

## Chapitre 4

### Section 4.09

# Hôpitaux – Gestion et utilisation des installations chirurgicales

Suivi des vérifications de l'optimisation des  
ressources, section 3.09 du *Rapport annuel 2007*

## Contexte

Les hôpitaux publics de l'Ontario sont généralement gérés par un conseil d'administration qui est responsable de leur fonctionnement et qui établit les priorités à respecter pour répondre aux besoins des patients de la collectivité. En 2008-2009, les coûts de fonctionnement des hôpitaux de l'Ontario, dont le nombre s'élève à plus de 150, totalisaient à peu près 22 milliards de dollars (19 milliards en 2006-2007), dont environ 85 % était financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Selon le Ministère, en 2006-2007, environ 844 000 interventions chirurgicales et 135 000 procédures de diagnostic (dont des biopsies et des examens par imagerie médicale) ont été pratiquées dans les salles d'opération des hôpitaux de tout l'Ontario, à un coût d'environ 1,2 milliard de dollars. Ce coût comprend la rémunération du personnel infirmier et les fournitures médicales, mais exclut la plupart des services de médecins, dont ceux des chirurgiens, que le Ministère paye dans le cadre du Régime d'assurance-santé de l'Ontario.

Dans notre *Rapport annuel 2007*, nous notions que le Ministère avait lancé plusieurs initiatives pour aider les hôpitaux à améliorer les processus chirurgicaux, dont un projet pilote visant à centraliser l'aiguillage et l'évaluation des patients, qui permet aux patients de choisir le chirurgien dont la liste d'attente est la plus courte et permet de déterminer si la chirurgie est l'option la plus appropriée. Cependant, il ne disposait d'aucune information sur le nombre de salles d'opération en Ontario et leurs heures d'utilisation, le nombre de patients en attente de chirurgie et le type de chirurgie prévue.

Notre vérification mettait l'accent sur la gestion et l'utilisation des installations chirurgicales de façon à répondre aux besoins des patients. Nous avons effectué des travaux dans trois hôpitaux – Toronto East General Hospital, le Centre de soins de santé St-Joseph de Hamilton et l'Hôpital régional de Sudbury – qui avaient pratiqué quelque 44 000 interventions chirurgicales dans leurs 42 salles d'opération en 2006-2007. Nous avons conclu que les hôpitaux faisaient une bonne utilisation de leurs installations chirurgicales à certains égards, par exemple en mettant en oeuvre des procédures en vue de prioriser les cas urgents et de faire

une sélection préalable des patients devant subir une chirurgie non urgente. Les trois hôpitaux en question devaient utiliser plus efficacement leurs installations chirurgicales afin de réduire les délais d'attente pour les patients. Nous avons notamment observé ce qui suit :

- En moyenne, 12 % des salles d'opération des hôpitaux visités n'ont pas été utilisées la plupart des jours de semaine en 2006, et elles n'étaient généralement pas utilisées pour les chirurgies non urgentes les fins de semaine et les jours fériés. En outre, durant approximativement neuf semaines durant l'été 2006, environ 60 % seulement des salles d'opération ont été utilisées, surtout à cause des fermetures planifiées durant la période des vacances.
- Dans les hôpitaux visités, le nombre d'heures durant lesquelles chaque chirurgien pouvait utiliser les salles d'opération 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.
- La plupart des patients constituant des cas très urgents subissaient leur intervention chirurgicale dans les délais établis par les deux hôpitaux visités qui conservaient cette information, mais ces délais n'étaient pas respectés dans environ 13 % des cas urgents mais non critiques (par exemple, les cas d'appendicite aiguë).
- Malgré les lignes directrices cliniques indiquant que la plupart des 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 montraient que le taux d'ECG et de radiographies pulmonaires effectués dans les hôpitaux ontariens avant les interventions variaient considérablement pour les patients devant subir une chirurgie à faible risque.
- Aucun des hôpitaux visités n'avait effectué de suivi auprès des chirurgiens concernés – comme l'exige le Ministère – pour s'assurer que les patients ayant attendu plus longtemps que la période cible de dix mois avaient été réévalués. Dans 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.
- Les délais variaient considérablement dans certains cas, selon l'hôpital ou le réseau local d'intégration des services de santé. Par exemple, les patients de certains hôpitaux avaient attendu moins longtemps pour des chirurgies du cancer de priorité plus faible que les patients d'autres hôpitaux pour des chirurgies du cancer plus urgentes.
- Dans deux des hôpitaux 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. Cela avait pour effet de réduire le nombre de lits postopératoires disponibles, de sorte que les interventions chirurgicales devaient parfois être retardées ou annulées.
- D'après le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses du Ministère, la stérilisation rapide des instruments chirurgicaux ne devrait être utilisée qu'en cas d'urgence. Nous avons toutefois constaté que cette méthode était souvent utilisée dans des situations non urgentes, par exemple lorsqu'on manquait d'instruments.

