibles.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère est d'accord avec cette recommandation et, en collaboration avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé, il continuera à encourager les hôpitaux à mettre en œuvre les recommandations figurant dans le rapport du Comité d'experts.

Établissement du calendrier des chirurgies

Chirurgies non urgentes

Lorsqu'un chirurgien et un patient décident de recourir à la chirurgie, le chirurgien détermine la date de l'intervention en fonction de divers facteurs, notamment le besoin clinique du patient, le choix personnel du patient et le temps dont dispose le chirurgien.

L'estimation précise du temps qu'il faut pour mener à terme chaque cas de chirurgie est un aspect important de l'efficacité des services chirurgicaux. Par exemple, si on prévoit un trop grand nombre de chirurgies pour une période donnée, soit le personnel devra faire des heures supplémentaires (ce qui peut entraîner des coûts additionnels pour l'hôpital ainsi que l'épuisement professionnel du personnel), soit il faudra annuler des chirurgies. En revanche, si le temps estimé est excessif, des salles d'opération pourront rester inutilisées et des patients devront peut-être attendre plus longtemps que nécessaire pour subir leur chirurgie.

Dans son rapport de 2005, le Comité d'experts a répertorié un certain nombre de facteurs caractérisant un processus efficace d'établissement du calendrier, dont l'un consistait à fixer la date des chirurgies en fonction du temps réel moyen que prend chaque chirurgien pour mener à terme une intervention, ce qui comprend le temps réel moyen pris pour préparer et nettoyer la salle d'opération. Dans les hôpitaux que nous avons visités, les bureaux des chirurgiens informaient généralement l'hôpital de la date et de l'heure auxquelles aura lieu chacune des chirurgies environ de trois mois à deux semaines, en moyenne, avant la date de l'intervention. Les hôpitaux consignaient alors cette information dans leur système de planification des rendez-vous. En outre, les hôpitaux estimaient le temps total qu'il faudrait pour mener chaque chirurgie à terme, ce qui comprend le temps requis pour préparer et nettoyer la salle d'opération. Les hôpitaux n'évaluaient pas tous ce temps exactement de la même façon, mais ils tenaient généralement

compte de facteurs tels que le temps moyen qu'avait pris jusqu'ici le chirurgien pour effectuer une chirurgie, déterminé par le logiciel de planification de l'hôpital, et le temps dont le chirurgien souhaite disposer pour effectuer l'intervention.

Le Comité d'experts a également recommandé que les hôpitaux examinent et évaluent tous les ans s'ils ont atteint les objectifs en matière de pratiques exemplaires. Dans le cadre de cet examen, on déterminerait si le temps réservé pour une chirurgie est à peu près égal au temps qu'elle devrait prendre selon les estimations. Un des hôpitaux que nous avons visités avait examiné ces temps et constaté que, pour l'exercice 2006-2007, 46 % des cas de chirurgie non urgente avait été correctement estimés (avec une marge d'erreur de plus ou moins 15 minutes), alors que 25 % des cas avaient pris plus de temps que prévu et 29 % avaient pris moins de temps que prévu.

RECOMMANDATION 3

Les hôpitaux devraient comparer périodiquement le temps réel nécessaire pour effectuer les chirurgies – ce qui comprend le temps de préparation et de nettoyage des salles d'opération – au temps estimatif que l'on doit prendre pour les mener à terme (indiqué par la période réservée pour une chirurgie dans une salle d'opération) et relever tout écart considérable récurrent, de manière à ce que des ajustements puissent être apportés en vue d'améliorer l'utilisation des salles d'opération.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES DES HÔPITAUX

Les hôpitaux sont tous d'accord avec cette recommandation, et l'un d'eux a indiqué qu'il s'y conformait à l'heure actuelle. Les hôpitaux ont mentionné que le Programme d'objectifs en matière d'efficacité des soins chirurgicaux

devrait faciliter la mise en œuvre de cette recommandation. En outre, un hôpital a indiqué qu'il s'attachait à élaborer un système d'information sur les salles d'opération au moyen duquel il surveillera en temps réel un certain nombre de données statistiques sur le rendement, notamment la précision des horaires établis, et qui l'aidera à prendre des mesures correctives, s'il y a lieu.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère est d'accord avec cette recommandation et, en collaboration avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé, il continuera à encourager les hôpitaux à mettre en œuvre les recommandations figurant dans le rapport du Comité d'experts en matière d'analyse et d'amélioration des procédures chirurgicales.

Chirurgies urgentes

Outre les chirurgies déjà prévues, les hôpitaux ont également des patients devant subir une intervention immédiatement ou dans un délai de quelques heures. Le Comité d'experts a constaté que ces cas urgents peuvent représenter jusqu'à 25 % des cas totaux de chirurgie d'un hôpital de taille importante. Dans les hôpitaux que nous avons visités, selon les renseignements obtenus, les cas urgents constituaient environ entre 12 % et 19 % des cas totaux de chirurgie. En outre, un hôpital a également réservé jusqu'à 45 heures par mois du temps d'utilisation prévu des salles d'opération pour les cas de trauma (par exemple, un trauma causé par un accident de la route).

Établissement de l'ordre de priorité des cas urgents

Pour faire en sorte que les patients ayant les besoins les plus urgents puissent accéder rapidement aux services de chirurgie, les hôpitaux établissent

généralement l'ordre de priorité des cas urgents ou font un tri, ce qui comprend les cas très urgents. Selon les chirurgiens œuvrant dans les hôpitaux que nous avons visités, deux types de problèmes peuvent survenir lorsque les hôpitaux n'utilisent pas de niveaux de priorité précis et convenus pour faire le tri des patients. En premier lieu, il peut y avoir désaccord entre les chirurgiens quant aux cas devant être traités en priorité, particulièrement si le temps d'utilisation des salles d'opération est limité. En second lieu, les chirurgiens peuvent classer leurs cas non urgents dans la catégorie des cas urgents afin de se voir attribuer plus de temps d'utilisation des salles d'opération et, par conséquent, permettre à leurs patients d'accéder plus rapidement aux services chirurgicaux. Le Comité d'experts a mentionné qu'un système uniformisé d'établissement de l'ordre de priorité aiderait à faire en sorte que les patients reçoivent les soins chirurgicaux requis en temps opportun en fonction de leur besoin clinique. Le Ministère a indiqué qu'il travaillait avec le Comité d'experts à l'élaboration de cotes normalisées de priorité pour les cas urgents.

Les trois hôpitaux que nous avons visités établissaient l'ordre de priorité des cas de chirurgie en les regroupant sous trois ou quatre catégories différentes accompagnées des délais connexes pour commencer les interventions chirurgicales, en fonction de la gravité de l'état du patient. Parallèlement, les trois hôpitaux disposaient d'une procédure visant à régler les différends entre les chirurgiens, pour faire en sorte que les cas les plus urgents se voient accorder la priorité absolue. Toutefois, sauf en ce qui concerne la catégorie des cas les plus urgents – que chaque hôpital définit généralement comme étant ceux où la vie du patient est menacée à très court terme ou qui nécessitent une intervention immédiate sur un membre ou un organe –, aucun hôpital n'avait associé de définition aux autres catégories de cas urgents. En lieu et place, la catégorisation de l'urgence des cas de chirurgie était généralement

fondée sur le jugement des chirurgiens, bien que les chirurgiens employés à l'un des hôpitaux étaient d'accord avec l'utilisation de lignes directrices pour établir l'ordre de priorité de chirurgies qui sont urgentes sans être très urgentes, par exemple les interventions en cas d'appendicite aiguë.

Les experts-conseils engagés par deux des hôpitaux que nous avons visités pour examiner leurs processus périopératoires ont tous deux constaté que, bien que chaque hôpital se soit doté d'une politique concernant l'établissement de l'ordre de priorité des cas urgents, celle-ci n'était pas suivie ou mise en application. En fait, l'expert-conseil d'un des hôpitaux a remarqué que le processus semblait hautement politisé et que l'ordre de priorité des patients n'était pas toujours exact. Parallèlement, il est ressorti d'un examen du processus périopératoire effectué à l'un des hôpitaux par l'Équipe experte d'encadrement pour l'amélioration des soins périopératoires qu'il n'y avait pas de compréhension commune des niveaux de priorité et des types de cas que l'on pouvait considérer comme urgents.

Seulement un des trois hôpitaux que nous avons visités procédait à un examen mensuel des cas urgents de chaque chirurgien pour veiller à ce que ces cas se voient attribuer le niveau de priorité réservé aux cas urgents, comme il se doit. Nous avons été informés que ce processus avait été mis en place afin de réduire la manipulation du système par les chirurgiens qui essaient d'obtenir plus de temps d'utilisation des salles d'opération et pour s'assurer que les chirurgies non urgentes prévues à l'horaire n'étaient pas retardées ou annulées indûment. Selon le personnel de cet hôpital, les chirurgiens qui attribuent un niveau de priorité inapproprié à leurs patients reçoivent d'abord un avertissement; après trois cas de priorisation inappropriée de patients, le chef du service de chirurgie concerné doit examiner et approuver toutes les demandes subséquentes du chirurgien concernant des chirurgies urgentes. Nous avons été informés

que cette procédure était efficace, car, au moment de notre vérification, aucun chef du service de chirurgie n'avait encore jamais eu à intervenir.

Respect des délais fixés

Les trois hôpitaux que nous avons visités avaient associé des délais à chacun des niveaux de priorité pour les cas urgents, en fonction de la gravité de l'état des patients. En outre, les hôpitaux ont tous indiqué qu'ils recueillaient de l'information pouvant servir à déterminer si ces délais étaient respectés. Toutefois, aucun des hôpitaux n'examinait les renseignements à cette fin. En fait, l'un des hôpitaux supprimait ces renseignements après un mois, et les deux autres hôpitaux les supprimaient après six mois. En ce qui concerne les deux hôpitaux qui conservaient l'information pendant six mois, nous avons examiné un échantillon de cas chirurgicaux urgents et constaté que les patients constituant les cas les plus urgents recevaient généralement les soins chirurgicaux dans les délais fixés par l'hôpital. Cependant, environ 13 % des patients nécessitant des soins chirurgicaux urgents sans être très urgents (par exemple une appendicectomie) ne recevaient pas ces soins à l'intérieur des délais fixés. Le retard par rapport au délai fixé pour la chirurgie de ces patients allait d'environ une heure à presque quatre jours. Un des hôpitaux avait un retard médian de quatre heures par rapport au délai fixé; l'autre hôpital avait un retard d'environ 24 heures. Un hôpital a indiqué que ces cas pouvaient être retardés ou reportés en raison d'un certain nombre de facteurs, tels que l'utilisation des salles d'opération pour des cas de plus haute priorité, l'absence de chirurgien disponible ou des préoccupations d'ordre clinique relatives aux patients.

Nous avons été informés que le Comité d'experts s'attache à examiner l'utilisation de systèmes d'établissement de l'ordre de priorité des cas urgents dans l'ensemble des hôpitaux ontariens, et qu'il envisage de recommander l'utilisation compatible d'un système d'établissement de l'ordre de priorité s'accompagnant des délais connexes.

Temps d'utilisation des salles d'opération réservé aux cas urgents

Selon le Comité d'experts, une pratique exemplaire consiste à réserver chaque jour du temps d'utilisation des salles d'opération pour les cas urgents, plutôt que d'étendre le temps d'utilisation à la fin de la journée, après que les chirurgies non urgentes prévues à l'horaire ont été effectuées. Il y a diverses raisons à cela, dont le fait de contribuer à éviter des attentes inutiles pour les patients. Des études réalisées aux États-Unis indiquent également qu'en réservant une salle d'opération pour les cas chirurgicaux urgents, on accroît l'efficacité des hôpitaux en réduisant les annulations de chirurgies non urgentes, en diminuant le nombre d'heures supplémentaires effectuées par le personnel et en diminuant le temps que doit consacrer le personnel administratif à modifier l'horaire des interventions.

Nous avons constaté que deux des hôpitaux que nous avons visités réservaient du temps d'utilisation des salles d'opération pour les cas chirurgicaux urgents. Les experts-conseils engagés par le troisième hôpital aux fins d'examen de ses procédures périopératoires ont aussi recommandé à l'hôpital d'étudier les avantages qu'il y aurait à coordonner les cas chirurgicaux urgents avec l'horaire d'utilisation prévu de ses salles d'opération.

RECOMMANDATION 4

Pour mieux garantir le traitement équitable et rapide des patients nécessitant une chirurgie urgente, les hôpitaux devraient :

- avec le concours du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) et des réseaux locaux d'intégration des services de santé, et en tenant compte de toute recommandation formulée par le Comité d'experts en matière d'analyse et d'amélioration des procédures chirurgicales du Ministère, mener à terme l'élaboration et la mise en œuvre d'un système compatible d'établissement de l'ordre de priorité à

l'échelle des hôpitaux ontariens pour les cas chirurgicaux très urgents et urgents;

- examiner si les cas urgents se voient accorder la priorité par tous les chirurgiens conformément à la politique de l'hôpital et si les patients reçoivent les soins chirurgicaux dans les délais prescrits, et prendre des mesures correctives s'il y a lieu;
- examiner les coûts et les avantages associés au fait de réserver chaque jour du temps d'utilisation des salles d'opération pour les cas chirurgicaux urgents dans le cadre des activités normales prévues, conformément aux recommandations du Comité d'experts en matière d'analyse et d'amélioration des procédures chirurgicales du Ministère.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES DES HÔPITAUX

Les hôpitaux sont d'accord avec cette recommandation. Un hôpital a mentionné qu'il importait de ne pas fonder les normes sur la pratique hospitalière uniquement, mais aussi sur les besoins des patients. Un autre hôpital a indiqué que des normes panprovinciales appuieraient davantage l'établissement d'un ordre de priorité des cas de chirurgie urgents dans les hôpitaux. En outre, ce même hôpital a mentionné que les temps d'utilisation des salles d'opération qu'il réservait aux cas de trauma s'avéraient rentables, et que si une masse critique de cas urgents et semi-urgents était atteinte, il pourrait être encore plus rentable de réaliser également ces interventions ensemble à l'intérieur d'une période préalablement fixée à cette fin.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère est d'accord avec cette recommandation et, en collaboration avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé, il continuera à encourager les hôpitaux à mettre

en œuvre les recommandations figurant dans le rapport du Comité d'experts en matière d'analyse et d'amélioration des procédures chirurgicales.

Sélection et examens préopératoires des patients

Le Comité d'experts a conclu que tous les patients devant subir une chirurgie non urgente devraient faire l'objet d'une sélection, soit par téléphone ou en personne, afin de réduire les risques de retard et d'annulation en s'assurant que les patients sont prêts à subir leur chirurgie. La sélection des patients devrait inclure tous les examens requis (par exemple, des examens hématologiques ou des radiographies demandés par le chirurgien), ainsi que l'éducation du patient et la planification du congé de l'hôpital. Le Comité d'experts a également souligné que tous les patients présentant des conditions cliniques comparables et devant subir une intervention chirurgicale similaire devraient être sélectionnés de façon semblable, quel que soit le chirurgien ou l'anesthésiste concerné.

Tous les hôpitaux que nous avons visités disposaient d'un processus de sélection, ou évaluation préalable du patient, qui était inscrit à l'horaire par le chirurgien ou l'hôpital et pouvait être effectué à n'importe quel moment dans une période allant de cinq à deux semaines avant la date de l'intervention, selon le type de chirurgie. Le processus d'évaluation préalable variait quelque peu d'un hôpital à l'autre; un des hôpitaux exigeait que tous les patients se présentent en personne à cette fin, et notamment qu'ils prennent un rendez-vous avec un anesthésiste. L'Équipe experte d'encadrement pour l'amélioration des soins périopératoires qui a visité cet hôpital lui a recommandé d'examiner s'il était bien nécessaire de rencontrer tous les patients en personne aux fins de sélection (surtout en ce qui concerne les patients ambulatoires en bonne santé

devant subir une chirurgie non urgente) et d'envisager une sélection préopératoire par téléphone pour certains patients, en fonction de leur état de santé. Les deux autres hôpitaux triaient les patients et effectuaient des évaluations préalables par téléphone des patients qui répondaient à certains critères. En outre, les patients évalués par ces hôpitaux, en général, ne rencontraient un anesthésiste que s'il y avait un problème médical concernant particulièrement l'anesthésie.

Les lignes directrices cliniques, telles que celles approuvées par le Comité consultatif des guides de pratique clinique de l'Ontario, qui est issu d'un partenariat entre le Ministère et l'Ontario Medical Association, indiquent que la plupart des patients médicalement stables devant subir une intervention à risque faible ou moyen ne nécessitent pas d'électrocardiogrammes (ECG) ou de radiographies pulmonaires avant l'intervention. Une recherche effectuée par l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) en Ontario et fondée sur des données recueillies d'avril 2000 à mars 2002 a récemment montré que, malgré l'existence de ces lignes directrices, les patients ontariens avaient souvent eu à passer des ECG et des radiographies avant une chirurgie à risque faible ou moyen. Il est également ressorti de cette recherche que les taux de ces examens variaient énormément d'un hôpital à l'autre; par exemple, les taux de patients passant des ECG ou des radiographies pulmonaires avant une intervention chirurgicale à faible risque allaient de 1 % à 98 %.

En mai 2003, le Comité consultatif des guides de pratique clinique a entrepris un projet visant à diminuer le recours excessif aux radiographies pulmonaires et aux ECG préopératoires dans les hôpitaux. Les hôpitaux ont reçu de l'information sur le nombre de radiographies pulmonaires et d'ECG préopératoires qu'ils avaient effectués, ainsi que des résumés des lignes directrices en matière de pratiques exemplaires, dont celles destinées à aider les chirurgiens à déterminer à quel moment il convient de demander certains examens préopératoires. Au

total, ces mesures ont donné lieu à une réduction relativement faible (2,6 %) du recours aux radiographies pulmonaires, et, comme on s'y attendait, les hôpitaux affichant des taux élevés d'utilisation de radiographies pulmonaires préopératoires ont enregistré des baisses plus marquées. En outre, aucun changement global n'a été constaté concernant le recours aux ECG préopératoires.

RECOMMANDATION 5

Pour accroître l'efficacité et la rentabilité de la sélection préopératoire des patients, les hôpitaux devraient :

- établir des politiques, en fonction des besoins des patients, visant à déterminer si la sélection préopératoire des patients doit se faire à l'hôpital ou par d'autres moyens, particulièrement en ce qui concerne les patients ambulatoires en bonne santé devant subir une chirurgie non urgente;
- déterminer précisément quels patients, en fonction de leur état, doivent rencontrer un anesthésiste dans le cadre du processus de sélection, au lieu d'exiger que tous les patients consultent un anesthésiste lorsque cela constitue une pratique courante de l'hôpital;
- intégrer à leurs politiques de sélection des lignes directrices en matière d'exams préopératoires des patients approuvées par le Comité consultatif des guides de pratique clinique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et de l'Ontario Medical Association.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES DES HÔPITAUX

Tous les hôpitaux étaient d'accord avec cette recommandation. Un hôpital a mentionné qu'il avait établi des lignes directrices claires concernant les exams préopératoires, fondées sur des indications cliniques préalablement

déterminées et des procédures particulières. Un autre hôpital a indiqué que le fait de sélectionner les patients avant les interventions est une composante clé de la sécurité des patients et, par conséquent, il collabore avec ses anesthésistes pour établir le niveau et le degré de sélection qui sont les plus efficaces et qui reflètent les pratiques exemplaires.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère est d'accord avec cette recommandation et, en collaboration avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé, il continuera à encourager les hôpitaux à mettre en œuvre les recommandations figurant dans le rapport du Comité d'experts en matière d'analyse et d'amélioration des procédures chirurgicales.