Nous savions également que les hôpitaux ainsi que le Ministère et les réseaux locaux d'intégration des services de santé auraient à surmonter des difficultés pour donner suite aux observations et aux recommandations figurant dans notre rapport, particulièrement celles nécessitant la coopération de tous les intervenants, dont les médecins payés à l'acte par l'Assurance-santé de l'Ontario plutôt que par les hôpitaux.

Nous avons recommandé un certain nombre d'améliorations, et les hôpitaux visités ainsi que le Ministère se sont engagés à prendre des mesures en réponse à nos préoccupations.

## État actuel des recommandations

Au printemps et à l'été 2009, les trois hôpitaux visités, de même que le Ministère, nous ont fourni des renseignements sur l'état actuel de nos recommandations. Selon ces renseignements, d'importants progrès ont été réalisés dans la mise en oeuvre de la plupart des recommandations de notre *Rapport annuel 2007*, mais il faudra parfois plusieurs années pour en assurer l'application intégrale, par exemple dans le cas des projets visant à réduire le nombre de patients qui n'ont plus besoin de soins hospitaliers mais qui occupent encore un lit d'hôpital. Un résumé des mesures prises par les hôpitaux, et le Ministère s'il y a lieu, suit chaque recommandation.

### ACCÈS AUX SERVICES DE CHIRURGIE

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

##### 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.*

##### État actuel

Le Ministère a indiqué qu'en mars 2009, il assurait un suivi du nombre de salles d'opération pour tous les hôpitaux par l'entremise du Système de production de rapports/Système intégré de gestion des

hôpitaux de l'Ontario. Il a ajouté qu'il montrait aux réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) comment se servir du système et comment interpréter les rapports sur l'utilisation des salles d'opération par les hôpitaux.

En outre, le Programme d'objectifs en matière d'efficacité des soins chirurgicaux, un outil Web conçu pour surveiller des indicateurs prédéterminés du rendement, dont la disponibilité et l'utilisation des salles d'opération, a été implanté dans tous les hôpitaux participant à la Stratégie de réduction des temps d'attente du Ministère en 2007-2008. Les hôpitaux participants (dont les trois visités durant notre vérification) entrent les données sur les salles d'opération dans ce système, ce qui leur a permis, en mars 2009, de comparer leurs résultats aux objectifs provinciaux afin de déterminer les points à améliorer.

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

##### 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, selon lesquelles il faut davantage tenir compte des besoins des patients que des heures d'utilisation ayant été attribuées à chaque chirurgien dans le passé.*

##### État actuel

Au moment de notre suivi, le Ministère a indiqué qu'il continuerait de travailler avec les hôpitaux et de les encourager à mettre en oeuvre les recommandations du Comité d'experts en matière d'analyse et d'amélioration des procédures chirurgicales.

Un hôpital a fait remarquer qu'il s'employait à répartir le temps d'utilisation des salles d'opération

entre les chirurgiens en fonction des besoins des patients et qu'en juin 2009, son comité d'utilisation des salles d'opération avait adopté une motion pour attribuer une tranche de temps hebdomadaire à chaque chirurgien et répartir les autres heures d'utilisation en fonction de la demande. Le comité se réunira de nouveau en septembre 2009 pour perfectionner davantage le mécanisme de redistribution des temps d'utilisation des salles d'opération en fonction des besoins des patients dont témoignent les listes d'attente chirurgicales.