TEMPS D'ATTENTE

En septembre 2004, dans le cadre du Plan décennal pour consolider les soins de santé, les premiers ministres provinciaux ont convenu d'améliorer l'accès à certains services chirurgicaux et de cibler des réductions des temps d'attente dans cinq domaines, dont quatre spécialités chirurgicales (chirurgie du cancer, chirurgie cardiaque, arthroplastie et rétablissement de la vue), l'échéance ayant été fixée au 31 mars 2007.

Par conséquent, en novembre 2004, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé la Stratégie de réduction des temps d'attente (la Stratégie), qui visait à faire en sorte qu'en décembre 2006, on ait amélioré l'accès aux services de soins de santé en réduisant les temps d'attente pour les Ontariens adultes dans un certain nombre de spécialités, dont la chirurgie du cancer, certaines chirurgies cardiaques, l'arthroplastie de la hanche et du genou, et la chirurgie de

la cataracte. Dans le cadre de la Stratégie, on souhaitait notamment créer un système permettant de surveiller et de gérer les temps d'attente, et mettre cette information à la disposition du public et des fournisseurs. La Stratégie avait également pour objectif de faire en sorte que les conseils d'administration des hôpitaux soient davantage responsables de l'accès équitable aux services qu'ils offrent. En outre, la Stratégie fournissait des renseignements pouvant aider les chirurgiens à gérer leur liste d'attente et à orienter leurs décisions concernant l'établissement du calendrier des interventions chirurgicales.

Selon le Ministère, depuis le lancement de la Stratégie en novembre 2004, 896 millions de dollars ont été versés aux hôpitaux afin de permettre la réalisation de 1,2 million d'actes médicaux additionnels dans les cinq services de soins de santé prioritaires, dont 772 millions de dollars ayant permis d'effectuer environ 288 000 interventions chirurgicales. Le financement versé aux hôpitaux était fondé sur divers facteurs, notamment le type de chirurgie, le nombre d'interventions effectuées et si les hôpitaux étaient ou non désignés pour former des professionnels de la santé. La documentation indique que les hôpitaux qui forment des professionnels de la santé ont des coûts plus élevés, généralement parce qu'ils sont les premiers à adopter les nouvelles technologies et qu'ils réalisent des études cliniques, entre autres choses. Un des hôpitaux que nous avons visités a mentionné que, même s'il était un hôpital communautaire, il avait été désigné pour former des professionnels de la santé spécialisés en orthopédie. Cependant, il recevait aux termes de la Stratégie le taux de financement inférieur, soit celui que reçoivent les hôpitaux qui n'offrent pas de formation, pour les interventions. L'hôpital a fait remarquer qu'il était encore en mesure d'effectuer les interventions additionnelles à partir du taux de financement inférieur et qu'il offrait une formation appropriée aux professionnels de la santé spécialisés en orthopédie; par consé-

quent, il se demandait s'il ne serait pas pertinent de revoir la méthode de financement du Ministère.

Les chirurgiens gèrent habituellement leur propre liste d'attente et établissent l'ordre de priorité de leurs patients en attente d'une chirurgie en se fondant sur l'état de santé de chacun d'eux. En conséquence, par le passé, les hôpitaux ou le Ministère ne pouvaient généralement pas connaître le nombre de patients en attente ni la période de temps d'attente pour la plupart des interventions. Pour aider à remédier à cette situation, en juillet 2005, le Ministère a introduit un système provisoire dans environ 75 hôpitaux (et dans environ 80 hôpitaux au total par la suite) afin de faire le suivi des temps d'attente pour les cinq domaines compris dans la Stratégie. Selon le Ministère, ces hôpitaux assurent la prestation d'environ 90 % de l'ensemble des services offerts à l'échelle de l'Ontario dans ces cinq domaines.

En mars 2006, le Ministère a créé un nouveau Système d'information sur les temps d'attente (le Système) qui, en juin 2007, avait été mis en œuvre dans tous les hôpitaux participant à la Stratégie. À l'instar du système provisoire, le nouveau Système fournit des renseignements sur le temps d'attente des patients, à partir de la date de la décision d'offrir un traitement (c'est-à-dire la date à laquelle le chirurgien et le patient ont décidé de recourir à la chirurgie) jusqu'à la date à laquelle la chirurgie ou l'examen a été effectué. Contrairement au système provisoire, il fournit également des renseignements sur, par exemple, l'urgence ou le niveau de priorité de chaque cas. Selon le Ministère, 55 hôpitaux utilisaient le Système au 31 mars 2007. Les trois hôpitaux que nous avons visités avaient mis en œuvre le Système en mars, en septembre et en octobre 2006 respectivement.

Dans son rapport présenté en juin 2006, le conseiller fédéral sur les temps d'attente, engagé par le gouvernement fédéral pour formuler des recommandations et des conseils visant à garantir la réduction des temps d'attente relativement aux

services de soins de santé, a constaté que tant le public que les professionnels de la santé s'inquiétaient du fait que, si l'on mettait un trop grand accent sur les cinq domaines de service visés par la Stratégie, on risquait alors de négliger d'autres services de soins de santé. Bien que les hôpitaux que nous avons visités n'aient pas effectué de suivi particulier à ce sujet, un rapport présenté en mai 2007 par l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) a montré que, selon un échantillon d'interventions chirurgicales, rien n'indiquait l'existence de répercussions négatives sur les autres types de chirurgies en Ontario. Toutefois, l'IRSS a recommandé la réalisation de recherches pour évaluer l'accès à l'échelle de la région et de l'établissement ainsi que l'incidence de la Stratégie sur les temps d'attente pour des chirurgies, particulièrement en ce qui concerne les cas urgents pour lesquels on pourrait croire qu'un retard nuirait aux résultats des interventions. Le conseiller fédéral sur les temps d'attente a également fait un certain nombre de recommandations visant l'adoption de pratiques exemplaires, dont l'utilisation de listes d'attente uniques et communes ainsi qu'une approche permettant d'établir l'ordre de priorité des cas en fonction des besoins et d'offrir aux patients le premier rendez-vous disponible. Le Ministère a indiqué qu'il avait entrepris des activités destinées à donner suite à ces recommandations.

En outre, dans son Budget de 2006, le gouvernement fédéral a introduit le concept de garantie de délai d'attente pour les patients. Il s'agit d'une initiative semblable à celles qu'ont lancées d'autres pays, comme le Royaume-Uni et la Suède. Cette garantie – qui vise à faire en sorte que tous les Canadiens reçoivent les traitements médicaux requis dans des délais acceptables sur le plan médical – offre aux patients la possibilité de recevoir des traitements pour certains services à un autre hôpital, même hors de leur province de résidence, si leur temps d'attente dépasse le délai provincial fixé. En avril 2007, l'ensemble des provinces et territoires

avaient choisi un domaine prioritaire pour lequel ils devaient établir des garanties de délai d'attente d'ici 2010. En mars 2007, l'Ontario a annoncé qu'il introduirait une garantie de délai d'attente pour la chirurgie de la cataracte d'ici le 1^{er} janvier 2009. Aux termes de cette garantie, les patients attendant plus de 182 jours (le délai fixé) pour subir une chirurgie de la cataracte peuvent choisir de subir l'intervention ailleurs en Ontario, les coûts tels que les frais de transport et d'hébergement devant être payés par l'hôpital qui n'a pas été en mesure d'offrir le service.

Niveaux de priorité des patients

Le Système intègre des niveaux de priorité des patients et des objectifs connexes en matière de temps d'attente maximaux. Par exemple, un patient de « niveau de priorité 4 » devant subir une arthroplastie de la hanche et des articulations a relativement peu de douleurs et d'incapacité, et le temps d'attente maximal cible est de 26 semaines, tandis qu'un patient de « niveau de priorité 1 » souffre beaucoup et doit subir une chirurgie immédiatement, selon l'objectif fixé. Les niveaux de priorité et les objectifs connexes en matière de temps d'attente maximaux pour l'arthroplastie de la hanche et du genou et la chirurgie du cancer, ainsi que pour un pourcentage cible de patients devant subir une chirurgie de la cataracte, sont fondés sur des recommandations formulées par des comités d'experts en chirurgie créés par le Ministère. Celui-ci a indiqué qu'il avait fourni de la formation concernant ces niveaux de priorité aux hôpitaux participant à la Stratégie de réduction des temps d'attente. Le Réseau ontarien de soins cardiaques avait déjà élaboré des méthodes permettant de déterminer des objectifs de temps d'attente des patients devant subir une chirurgie cardiaque. Dans les hôpitaux que nous avons visités, un certain nombre de chirurgiens ainsi que des membres du personnel hospitalier disaient s'inquiéter du fait que

les chirurgiens n'interprétaient pas tous de la même façon la date de la décision d'offrir un traitement et les niveaux de priorité.

Déclaration des renseignements sur les temps d'attente

Temps d'attente réels déclarés et temps d'attente cibles

Le Ministère rend compte publiquement sur son site Web des renseignements sur les temps d'attente pour les hôpitaux qui participent à la Stratégie. Ces renseignements indiquent le nombre de jours que doivent attendre 90 % des patients (abstraction faite de tous les cas très urgents et des autres cas urgents de patients devant subir une chirurgie cardiaque) avant de subir leur intervention. En outre, cette information est comparée aux objectifs en matière de délai pour les patients de niveau de priorité 4 (les cas les moins urgents) devant subir une chirurgie, comme le montre la Figure 3.

Au moment de notre vérification, le Ministère utilisait le niveau de priorité 4 comme objectif global en matière de temps d'attente maximal, car aucun niveau de priorité n'était associé à la plupart des chirurgies dans les hôpitaux qui ne sont pas encore inclus dans le Système. Les cadres supérieurs du Ministère ont mentionné que le fait de déclarer les temps d'attente pour chaque niveau

de priorité permettrait d'offrir au public une information plus utile, et ils ont indiqué que le Ministère prévoyait rendre cette information publique au printemps 2008.