Un autre hôpital a indiqué que les données sur les listes d'attente accessibles par l'entremise du Système d'information sur les temps d'attente (SITA) aidaient à déterminer les besoins prioritaires. Il a souligné que la répartition du temps d'utilisation des salles d'opération entre les chirurgiens n'était pas une science exacte, mais que les données sur les temps d'attente des patients, les salles d'opération et l'utilisation qu'en font les chirurgiens facilitaient la prise de décisions objectives. L'hôpital a fait remarquer que le financement restait le principal déterminant de l'accès des chirurgiens aux salles d'opération, mais que le financement fourni par le réseau local d'intégration des services de santé lui permettait d'accroître le temps d'utilisation mis à la disposition des chirurgiens généralistes qui pratiquent des chirurgies autres que celles du cancer et dont les temps d'attente sont plus longs que les objectifs de référence du SITA.

Le troisième hôpital a déclaré qu'il mettait en oeuvre un système de gestion de l'information, qui devait notamment lui permettre de mesurer la répartition du temps d'utilisation des salles d'opération entre les chirurgiens, les temps d'attente des patients et l'accès aux salles d'opération selon le niveau de priorité du patient, par chirurgien et par service. L'hôpital s'attendait à ce que le système soit pleinement mis en oeuvre en février 2010 et il prévoyait utiliser l'information fournie par ce système pour modifier son calendrier d'utilisation des salles d'opération en fonction des besoins des patients et des instruments et autres ressources disponibles. Il prévoyait aussi mettre de côté une partie du temps

alloué à chaque chirurgien pour les chirurgies plus urgentes en permettant à ce dernier de réserver la salle d'opération jusqu'à 48 heures avant la chirurgie. L'hôpital s'attendait à ce que ces changements lui fournissent l'information voulue pour déterminer le temps d'utilisation requis pour les cas urgents par chaque service ainsi que la répartition globale du temps d'utilisation des salles d'opération par priorité, besoin et service.

## Établissement du calendrier des chirurgies

### Chirurgies non urgentes

#### 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.*

#### État actuel

Le Ministère a indiqué que, depuis juillet 2007, les hôpitaux participant à l'initiative de réduction des temps d'attente surveillaient l'exactitude de l'horaire d'utilisation des salles d'opération en comparant la durée estimative à la durée réelle de chaque chirurgie. Ceci permet aux hôpitaux de 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.

Au moment de notre suivi, un hôpital a souligné que son comité d'utilisation des salles d'opération comparait périodiquement les temps estimatifs aux temps réels des chirurgies et qu'il ajustait l'horaire d'utilisation au besoin. L'hôpital a fait observer qu'il avait amélioré l'utilisation des salles d'opération, mais qu'il restait encore des écarts dans l'horaire, car il attendait que dix chirurgies d'un type donné affichent un écart entre le temps estimatif et le temps réel pour apporter des ajustements.

Un autre hôpital a déclaré qu'en janvier 2009, il avait constitué un comité d'utilisation des salles d'opération qui avait notamment pour mandat de vérifier si les chirurgies commençaient à l'heure prévue, de déterminer les causes des retards, de surveiller le temps requis pour mener les chirurgies à terme et de recommander les améliorations à apporter à l'utilisation et l'accessibilité des salles d'opération. Cet hôpital utilise une procédure automatisée qui calcule le temps moyen pris par chaque chirurgien pour mener à bien ses dix dernières interventions. Ce temps moyen est utilisé pour réserver la salle d'opération, mais il peut être ajusté manuellement (par exemple, pour un cas complexe qui demande plus de temps).

Le troisième hôpital a indiqué qu'il examinait les données et qu'il s'en servait pour déterminer le temps total approprié par intervention et par chirurgien. Cette information fait l'objet d'une discussion lors des réunions de la direction des soins périopératoires. L'hôpital s'attend à ce qu'une fois le nouveau système de gestion de l'information pleinement mis en oeuvre, il puisse calculer le temps d'utilisation des salles d'opération par chirurgien et par cas en fonction du temps moyen pris par le chirurgien pour mener à terme ses sept dernières interventions semblables. Ceci comprendra le temps requis pour préparer et nettoyer la salle d'opération. L'hôpital s'attend à ce que cela lui permette d'améliorer l'exactitude des données sur la durée des chirurgies. Il examine également les processus utilisés par le bureau qui établit l'horaire d'utilisation des salles d'opération et il élaborera de nouvelles politiques et lignes directrices au besoin pour améliorer l'exactitude de ses données sur la durée des interventions.