Selon l'entente de financement pour la réduction des temps d'attente conclue en 2006-2007 par le Ministère et les hôpitaux, ceux-ci doivent veiller à ce qu'aucun patient n'attende plus de dix mois pour une chirurgie sans qu'il y ait une réévaluation par le chirurgien. Cependant, bien que le Ministère ait indiqué que le chef du service de chirurgie de tous les hôpitaux participant à la Stratégie de réduction des temps d'attente avait signé l'entente au nom de l'ensemble des chirurgiens, aucun des trois hôpitaux que nous avons visités n'avait reçu d'information indiquant si les chirurgiens avaient réévalué les patients ayant attendu plus de dix mois; toutefois, deux des hôpitaux transmettaient périodiquement à certains chirurgiens une liste de patients dont le temps d'attente dépassait le délai fixé et leur demandaient de vérifier l'exactitude de cette information. Le personnel de l'un des hôpitaux a mentionné que la plupart des chirurgiens ne fournissaient pas de réponses pour diverses raisons, notamment parce qu'ils n'avaient pas le temps d'effectuer de suivi. Nous avons examiné les données sur les temps d'attente du troisième hôpital et avons constaté que, d'octobre à décembre 2006, 67 % des patients de niveau de priorité 4 devant subir une arthroplastie

Figure 3 : Temps d'attente réels et temps d'attente cibles selon le type de chirurgie, de février à mars 2007

Source des données : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Type de chirurgie	Temps d'attente maximal cible (en jours) pour les cas de niveau de priorité 4 (les moins urgents)	% de chirurgies menées à terme dans les délais cibles	Nombre de jours nécessaires pour effectuer 90 % des chirurgies
coronarographie	s.o.*	s.o.*	24
angioplastie	s.o.*	s.o.*	18
pontage	182	100	42
chirurgie du cancer	84	93	70
chirurgie de la cataracte	182	92	159
arthroplastie de la hanche	182	81	252
arthroplastie du genou	182	74	321

* aucun objectif provincial fixé aux termes de la Stratégie de réduction des temps d'attente

de la hanche avaient attendu plus longtemps que le délai fixé. En outre, le Système a indiqué que 37 patients devant subir une arthroplastie de la hanche et du genou n'avaient toujours pas reçu leurs soins chirurgicaux après une attente d'au moins trois ans et demi. L'hôpital n'avait pas examiné ces données et n'était donc pas en mesure de déterminer s'il y avait des raisons justifiant cette attente ou si l'information était inexacte.

Nous avons constaté que, dans le cadre de l'entente de financement pour la réduction des temps d'attente pour l'exercice 2007-2008, on demande aux hôpitaux de veiller à ce qu'aucun patient ne voie son temps d'attente dépasser le délai cible associé au niveau de priorité 4, sauf si le patient a été réévalué. En outre, aux termes de l'entente, les hôpitaux devraient examiner et analyser les

raisons pour lesquelles les temps d'attente des patients dépassent les objectifs en matière de délai, et prendre des mesures pour améliorer leur rendement. Un hôpital a indiqué que pour réaliser cela, il faut pouvoir compter sur une collaboration soutenue entre les chirurgiens et l'hôpital.

Temps d'attente selon les niveaux de priorité

Pour évaluer si les patients reçoivent leurs soins chirurgicaux dans les délais cibles établis par le Ministère, nous avons demandé qu'on nous communique les renseignements sur les temps d'attente selon les niveaux de priorité pour les hôpitaux qui avaient mis en œuvre le Système au moment de notre vérification. Ces renseignements sont indiqués à la Figure 4.

Figure 4 : Temps d'attente selon le niveau de priorité pour quatre types de chirurgie, avril 2007

Source des données : Bureau d'information sur les temps d'attente, Action Cancer Ontario

Type et niveau de priorité de la chirurgie	Temps d'attente maximal cible (en jours)	% de chirurgies menées à terme dans les délais cibles	Nombre de jours nécessaires pour effectuer 90 %	
			de toutes les chirurgies	des chirurgies n'ayant pas respecté les délais cibles
Chirurgie du cancer				
1	Aucun temps d'attente	41	24	34
2	14	41	44	56
3	28	63	57	91
4	84	85	102	170
Chirurgie de la cataracte				
1	Aucun temps d'attente	—*	—*	—*
2	42	68	90	146
3	84	82	125	253
4	182	92	167	489
Arthroplastie de la hanche				
1	Aucun temps d'attente	—*	—*	—*
2	42	63	88	159
3	84	60	195	297
4	182	69	307	516
Arthroplastie du genou				
1	Aucun temps d'attente	—*	—*	—*
2	42	49	111	202
3	84	55	219	300
4	182	62	375	531

Nota : Les données proviennent des hôpitaux qui avaient mis en œuvre le Système d'information sur les temps d'attente en avril 2007. Le Bureau d'information sur les temps d'attente n'a pas encore vérifié les données.

* Les hôpitaux ne sont pas tenus de déclarer les renseignements relatifs au niveau de priorité 1 pour ces catégories.

Comme le montre la Figure 4, si les patients ayant des besoins chirurgicaux plus urgents reçoivent généralement leurs soins plus rapidement que les autres patients, il est moins probable qu'ils les reçoivent dans les délais cibles établis par le Ministère en fonction de leur niveau de priorité. En outre, les renseignements que nous avons reçus indiquent que les délais dans lesquels les chirurgies étaient effectuées variaient grandement dans certains cas, en fonction de l'hôpital qui exécutait l'intervention ou du Réseau local d'intégration des services de santé duquel relevait l'hôpital. Par exemple, certains hôpitaux avaient été en mesure d'effectuer des chirurgies du cancer de niveau de priorité 3 dans un délai plus court que celui qu'il avait fallu à d'autres hôpitaux pour réaliser des chirurgies du cancer plus urgentes de niveau de priorité 2. Étant donné que les hôpitaux doivent recueillir cette information uniquement depuis la mise en œuvre du Système, le Ministère a indiqué que, au moment de notre vérification, il n'y avait

pas encore eu d'analyse générale de l'exactitude des renseignements et que ceux-ci n'avaient donc pas été rendus publics. Cependant, tel qu'il a été mentionné précédemment, le Ministère prévoit rendre publique l'information sur les temps d'attente selon les niveaux de priorité au printemps 2008.

Étant donné que les renseignements sur les chirurgies cardiaques sont recueillis par le Réseau ontarien de soins cardiaques (le Réseau) et que le site Web du Ministère n'affiche que des données sommaires à ce sujet, nous avons obtenu directement du Réseau l'information sur les temps d'attente pour les chirurgies cardiaques selon les niveaux de priorité. Comme le montre la Figure 5, les patients devant subir une chirurgie cardiaque reçoivent généralement leurs soins chirurgicaux dans les délais maximaux fixés.

Temps d'attente pour rencontrer un chirurgien

Certains chirurgiens avec qui nous nous sommes entretenus s'inquiétaient du fait que le Système

Figure 5 : Temps d'attente provincial selon le niveau de priorité pour les interventions cardiaques, avril 2007

Source des données : Réseau ontarien de soins cardiaques

Type et niveau de priorité de l'intervention cardiaque	Temps d'attente maximal cible (en jours) établi par le Réseau ontarien des soins cardiaques	% d'interventions menées à terme dans les délais cibles	Nombre de jours nécessaires pour effectuer 50 % des chirurgies
Coronarographie			
1	0-7	90	1
2			
3	8-28	72	7
4	29-84	100	9
Angioplastie			
1	0-7	94	1
2			
3	8-14	86	7
4	15-28	95	6
Pontage			
1	0-14	82	3
2			
3	15-42	86	6
4	43-180	94	20

ne conserve pas d'information sur le temps que les patients devaient attendre entre la date de l'aiguillage par leur médecin de famille et la date du rendez-vous avec le chirurgien. En outre, dans un rapport présenté en 2006 par le Fraser Institute, on constatait qu'en Ontario, le temps d'attente pour rencontrer un chirurgien variait selon les spécialités chirurgicales. Par exemple, en ce qui concerne les quatre spécialités incluses dans la Stratégie de réduction des temps d'attente, les délais d'attente moyens pour rencontrer un spécialiste allaient de 14 semaines pour l'orthopédie à 3 semaines pour la chirurgie du cancer. Dans son rapport présenté en janvier 2007, le Comité d'experts en matière de réduction des temps d'attente en médecine familiale et en soins primaires du Ministère a recommandé que le Ministère élabore un cadre qui intégrerait, entre autres éléments, des objectifs concernant les temps d'attente maximaux pour les rendez-vous avec des spécialistes.

Selon le Ministère, d'ici la fin de l'exercice 2007-2008, le Système devrait être en mesure de conserver les renseignements sur le temps d'attente compris entre la date de l'aiguillage par un médecin de famille et la date du rendez-vous avec un spécialiste, tel un chirurgien. Le Ministère devra alors commencer à recueillir ces renseignements, puisqu'il a indiqué qu'il prévoyait les rendre publics d'ici 2010.

Déclaration des renseignements sur les temps d'attente dans les autres provinces

En février 2007, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a comparé la déclaration des renseignements sur les temps d'attente d'une province à l'autre et a constaté ce qui suit :

- Il y a une grande variation des méthodes de déclaration, notamment en ce qui concerne la façon de définir les temps d'attente, ce qui rend difficiles les comparaisons d'une province à l'autre.

- La disponibilité des renseignements sur les temps d'attente autres que ceux relatifs aux cinq domaines prioritaires variait d'une province à l'autre. Par exemple, l'Alberta et la Colombie-Britannique déclaraient des renseignements sur les chirurgies dans d'autres domaines, tels que la neurochirurgie et la chirurgie de la vésicule biliaire.
- Plusieurs provinces déclaraient les renseignements sur les temps d'attente en les comparant à des points de repère en matière de temps d'attente. Par exemple, Terre-Neuve-et-Labrador déclarait ces renseignements en les comparant à des points de repère nationaux, tandis que l'Alberta, à l'instar de l'Ontario, déclarait ces renseignements en les comparant uniquement aux objectifs provinciaux en matière de temps d'attente associés aux cas les moins urgents.
- L'Alberta et la Colombie-Britannique déclaraient les renseignements sur les temps d'attente selon le chirurgien pour certaines chirurgies, telles que l'arthroplastie, les chirurgies cardiaques et les chirurgies oculaires.

Étant donné que les types d'intervention compris dans l'initiative sur les temps d'attente ne comptent que pour 14 % de toutes les chirurgies, le Ministère a indiqué qu'il prévoyait utiliser le Système pour recueillir des renseignements sur les temps d'attente pour l'ensemble des chirurgies d'ici juin 2009. Cependant, au moment de notre vérification, il ne prévoyait pas rendre publics les temps d'attente selon le chirurgien. Bien que, à notre avis, ce genre d'information puisse s'avérer utile à la fois pour les médecins traitants et les patients pour déterminer quel chirurgien peut offrir l'accès le plus rapide aux services chirurgicaux, le Ministère nous a mentionné qu'il avait fait savoir aux chirurgiens qu'il ne rendrait pas ces renseignements publics.

RECOMMANDATION 6

Pour permettre à la fois aux patients et aux fournisseurs de soins de santé de prendre des décisions éclairées et pour aider à faire en sorte que les patients reçoivent des soins chirurgicaux répondant à leurs besoins dans les délais appropriés, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait – avec le concours des réseaux locaux d'intégration des services de santé, des hôpitaux et des chirurgiens – surveiller les temps d'attente des patients selon chaque niveau de priorité et selon le chirurgien, et ce, pour tous les types de chirurgie. De plus, le Ministère doit mettre l'information sur les temps d'attente selon le niveau de priorité à la disposition du public et réexaminer sa décision de ne pas déclarer dans l'avenir les temps d'attente selon le chirurgien ou, à tout le moins, mettre cette information à la disposition des médecins traitants.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES DES HÔPITAUX

Tous les hôpitaux étaient d'accord avec la première partie de la recommandation. Deux hôpitaux ont indiqué qu'ils avaient commencé à surveiller les temps d'attente des patients. Un de ces hôpitaux a mentionné qu'il aurait commencé plus tôt, mais qu'il n'avait pu le faire en raison de contraintes relatives au système, qui ont été réglées depuis. Un autre hôpital a indiqué qu'il était allé de l'avant en ce qui concerne l'examen des priorités mensuelles relativement aux patients en attente d'une chirurgie, mais que cela s'était traduit par une augmentation du temps consacré aux tâches administratives, et ce, tant pour l'hôpital que pour les chirurgiens. Cet hôpital a aussi fait savoir qu'il serait utile que les hôpitaux disposent d'un coordonnateur des temps d'attente au sein de leur personnel, mais qu'aucun financement particulier n'était fourni

en vue d'un tel poste. Par ailleurs, l'hôpital a mentionné qu'il collaborait avec son Réseau local d'intégration des services de santé afin d'améliorer les temps d'attente. Le troisième hôpital a indiqué qu'il surveillait maintenant les temps d'attente des patients de façon plus rigoureuse et soutenue, et qu'il soumettait aux chirurgiens, aux fins d'examen, une liste des patients dont le temps d'attente dépasse l'objectif provincial en matière de délai. Il a en outre mis sur pied un comité directeur sur les temps d'attente chargé de surveiller les temps d'attente et de traiter les domaines où il a été déterminé qu'il y avait matière à amélioration.

Tous les hôpitaux sont d'accord avec le fait de rendre publics les renseignements sur les temps d'attente selon le niveau de priorité. Pour ce qui est de rendre publics les renseignements sur les temps d'attente selon le chirurgien, un hôpital a indiqué que cette information pourrait être mal interprétée et que, bien que le fait de rendre ces renseignements publics puisse se révéler utile, il faudrait attendre que des renseignements sur d'autres facteurs, tels que les résultats des chirurgies, soient également disponibles.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère prévoit rendre publics les renseignements sur les temps d'attente selon le niveau de priorité, mais il ne déclarera pas les renseignements sur les temps d'attente selon le chirurgien.

Le Système d'information sur les temps d'attente a été créé en vue de soutenir la reddition de comptes des hôpitaux à l'égard de la gestion des temps d'attente. Il fournit des renseignements selon le chirurgien; toutefois, cette information est communiquée uniquement à l'hôpital où travaille le chirurgien pour aider l'établissement, et en particulier les équipes périopératoires, à gérer les listes d'attente.

Utilisation du Système d'information sur les listes d'attente par les chirurgiens et les hôpitaux

Selon le Ministère, le Système est conçu pour aider les chirurgiens et leur personnel à gérer leurs listes d'attente et pour orienter les décisions concernant les prises de rendez-vous au moyen des renseignements recueillis. Les chirurgiens à qui nous avons parlé ont mentionné que le suivi provincial des temps d'attente des patients constitue un pas en avant important pour le système de santé. Ils soulignent cependant pour la plupart que la saisie de l'information dans le Système entraîne une augmentation du temps consacré aux tâches administratives, qu'aucun financement particulier n'était fourni pour la saisie de l'information et qu'ils connaissaient déjà le nombre de leurs patients qui étaient en attente d'une chirurgie ainsi que la prochaine date à laquelle celle-ci pouvait avoir lieu.

Dans deux des hôpitaux que nous avons visités, l'information sur la décision d'offrir un traitement et le niveau de priorité de chacun des patients était généralement saisie dans le Système par l'adjoint administratif du chirurgien, tandis qu'au troisième hôpital, c'est le personnel qui effectuait cette tâche. En outre, deux des hôpitaux que nous avons visités avaient fait l'acquisition de matériel informatique pour certains chirurgiens afin que ceux-ci puissent saisir plus facilement l'information dans le Système. Le Ministère demandait que la saisie des renseignements se fasse dans les deux jours ouvrables suivant la date de la décision d'offrir un traitement, et, selon la politique qu'avait adoptée l'un des hôpitaux que nous avons visités, les chirurgiens devaient généralement entrer la date de la décision d'offrir un traitement dans le système avant que l'hôpital n'accepte de réserver du temps d'utilisation d'une salle d'opération pour le patient. La date réelle à laquelle le patient recevait son traitement (c'est-à-dire la date à laquelle la chirurgie était effectuée) était soit saisie dans le Système par le

personnel hospitalier, soit extraite électroniquement du système d'information de l'hôpital.

Il importe de suivre et de surveiller les temps d'attente afin d'aider les hôpitaux à faire en sorte que les patients reçoivent les soins chirurgicaux requis dans un délai raisonnable. Les hôpitaux peuvent se servir du Système pour produire un ensemble uniformisé de rapports, tels que le temps d'attente médian des patients selon la spécialité chirurgicale, auxquels la direction de l'hôpital peut avoir accès. En outre, les hôpitaux peuvent extraire des données du Système à partir desquelles il est possible de produire des rapports en vue de satisfaire à leurs propres exigences en matière d'information. Nous avons toutefois constaté qu'aucun des trois hôpitaux que nous avons visités n'utilisait le Système pour surveiller et gérer les listes d'attente. Nous avons observé qu'un hôpital avait essayé de télécharger des données, mais qu'il s'était buté à des contraintes du système, lesquelles ont été corrigées par la suite selon le Ministère. Nous avons également été informés que les deux autres hôpitaux téléchargeaient rarement des données parce qu'aucun membre du personnel n'était affecté à la gestion du Système. Les hôpitaux que nous avons visités ont tous mentionné qu'une plus grande normalisation des rapports du Système faciliterait la gestion des activités chirurgicales en les libérant de la tâche de produire eux-mêmes chaque rapport. Ces rapports pourraient contenir les renseignements suivants :

- le temps d'attente médian et le temps d'attente de 90 % des patients selon le niveau de priorité pour chacun des chirurgiens;
- le nombre de patients en attente d'une chirurgie selon le niveau de priorité pour chacun des chirurgiens;
- le nombre de patients pour lesquels les objectifs en matière de temps d'attente ne sont pas respectés, selon le chirurgien et le niveau de priorité.

Les hôpitaux ont également indiqué qu'ils souhaiteraient avoir accès à des données comparatives

entre les hôpitaux quant au nombre de patients en attente selon la spécialité chirurgicale. Le Ministère nous a informés que le Système était toujours en cours d'élaboration et qu'il collaborait avec les hôpitaux pour améliorer celui-ci.

Les hôpitaux que nous avons visités ont également exprimé des inquiétudes concernant l'exactitude de certaines données provenant du Système. Par conséquent, un hôpital effectuait tous les mois un rapprochement des renseignements sur le nombre de chirurgies menées à terme figurant dans ses rapports internes avec les données du Système.

RECOMMANDATION 7

Pour surveiller et gérer les listes d'attente plus efficacement, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les hôpitaux devraient continuer d'élaborer conjointement, à l'aide des données provenant du Système d'information sur les temps d'attente, davantage de rapports normalisés permettant aux hôpitaux et aux chirurgiens d'accéder rapidement à des renseignements utiles et comparatifs sur les temps d'attente des patients. En outre, les hôpitaux doivent périodiquement vérifier l'exactitude de leurs éléments de données clés qui figurent dans le Système.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES DES HÔPITAUX

Les hôpitaux étaient d'accord en général avec la recommandation, et ils espéraient une augmentation du nombre de rapports normalisés à mesure que l'élaboration du système va de l'avant. Un hôpital a mentionné qu'il lui était difficile de gérer la collecte des données et de garantir l'exactitude de celles-ci, dans la mesure où les hôpitaux n'ont aucun moyen de s'assurer que les renseignements fournis par les chirurgiens sont à jour, exacts et complets. Par conséquent, cet hôpital a suggéré que le Ministère et

les réseaux locaux d'intégration des services de santé fassent en sorte que les médecins aient la responsabilité de leur fournir l'information à eux directement, plutôt qu'à l'hôpital. Un autre hôpital a indiqué qu'il traitait cette question en comparant tous les mois le volume d'interventions chirurgicales figurant dans le Système d'information sur les temps d'attente au nombre réel de chirurgies effectuées d'après les dossiers de l'hôpital, et qu'il collaborait avec les bureaux des chirurgiens pour aider à garantir l'exactitude des données.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère est d'accord avec la recommandation et continuera d'appuyer les hôpitaux en fournissant des rapports normalisés. L'élaboration de rapports normalisés est une fonction courante et est guidée par les renseignements que fournissent les hôpitaux participant à la Stratégie de réduction des temps d'attente, qui n'avaient pas tous mis en œuvre le Système d'information sur les temps d'attente avant juin 2007. Le Bureau d'information sur les temps d'attente a élaboré une stratégie en matière de rapports comprenant la mise en place d'un module de renseignements opérationnels et de soutien des décisions qui permettra la production de rapports plus dynamiques et détaillés à l'intention des hôpitaux et des réseaux locaux d'intégration des services de santé, ce qui inclut tous les rapports normalisés suggérés dans le rapport du vérificateur général.