## Chirurgies urgentes

### 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 oeuvre 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.

### État actuel

Au moment de notre suivi, le Ministère a indiqué qu'un système compatible d'établissement de l'ordre de priorité pour les cas chirurgicaux urgents et très urgents avait été mis en oeuvre par les hôpitaux participant à sa Stratégie de réduction des temps d'attente. Les codes de priorité finalisés et leurs définitions, avec des exemples des procédures classées sous chaque code, ont été mis à la disposition de tous les hôpitaux en mai 2008. Les hôpitaux qui participent à la Stratégie de réduction des temps d'attente du Ministère, dont le nombre dépasse 80, doivent utiliser le Programme d'objectifs en matière d'efficacité des soins chirurgicaux pour déterminer si les patients sont traités dans les délais.

Les trois hôpitaux ont confirmé qu'ils avaient adopté le système d'établissement de l'ordre de priorité du Ministère pour les cas chirurgicaux

urgents et très urgents et indiqué qu'ils vérifiaient périodiquement si les chirurgiens se conformaient au système d'établissement de l'ordre de priorité. Un des hôpitaux a également instauré un processus pour régler le cas des chirurgiens qui ne se conforment pas au système.

Les trois hôpitaux ont souligné qu'ils surveillaient les listes d'attente pour s'assurer que les patients sont opérés dans les délais établis pour chaque niveau de priorité. Un hôpital a fait remarquer que les cas moins urgents dont le temps d'attente dépasse le délai fixé à l'origine passeraient à une catégorie plus élevée.

Un hôpital a déclaré qu'il mettait désormais du temps de côté pour les patients nécessitant des soins d'urgence afin de respecter les lignes directrices sur les temps d'attente maximums selon l'ordre de priorité des patients. Par exemple, le service d'orthopédie a prévu du temps pour les cas urgents et très urgents dans l'horaire quotidien d'utilisation des salles d'opération, car les statistiques démontrent qu'il existe une demande constante de chirurgies orthopédiques d'urgence. Un autre hôpital prévoit du temps pour les cas urgents dans l'horaire quotidien, et le troisième continue de réserver des blocs de temps pour les cas de trauma.

## Sélection et examens préopératoires des patients

### 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'examen préopératoire des patients approuvées par le Comité consultatif des guides de pratique clinique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et l'Ontario Medical Association.*

### État actuel

Au moment de notre suivi, le Ministère a indiqué qu'il continuerait de travailler avec les hôpitaux et de les encourager à mettre en oeuvre un programme efficace de sélection préopératoire des patients, comme le Comité d'experts en matière d'analyse et d'amélioration des procédures chirurgicales l'a noté dans son rapport. Par exemple, les patients présentant des conditions cliniques comparables et devant subir une intervention chirurgicale similaire devraient être sélectionnés et examinés de façon semblable, quels que soient le chirurgien, l'anesthésiste et l'approche favorisée par le chirurgien. À cet égard, le Ministère a souligné que le processus de sélection des patients était l'un des points examinés par les équipes d'encadrement des soins préopératoires, qui ont été établies par le Ministère et qui regroupent des membres du personnel hospitalier ayant de l'expérience en gestion des ressources préopératoires. Entre décembre 2006 et avril 2009, ces équipes ont visité 56 hôpitaux.

Un hôpital a affirmé que la sélection préopératoire se faisait surtout sur place, mais qu'elle pouvait aussi se faire par téléphone dans le cas des patients qui habitent à plus de deux heures de route. Ses anesthésistes ont d'ailleurs établi des critères cliniques pour indiquer si le patient doit être vu par un anesthésiste avant la chirurgie. L'hôpital a ajouté qu'il avait intégré les lignes directrices en matière d'examen préopératoire des patients à ses politiques de sélection.