En outre, une nouvelle fonctionnalité a été ajoutée au site Web en mars 2007, qui permet aux hôpitaux de comparer leur rendement en matière de temps d'attente avec celui d'autres hôpitaux.

EFFICIENCE DES SALLES D'OPÉRATION

La gestion des procédures chirurgicales a été au centre de beaucoup d'études effectuées dans un certain nombre de pays, dont le Royaume-Uni et les États-Unis, ainsi que dans des provinces canadiennes comme la Colombie-Britannique, la Saskatchewan et l'Ontario. Toutes ces études ont examiné les procédures périopératoires et proposé des façons d'accroître leur efficacité, par exemple en surveillant les diverses mesures de rendement et en étudiant les procédures périopératoires pour cerner les domaines pouvant faire l'objet d'améliorations.

Dans son rapport présenté en juin 2005, le Comité d'experts a recommandé un plan visant à améliorer l'efficacité des soins chirurgicaux offerts par les hôpitaux ontariens et indiqué que l'efficacité de ces soins constituait un élément essentiel de la réduction des temps d'attente des patients pour certains types de chirurgie et d'intervention. Le Comité d'experts a également mentionné que pour accroître le nombre de ces chirurgies, il fallait disposer de ressources humaines, financières et en immobilisations suffisantes, mais que l'amélioration de l'efficacité des soins chirurgicaux, y compris l'efficacité des procédures périopératoires, permettrait d'accroître ce nombre encore davantage.

Surveillance des indicateurs de rendement concernant l'utilisation des salles d'opération

Les hôpitaux participant à la Stratégie de réduction des temps d'attente ont signé des ententes de financement avec le Ministère. Les ententes de financement des exercices 2005-2006 et 2006-2007 s'accompagnaient d'une exigence selon laquelle les hôpitaux devaient recueillir et résumer l'information sur les facteurs ayant une incidence sur l'efficacité des salles d'opération, tels que les annulations le jour même des chirurgies, les annulations qui surviennent dans un délai de 48 heures précédant les chirurgies, les retards causés par le début

tardif de la première chirurgie de la journée et les fermetures non prévues des salles d'opération.

Tous les hôpitaux que nous avons visités avaient participé à la Stratégie et recueilli certains des renseignements requis sur l'efficacité des salles d'opération. En outre, ils possédaient également certains renseignements sur d'autres mesures de rendement, telles que le nombre de chirurgies achevées en retard et l'exactitude des estimations de la durée des interventions. Cependant, aucun des hôpitaux ne recueillait tous les renseignements requis. Par exemple, aucun d'eux ne conservait l'information sur les fermetures non prévues des salles d'opération.

Les mesures de rendement s'avèrent également utiles pour évaluer le rendement d'un hôpital par rapport à celui d'autres hôpitaux comparables et déterminer les domaines pouvant faire l'objet d'améliorations. Au moment du dépôt du rapport de 2005 du Comité d'experts, les hôpitaux ontariens ayant des programmes chirurgicaux ne recueillaient pas l'information sur les mesures de rendement des services chirurgicaux et n'évaluaient pas celle-ci par rapport à des objectifs de référence provinciaux. Par conséquent, le Comité d'experts a recommandé que le Ministère appuie l'élaboration et la mise en œuvre d'objectifs de référence ontariens en matière de soins chirurgicaux. Le Ministère a par la suite introduit le Programme d'objectifs en matière d'efficacité des soins chirurgicaux (le Programme) à l'été 2006 et prévoyait le mettre en œuvre dans les quelque 80 hôpitaux participant à la Stratégie. En juin 2007, le Programme avait été mis en œuvre dans près de 60 hôpitaux. Un des hôpitaux que nous avons visités l'a mis en œuvre en novembre 2006, et les deux autres, en mai 2007. Le Programme recueille des renseignements sur un certain nombre de mesures de rendement, dont l'exactitude de l'heure de début de la première chirurgie de la journée (avec une marge d'erreur de plus ou moins 5 minutes) et des interventions suivantes (avec une marge d'erreur de plus ou

moins 15 minutes). Nous avons obtenu des données réparties sur une période de 12 mois prenant fin au printemps 2007, portant sur l'exactitude des heures de début des chirurgies dans près de 60 hôpitaux. Nous avons constaté qu'en ce qui concerne l'exactitude de l'heure de début de la première chirurgie de la journée, la valeur médiane était de 69 %, tandis qu'elle était de 58 % pour l'heure de début des chirurgies suivantes. Nous avons également observé certaines variations importantes dans le rendement des hôpitaux. Par exemple, le taux le plus élevé d'exactitude de l'heure de début de la première chirurgie de la journée était de 95 %, alors que le taux le plus bas était de 17 %. Dans un même ordre d'idées, les taux d'exactitude de l'heure de début des interventions suivantes effectuées dans la journée allaient de 98 % à 25 %. Dans les hôpitaux que nous avons visités, les taux d'exactitude de l'heure de début de la première chirurgie de la journée variaient de 27 % à 76 %, tandis que le taux d'exactitude de l'heure de début des chirurgies suivantes était d'environ 55 % en général. Selon ce que nous a dit le Ministère, nous croyons comprendre que celui-ci n'a pas rendu ces renseignements publics parce que le système est nouveau et qu'il n'a pas encore vérifié les données.

Un des hôpitaux que nous avons visités a surveillé l'utilisation réelle des salles d'opération à l'un de ses sites et l'a comparée à l'utilisation prévue des salles et à la capacité de ses salles d'opération durant les jours de semaine de l'exercice 2006-2007. Comme le montre la Figure 6, il y avait une assez bonne concordance entre l'utilisation réelle des salles d'opération et l'utilisation prévue, mais l'utilisation réelle par rapport à la capacité des salles d'opération révèle qu'une certaine capacité était inutilisée. Une capacité inutilisée peut s'expliquer par diverses raisons, notamment un manque de financement, une pénurie de personnel, un manque de lits et le calendrier des vacances.

Nous avons été informés que le Ministère prévoyait ajouter d'autres mesures de rendement

Figure 6 : Utilisation réelle des salles d'opération d'un hôpital en pourcentage de l'utilisation prévue et de la capacité, 2006-2007

Source des données : Un des hôpitaux vérifiés

Heures de la journée	Utilisation réelle des salles d'opération en pourcentage de :	
	l'utilisation prévue ¹	la disponibilité totale ²
8 h-11 h 59	85	77
12 h-14 h 59	83	75
15 h-16 h 59	100	48
17 h-19 h 59	82	14

1. L'« utilisation prévue » est fondée sur le nombre d'heures pour lesquelles du personnel est affecté aux salles d'opération, du lundi au vendredi.
2. La « disponibilité totale » est fondée sur le nombre d'heures maximal durant lesquelles les salles d'opération pourraient être disponibles si toutes les salles d'opération de l'hôpital étaient utilisées du lundi au vendredi.

au Programme, bien que, au moment de notre vérification, il n'avait pas encore fini de les élaborer. Selon le Ministère, les objectifs en matière de rendement seront établis en fonction des données portant sur l'ensemble de l'Ontario, une fois que tous les hôpitaux participants auront commencé à exécuter le Programme. Des résultats devraient être produits pour chacun des hôpitaux participants et résumés selon chaque Réseau local d'intégration des services de santé ainsi qu'à l'échelle provinciale. En outre, le Ministère a indiqué qu'il s'attendait à ce que, une fois le Programme entièrement mis en œuvre, les réseaux locaux d'intégration des services de santé examinent les résultats du Programme afin de déterminer si des gains d'efficacité peuvent être réalisés au niveau régional.

RECOMMANDATION 8

Pour déterminer si les ressources chirurgicales sont utilisées de façon efficace et efficiente, les hôpitaux devraient se servir des renseignements fournis par le nouveau Programme d'objectifs en matière d'efficacité des soins chirurgicaux afin de surveiller les mesures de rendement clé et de les comparer à des objectifs en matière de

rendement (une fois ceux-ci établis par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée) ainsi qu'à des points de repère internes et au rendement d'hôpitaux comparables.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES DES HÔPITAUX

Tous les hôpitaux sont d'accord avec cette recommandation.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère est d'accord avec cette recommandation et poursuivra la mise en œuvre du Programme d'objectifs en matière d'efficacité des soins chirurgicaux.

Goulots d'étranglement en matière de soins chirurgicaux

Selon le Comité d'experts, des goulots d'étranglement nuisant à la bonne marche du processus chirurgical peuvent survenir pour diverses raisons, dont un manque de lits disponibles pour les patients ayant subi une intervention chirurgicale et une pénurie de personnel tel que des anesthésistes. Ces goulots d'étranglement peuvent entraîner le retard ou l'annulation de chirurgies.

Disponibilité de lits

Selon l'information obtenue dans deux des hôpitaux que nous avons visités, des goulots d'étranglement en matière de soins chirurgicaux se produisaient. Plus particulièrement, nous avons été informés qu'il arrivait que ces deux hôpitaux retardent ou annulent des chirurgies non urgentes pour des raisons telles que le besoin de traiter des cas urgents et le manque de lits pour les patients qui viennent d'être opérés. Dans certains cas, des patients devaient demeurer dans la salle de réveil

jusqu'à ce que des lits se libèrent dans l'hôpital, ce qui obligeait d'autres patients à attendre dans la salle d'opération qu'une place devienne disponible dans la salle de réveil et, par conséquent, retardait la chirurgie suivante. Au lieu d'annuler des chirurgies, un de ces hôpitaux a gardé ses salles de réveil ouvertes toute la nuit à 37 reprises en 2006, pour y recevoir 98 patients.

Selon le personnel de ces deux hôpitaux, le manque de lits s'explique principalement par le fait que des patients ne nécessitant plus de soins hospitaliers devaient rester à l'hôpital jusqu'à ce qu'ils aient accès à un autre type d'hébergement, tel qu'un foyer de soins de longue durée. Au moment de notre vérification, ces deux hôpitaux comptaient 148 patients dont l'état ne nécessitait plus de soins hospitaliers; ces patients occupaient dans chacun de ces hôpitaux environ 13 % des lits, qui autrement auraient été mis à la disposition de patients ayant subi une chirurgie. Nous avons également constaté qu'en novembre 2006, un des hôpitaux comptait plus de 100 patients en attente d'un autre type d'hébergement et occupant 23 % des lits. En outre, cet hôpital a entrepris la construction d'un nouvel établissement en 2001, qui devrait contenir 12 % moins de lits que l'établissement actuel. La disponibilité de lits pourrait donc continuer de représenter un problème lorsque le nouvel hôpital ouvrira ses portes (en 2010 selon la prévision actuelle).

RECOMMANDATION 9

Pour aider à faire en sorte que les patients reçoivent les soins requis et restreindre le nombre d'annulations de chirurgies non urgentes, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, avec le concours des hôpitaux et des réseaux locaux d'intégration des services de santé, devrait élaborer et mettre en œuvre des stratégies visant à réduire le nombre de patients qui occupent des lits d'hôpitaux alors qu'ils ne nécessitent plus de soins hospitaliers.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES DES HÔPITAUX

Tous les hôpitaux sont d'accord avec cette recommandation. Un hôpital a indiqué que des chirurgies sont annulées lorsqu'une personne en attente d'une place dans un autre type d'hébergement (tel qu'un foyer de soins de longue durée) occupe un lit dont l'hôpital avait prévu qu'il serait disponible. En outre, le fait de transférer ces personnes vers le type d'hébergement approprié permettrait aux hôpitaux de réaffecter les fonds connexes aux services chirurgicaux et à d'autres secteurs où ils sont requis. Un autre hôpital a souligné que la question des patients qui restent à l'hôpital alors qu'ils sont en attente d'un autre type d'hébergement doit être prise en charge par le Ministère et des réseaux locaux d'intégration des services de santé, car elle concerne de nombreux intervenants, dont les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée, les centres d'accès aux soins communautaires, ainsi que les patients et leur famille.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère a travaillé avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) et leurs partenaires en soins de santé à un certain nombre d'initiatives visant à régler cette question et à améliorer le déplacement des patients au moyen d'un accès accru à d'autres services :

- Le 16 février 2007, le gouvernement a annoncé un financement ponctuel de 13,7 millions de dollars échelonné sur 2 ans afin de réduire les pressions qui s'exercent sur les hôpitaux à l'aide, par exemple, des mesures suivantes :
 - augmentation des services de soins à domicile et des services communautaires de soins;

- affectation d'employés additionnels des centres d'accès aux soins communautaires aux hôpitaux afin d'accélérer l'accès aux services communautaires;
- financement de lits de transition temporaires dans certaines collectivités.
- L'Initiative ontarienne d'amélioration de la performance du système de santé du Ministère constitue un projet d'amélioration de la qualité visant à améliorer le déplacement des patients de diverses façons, notamment en augmentant la capacité et en améliorant la planification des congés. Le projet de 18 mois a débuté en juillet 2007, et 32 hôpitaux, les RLISS et les centres d'accès aux soins communautaires y participent.
- Le 27 octobre 2006, le Ministère a annoncé une solution à plus long terme – 1 750 nouveaux lits de soins de longue durée et 662 lits de remplacement devraient avoir été aménagés en 2010.

Disponibilité des anesthésistes

Tous les hôpitaux que nous avons visités étaient préoccupés dans une certaine mesure, à tout le moins, par le fait d'avoir à assurer la présence d'anesthésistes aux fins de chirurgie. Or, en se fondant sur une étude publiée en 2002 par le *Journal canadien d'anesthésie*, le Comité d'experts a évalué qu'il manquait de 80 à 100 anesthésistes en Ontario.

En mars 2007, pour aider à remédier à cette pénurie d'anesthésistes, le Ministère a annoncé la création d'équipes de soins d'anesthésie devant être mises à l'essai dans neuf sites médicaux. Ces équipes sont composées d'un anesthésiste supervisant des assistants en anesthésie et des infirmières praticiennes qui assurent la prestation de services tels que la sédation consciente et l'administration de gaz d'anesthésie et de médicaments. Un des

hôpitaux que nous avons visités prévoyait utiliser des équipes de soins d'anesthésie pour la chirurgie de la cataracte. Selon le Comité d'experts, d'autres hôpitaux avaient eu recours à de telles équipes, ce qui avait permis de doubler le débit de patients devant subir une chirurgie de la cataracte dans certains de ces hôpitaux, sans toutefois compromettre la sécurité des patients. Cependant, le Comité d'experts a également constaté que le budget global des hôpitaux n'incite pas les établissements et les fournisseurs à élaborer des processus efficaces en vue de maximiser le débit de patients, car, bien que les anesthésistes soient rémunérés par l'entremise de l'Assurance-santé de l'Ontario, le coût des autres membres de l'équipe est payé par l'hôpital. En conséquence, il est moins onéreux pour l'hôpital d'avoir recours à un plus grand nombre d'anesthésistes que d'utiliser des équipes de soins d'anesthésie.

Dans un des hôpitaux que nous avons visités, lorsqu'il manquait d'anesthésistes pour les salles d'opération, certaines chirurgies de la cataracte à faible risque étaient effectuées en l'absence d'un anesthésiste. Nous avons constaté qu'au moins un autre hôpital ontarien avait aussi réalisé des chirurgies de la cataracte à faible risque en l'absence d'un anesthésiste. En outre, une étude effectuée au Manitoba et publiée en avril 2007 par le *Journal canadien d'ophtalmologie* a indiqué que l'anesthésie topique avec sédation par voie orale sans la présence d'un anesthésiste était non seulement sûre, mais qu'elle permettait aussi une utilisation efficace des ressources, dans la mesure où on pouvait affecter les ressources médicales limitées à d'autres secteurs où elles étaient davantage requises. Les lignes directrices en matière de chirurgie de la cataracte du Royal College of Ophthalmologists du Royaume-Uni précisent les circonstances dans lesquelles la présence d'un anesthésiste n'est pas requise. Nous n'avons pu trouver de lignes directrices canadiennes similaires, mais nous avons constaté que l'Ordre des médecins et chirurgiens de

l'Ontario, dans ses paramètres de pratique clinique et normes d'établissement en matière d'ophtalmologie à l'intention des établissements autonomes, mentionnait le recours à un médecin non spécialisé en anesthésie au lieu d'un anesthésiste afin d'assister l'ophtalmologiste en ce qui concerne l'anesthésie locale et la sédation.

RECOMMANDATION 10

Pour favoriser la meilleure utilisation possible des services d'anesthésie tout en faisant en sorte que les patients devant être anesthésiés le soient de façon sûre et efficace :

- le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait analyser les résultats des projets pilotes concernant les équipes de soins d'anesthésie et, si la situation le justifie, encourager l'application de ce concept à d'autres hôpitaux de l'Ontario, tout en revoyant les mécanismes de financement actuels pour s'assurer qu'ils appuient cette initiative;
- les hôpitaux, avec le concours de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, doivent déterminer dans quelles circonstances la présence d'un anesthésiste est requise dans les cas de chirurgie de la cataracte.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES DES HÔPITAUX

Les hôpitaux sont d'accord en général avec cette recommandation, et un hôpital a mentionné qu'il participait au projet pilote concernant les équipes de soins d'anesthésie. Un autre hôpital a indiqué que le Ministère devait financer des stages d'étudiants pour former notamment des inhalothérapeutes et du personnel infirmier spécialisé en anesthésie, ainsi que des infirmières premières assistantes en chirurgie.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère est encouragé par cette recommandation, et il poursuivra l'évaluation du Programme des équipes en soins d'anesthésie.

INSTRUMENTS CHIRURGICAUX

Les hôpitaux doivent veiller à ce que les instruments appropriés soient disponibles pour chaque chirurgie et à ce qu'ils soient nettoyés et stérilisés comme il se doit avant d'être utilisés. À ce sujet, le Comité d'experts a cerné un certain nombre de pratiques exemplaires pour les hôpitaux associés aux instruments chirurgicaux, notamment :

- s'assurer qu'il y a suffisamment d'instruments chirurgicaux en fonction de l'horaire d'utilisation des salles d'opération;
- utiliser des systèmes de gestion des instruments pour faciliter le suivi des instruments, ce qui comprend leur nettoyage et leur stérilisation;
- dans la mesure du possible, normaliser les instruments utilisés en fonction de l'intervention pratiquée, pour éviter que chaque chirurgien utilise des instruments différents.