Un autre hôpital a indiqué qu'il continuait de respecter les lignes directrices approuvées par le Comité consultatif des guides de pratique clinique et que son service d'anesthésie continuait lui aussi

de veiller à ce que les examens préopératoires demandés par les chirurgiens traitants soient exécutés conformément aux lignes directrices de la Société canadienne des anesthésiologistes.

Le troisième hôpital a déclaré qu'il comparait ses activités d'évaluation et de sélection préopératoires à celles d'autres hôpitaux d'enseignement et d'autres hôpitaux de son réseau local d'intégration des services de santé. Les résultats de cette comparaison montraient que les autres hôpitaux n'avaient pas, comme lui, pour pratique de demander à un anesthésiste de voir presque tous les patients avant la chirurgie. Les anesthésistes de l'hôpital ont toutefois affirmé que cette pratique garantissait de meilleurs soins et une plus grande sécurité aux patients. L'hôpital a donc décidé de ne pas modifier la pratique en vigueur. Il a ajouté qu'après la pleine mise en oeuvre de son nouveau système de gestion de l'information (prévue pour février 2010), il travaillerait avec ses chirurgiens et ses anesthésistes à rationaliser et à normaliser ses exigences en matière d'examen préopératoire.

## TEMPS D'ATTENTE

### 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. En outre, le Ministère doit rendre publics les renseignements sur les temps d'attente des patients selon le niveau de priorité et revoir sa décision de ne pas déclarer à l'avenir les renseignements sur les temps d'attente selon le chirurgien ou, à tout le moins, permettre aux médecins traitants de disposer de cette information.*

### État actuel

Au moment de notre suivi, le Ministère recueillait des données sur les temps d'attente pour certaines procédures chirurgicales auprès des hôpitaux participant à la Stratégie de réduction des temps d'attente, par l'entremise de son Système d'information sur les temps d'attente (SITA). Le Ministère a fait observer que les hôpitaux pouvaient se servir du SITA pour produire des rapports par niveau de priorité et par chirurgien, et qu'il avait commencé en avril 2008 à rendre publics les temps d'attente par niveau de priorité. En octobre 2008, il a aussi commencé à rendre publics les temps d'attente pour toutes les chirurgies générales, ophtalmologiques et orthopédiques, qui représenteraient plus de 50 % des chirurgies pratiquées en Ontario. Le Ministère prévoyait que les temps d'attente pour toutes les procédures chirurgicales dans les hôpitaux participant à la Stratégie de réduction des temps d'attente seraient calculés et rendus publics avant l'automne 2009. Il a ajouté qu'il ne prévoyait pas pour le moment de rendre publics les temps d'attente selon le chirurgien ou de mettre cette information à la disposition des médecins traitants parce que le système de santé accorde moins d'importance aux listes d'attente propres à chaque chirurgien. À cet égard, le Ministère prévoyait mettre en oeuvre neuf projets pilotes – surtout pour les arthroplasties – d'ici la fin de 2009-2010. Ces projets visent à centraliser l'aiguillage et l'évaluation des patients, ce qui permet aux patients de choisir le chirurgien dont la liste d'attente est la plus courte ou de choisir un autre chirurgien en sachant qu'ils attendront plus longtemps.

Un hôpital a fait remarquer qu'il affichait les temps d'attente pour certaines chirurgies sur son site Web public. Un autre hôpital a indiqué qu'il surveillait les patients qui attendent depuis plus longtemps que le délai recommandé par niveau de priorité et par chirurgien, et qu'il offrait des options de rechange à ces patients, comme se faire opérer par un autre chirurgien. Le troisième hôpital a noté qu'il avait apporté un certain nombre de changements pour mieux gérer ses temps d'attente. Par

exemple, les chirurgiens utilisent maintenant les données sur l'ordre de priorité et sur les temps d'attente pour prévoir leurs interventions. Par ailleurs, des rapports mensuels sur les temps d'attente propres à chaque chirurgien sont envoyés à l'intéressé et soumis à l'examen de la personne responsable de chaque domaine de spécialité.