Pour faire en sorte que les chirurgiens disposent des instruments dont ils ont besoin lors de chacune des interventions, les hôpitaux que nous avons visités notaient le nombre et le type d'instruments requis pour une intervention donnée ou par un chirurgien particulier effectuant une opération. Le personnel hospitalier utilisait ces listes pour préparer les plateaux d'instruments stérilisés. Le nombre d'instruments par plateau variait selon le type de chirurgie, certains nécessitant plus de 100 instruments; pour certaines chirurgies, il fallait plus d'un plateau. Étant donné le grand nombre de types d'instruments chirurgicaux, deux des hôpitaux que nous avons visités employaient un système permettant au personnel de voir une image de chaque

instrument requis, pour aider à faire en sorte que les plateaux soient correctement préparés.

Selon le Comité d'experts, des chirurgies peuvent être annulées lorsque les hôpitaux ont trop peu d'instruments chirurgicaux et qu'ils n'ont pas assez de temps entre deux chirurgies pour nettoyer et stériliser les instruments. Nous avons constaté que, dans tous les hôpitaux que nous avons visités, le personnel était préoccupé par le manque d'instruments, compte tenu plus particulièrement de la hausse du nombre de chirurgies effectuées en raison de la Stratégie. Afin d'atténuer les problèmes liés au manque d'instruments, dans tous les hôpitaux, du personnel était chargé d'examiner la liste des chirurgies prévues et de modifier l'horaire, au besoin, pour prévenir la pénurie d'instruments. Cependant, tous les hôpitaux ont indiqué qu'ils utilisaient également une méthode de stérilisation accélérée, appelée « stérilisation rapide », lorsqu'il n'y avait pas assez de temps pour effectuer la stérilisation et le nettoyage ordinaires des instruments avant de les utiliser pour une autre chirurgie.

Les guides de prévention des infections de Santé Canada, le document *Best Practices for Cleaning, Disinfecting and Sterilization in All Health Care Settings*, publié en avril 2006 par le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) du Ministère et le guide américain de prévention des infections dans les sites chirurgicaux indiquent tous que la stérilisation rapide « n'est pas recommandée » et ne devrait être utilisée qu'en cas d'urgence (par exemple, lorsqu'un instrument requis est échappé sur le sol durant une intervention). Selon les pratiques de stérilisation recommandées dans un cadre de pratique périopératoire de l'Association of Perioperative Registered Nurses des États-Unis, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2006, la stérilisation rapide devrait être utilisée le moins possible, car elle pourrait entraîner un risque accru d'infection pour les patients, étant donné que le personnel se voit alors dans l'obligation d'éliminer une ou plusieurs étapes du processus de nettoyage et de

stérilisation. Parallèlement, selon le CCPMI, la stérilisation peut ne pas être efficace si l'on ne respecte pas tous les paramètres essentiels de la procédure. Le document *Pratiques normalisées recommandées pour la stérilisation d'urgence (stérilisation rapide)* de l'Association canadienne de normalisation mentionne qu'étant donné qu'il est difficile de maintenir l'état stérile d'un instrument stérilisé par cette méthode lorsqu'il est transporté jusqu'au lieu d'utilisation et qu'il y a utilisation de l'instrument sans qu'on sache si le cycle de stérilisation a été efficace, l'utilisation de la stérilisation rapide n'est pas recommandée si on dispose de suffisamment de temps pour procéder à une stérilisation ordinaire. Le guide américain et le CCPMI précisent également qu'un manque d'instruments ne constitue pas un motif acceptable d'utilisation de cette méthode.

Dans ses pratiques exemplaires, le CCPMI recommande de tenir un registre des instruments ayant été stérilisés au moyen de la méthode de stérilisation rapide, dans lequel sont indiqués le nom du chirurgien qui a utilisé un tel instrument par la suite ainsi que le nom du patient sur lequel il a été utilisé. Un des hôpitaux que nous avons visités ne tenait pas de registre des instruments ayant été stérilisés au moyen de la méthode de stérilisation rapide, mais avait mis sur pied un groupe de travail, au début de 2007, chargé d'examiner les recommandations du CCPMI, y compris celles portant sur la stérilisation rapide. Les deux autres hôpitaux tenaient des registres. Dans l'un de ces hôpitaux, bien que le registre indiquait la liste des instruments ayant fait l'objet d'une stérilisation rapide, il ne contenait ni le nom du chirurgien qui avait utilisé un tel instrument ni celui du patient sur lequel il avait été utilisé. Toutefois, lorsqu'un instrument ayant fait l'objet d'une stérilisation rapide était utilisé, l'information était consignée dans le dossier du patient. L'autre hôpital conservait tous les renseignements requis et indiquait la raison pour laquelle des instruments avaient été stérilisés au moyen de la méthode de stérilisation rapide.

Nous avons constaté qu'un hôpital avait périodiquement examiné son utilisation de la stérilisation rapide; il a indiqué qu'il avait apporté des changements pour réduire le risque associé au nettoyage et au transport des instruments et qu'il avait également acheté des instruments additionnels. Nous avons examiné le registre de cet hôpital, qui couvrait une période de sept mois, car les raisons justifiant la stérilisation rapide d'instruments y étaient consignées. Il est ressorti de notre examen que près de 73 % des cas de stérilisation rapide survenaient en raison d'un manque d'instruments chirurgicaux. Un autre hôpital que nous avons visité utilisait la stérilisation rapide assez rarement – moins de huit fois par mois –, mais n'avait pas examiné les raisons justifiant le recours à cette méthode. Le troisième hôpital ne procédait pas à un examen périodique de la fréquence d'utilisation de la stérilisation rapide des instruments ou des raisons justifiant celle-ci de manière à pouvoir prendre des mesures correctives, au besoin.

Aucun des hôpitaux que nous avons visités ne disposait d'un système de gestion des instruments (par exemple, un système utilisant des codes à barres ou la technologie du balayage) pour connaître l'emplacement des instruments selon leur état – par exemple, en attente de nettoyage, stérilisés et prêts à l'emploi, en cours d'utilisation ou en réparation. Par conséquent, les hôpitaux n'avaient qu'une idée générale du nombre d'instruments chirurgicaux dont ils disposaient et ne connaissaient pas le nombre d'instruments prêts à être utilisés aux fins de chirurgie un jour donné. En outre, un rapport produit par les experts-conseils engagés par l'un des hôpitaux indiquait que cet hôpital n'avait aucun système permettant de s'assurer que tous les instruments étaient envoyés au nettoyage après une chirurgie. Par conséquent, beaucoup d'instruments ont été perdus (par exemple, jetés accidentellement). Nous avons toutefois constaté que tous les hôpitaux que nous avons visités avaient mis en place des procédures pour veiller à ce qu'aucun instrument médical ne soit laissé dans un patient.

RECOMMANDATION 11

Pour mieux faire en sorte qu'on dispose d'instruments chirurgicaux propres et stérilisés lorsqu'ils sont requis aux fins de chirurgies, les hôpitaux devraient :

- à la lumière du guide sur les pratiques exemplaires du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI), réexaminer la pratique consistant à utiliser la méthode de la stérilisation rapide dans des situations non urgentes;
- lorsque la méthode de la stérilisation rapide est utilisée, veiller à ce que soit tenu un registre des instruments stérilisés rapidement où sont inscrits le nom du chirurgien qui utilise un tel instrument par la suite et celui du patient sur lequel il a été utilisé, conformément aux recommandations du CCPMI;
- examiner les coûts et les avantages de la mise en œuvre d'un système de gestion des instruments permettant de connaître l'emplacement des instruments et leur état.

RÉSUMÉ DES RÉPONSES DES HÔPITAUX

Tous les hôpitaux sont d'accord avec cette recommandation. Un hôpital a insisté sur le fait que toutes les procédures appropriées sont respectées en vue d'une utilisation sécuritaire de la stérilisation rapide, ce qui comprend le nettoyage des instruments avant la stérilisation et leur transport après la stérilisation dans des contenants scellés. Cet hôpital a également indiqué que la diminution du recours à la stérilisation rapide nécessiterait qu'une quantité considérable de fonds pour les dépenses en immobilisations soient affectés tous les ans à l'achat d'instruments. L'hôpital a en outre mentionné que, depuis la fin de la vérification, il avait réduit de 16 % son utilisation de la

stérilisation rapide, et avait entrepris la mise en œuvre d'un plan visant l'achat des instruments requis ainsi que l'apport de changements à ses pratiques qui devraient entraîner une réduction totale de 70 % de l'utilisation de la stérilisation rapide. De plus, l'hôpital dispose maintenant d'un système électronique de suivi concernant la stérilisation rapide permettant de connaître, notamment, les volumes de stérilisation rapide, la raison justifiant le recours à la stérilisation rapide, ainsi que le nom du médecin et celui du patient. Un autre hôpital a mentionné que les hôpitaux ont besoin de précisions en ce qui concerne les situations où la stérilisation rapide est acceptable; il a suggéré qu'un taux cible maximal d'utilisation de la stérilisation rapide soit établi pour les hôpitaux, et que les hôpitaux dépassant ce taux déterminent des façons de réduire leur besoin de recourir à cette méthode de stérilisation.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère appuie la recommandation du vérificateur général et convient que les hôpitaux doivent effectuer un suivi des instruments ayant fait l'objet d'une stérilisation rapide, et il mentionne que les recommandations du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) constituent des pratiques exemplaires. Le Ministère a distribué le document *Best Practices for Cleaning, Disinfecting and Sterilization in All Health Care Settings* du CCPMI à tous les hôpitaux et à toutes les associations connexes, ainsi qu'aux ordres professionnels concernés. À l'heure actuelle, le Ministère collabore avec les professionnels en prévention des infections de chacun des hôpitaux de la province et les réseaux locaux d'intégration des services de santé afin d'aider les hôpitaux et les autres organismes de soins de santé à mettre en

œuvre ces pratiques exemplaires dans tous les domaines du nettoyage, de la désinfection et de la stérilisation.

Conformément à ce qui est indiqué dans le rapport du vérificateur général, le Ministère

convient qu'il peut être nécessaire de recourir à la stérilisation rapide en cas d'urgence et qu'une limite concernant l'utilisation de cette méthode devrait être établie à la suite de consultations avec des experts.