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

#### 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 pouvant être comparés 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.*

#### État actuel

Au moment de notre suivi, le Ministère a indiqué que le Système d'information sur les temps d'attente (SITA) produisait maintenant de nombreux rapports normalisés, notamment sur les temps d'attente par niveau de priorité et par chirurgien et sur le nombre d'interventions annulées. En mai 2008, un outil Web a été mis en oeuvre qui permet aux hôpitaux d'accéder plus facilement à cette information. Le Ministère a également précisé qu'il avait offert une formation sur le SITA à tous les hôpitaux. Il a ajouté que d'autres rapports normalisés étaient en voie d'élaboration au moment où les utilisateurs du SITA apprenaient comment tirer parti des renseignements disponibles.

Un hôpital a précisé qu'il examinait les temps d'attente qui semblaient dépasser les délais de référence ou s'allonger afin d'en déterminer les causes et de prendre des mesures de suivi appropriées. Les

données inexactes sont signalées au Bureau d'information sur les temps d'attente du Ministère. Un autre hôpital a indiqué qu'il vérifiait chaque mois avec les bureaux des chirurgiens l'exactitude de ses listes d'attente. Le troisième hôpital a remarqué qu'il faisait un recoupement quotidien des données du SITA avec ses données sur les salles d'opération et qu'il communiquait avec les bureaux des chirurgiens afin d'expliquer tout écart. Deux des hôpitaux ont mentionné qu'ils participaient au programme annuel de validation de la qualité des données du Bureau d'information sur les temps d'attente, qui consiste à valider un échantillon de données afin de repérer tout problème de qualité.

## EFFICIENCE DES SALLES D'OPÉRATION

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

#### Recommandation 8

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

#### État actuel

Selon le Ministère, au moment de notre suivi, des objectifs de rendement clés et des pratiques exemplaires avaient été élaborés pour le Programme d'objectifs en matière d'efficience des soins chirurgicaux. Ceux-ci comprenaient des objectifs de rendement relatifs au respect des heures de début et à l'utilisation des salles d'opération, ainsi que des pratiques exemplaires touchant l'annulation de chirurgies, la fermeture de salles d'opération et les volumes d'interventions.

Un hôpital a précisé qu'au moment de notre suivi, il surveillait cinq indicateurs clés par rapport aux points de repère du Programme. Il s'attend à ce que cette surveillance lui donne une vue plus proactive de ses défis et lui permette de déterminer les changements requis pour améliorer le débit de traitement des patients, réduire les heures supplémentaires, faire une meilleure utilisation des salles d'opération et prévenir les goulots d'étranglement. L'hôpital a aussi examiné ses processus de roulement des patients au printemps 2009 et il est à élaborer des stratégies afin d'améliorer ces processus.

Un autre hôpital nous a informés qu'il utilisait l'information fournie par le Programme pour surveiller le rendement par salle d'opération et par service chirurgical. Son conseil de gestion des chirurgies examine aussi les indicateurs trimestriels et il s'est doté de politiques pour corriger les écarts. L'hôpital a toutefois constaté qu'il y avait parfois des goulots d'étranglement qui le forçaient à annuler des interventions en raison du manque de lits, particulièrement pour les soins aux malades en phase critique. Les efforts de réduction des temps d'attente en salle des urgences peuvent aussi entraîner l'annulation d'interventions chirurgicales en raison du manque de lits.

Le troisième hôpital a indiqué qu'il examinait les données du Programme afin de comparer son rendement par rapport aux objectifs de référence à celui d'autres hôpitaux, et qu'il communiquait les résultats mensuels à son comité de gestion des salles d'opération.

## Goulots d'étranglement en matière de soins chirurgicaux

### Disponibilité de lits

#### 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 oeuvre des*

*stratégies visant à réduire le nombre de patients qui occupent des lits d'hôpitaux alors qu'ils ne nécessitent plus de soins hospitaliers.*

### État actuel

Au moment de notre suivi, le Ministère a déclaré que la question complexe des patients qui ne nécessitent plus de soins hospitaliers mais qui occupent des lits d'hôpitaux devait faire l'objet d'un examen systématique par différents intervenants, dont les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée.

Le Ministère a indiqué qu'il travaillait avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) à un certain nombre d'initiatives visant à régler cette question. Il prévoyait notamment :

- augmenter les services de soins à domicile et les services communautaires de soutien;
- placer d'autres membres du personnel des centres d'accès aux soins communautaires dans les hôpitaux afin d'accélérer l'accès des patients aux services communautaires;
- financer des lits de transition temporaires dans certaines collectivités pour les patients qui attendent d'être admis dans des foyers de soins de longue durée ou d'autres établissements communautaires;
- affecter des fonds aux RLISS pour qu'ils puissent investir dans des solutions locales pour les patients nécessitant un autre niveau de soins.

Le Ministère a également fait remarquer que son Initiative ontarienne d'amélioration de la performance du système de santé coordonnait un projet visant à améliorer le roulement des patients dans un groupe de 90 hôpitaux. Les objectifs du projet comprennent l'amélioration du processus de planification des sorties, pour que les patients puissent sortir de l'hôpital en temps plus opportun. Le projet devrait se terminer avant l'été 2011. Le Ministère a ajouté qu'il était à élaborer un système qui fournirait notamment des renseignements sur les délais d'accès au niveau de soins approprié – par exemple à un foyer de soins de longue durée – pour les patients qui n'ont plus besoin de soins hospitaliers. Il s'attendait

d'ailleurs à créer près de 2 000 nouveaux lits en foyer de soins de longue durée d'ici l'hiver 2012

Les trois hôpitaux ont avoué qu'ils avaient encore des défis à relever pour réduire le nombre de patients qui occupent des lits d'hôpitaux mais qui n'ont plus besoin de soins hospitaliers.

Un hôpital a mentionné que son RLSS et le Ministère n'avaient pas encore réglé la question de façon satisfaisante, ce qui se répercute sur l'accès à la chirurgie, parce qu'il n'y a pas de lits pour les patients. Il a toutefois précisé qu'il s'efforçait de résoudre le problème en collaboration avec son RLSS et ses partenaires communautaires.

Un autre hôpital a déclaré que la stratégie ministérielle de réduction des temps d'attente en salle des urgences l'exposait à un plus grand risque d'annulation des chirurgies, parce qu'elle donnait aux cas urgents un accès préférentiel aux unités de soins intensifs. Ceci a pour effet d'aggraver le problème d'accès associé aux patients qui occupent des lits d'hôpitaux mais qui ont besoin d'un autre niveau de soins. Cet hôpital a indiqué qu'il avait réussi, en collaboration avec son RLSS, à réduire les délais pour les patients qui attendent d'être admis dans des foyers de soins de longue durée, mais que la période d'attente restait longue et que cela affectait l'accès aux soins postopératoires pour les patients.

Le troisième hôpital a aussi admis qu'il faisait face à des défis associés au roulement des patients dans sa salle des urgences, mais qu'il avait modifié sa structure de gestion quotidienne des lits en novembre 2008 afin de mieux prévoir le nombre de lits dont il aura besoin et prévenir ainsi l'annulation de chirurgies.

## Disponibilité des anesthésistes

### 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.*

### État actuel

Au moment de notre suivi, le Ministère a indiqué qu'il avait reçu le rapport final sur la phase 1 des projets pilotes des équipes de soins d'anesthésie au printemps 2009. Il s'attendait à achever l'évaluation du rapport avant la fin de 2009. Le Ministère a déclaré qu'il se baserait sur les résultats de l'évaluation pour déterminer s'il y a lieu d'étendre les équipes de soins d'anesthésie à d'autres spécialités chirurgicales des hôpitaux participant à sa Stratégie de réduction des temps d'attente.

Deux des hôpitaux ont dit que leur effectif d'anesthésistes était complet, et le troisième a précisé que le sien était resté stable et n'avait guère affecté sa capacité à offrir des services chirurgicaux.

Un des hôpitaux a fait remarquer qu'il participait au projet pilote des équipes de soins d'anesthésie, qui l'avait beaucoup aidé à étendre la disponibilité des anesthésistes à d'autres types de chirurgies. Il craignait toutefois que l'expansion de ce projet ne soit freinée par le manque de fonds pour le programme de formation des assistants en anesthésie. Il a ajouté que les hôpitaux auraient besoin d'une aide financière pour payer les assistants en anesthésie, car les anesthésistes sont rémunérés par l'entremise du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (OHIP), tandis que les assistants doivent être payés directement par l'hôpital.

Un autre hôpital a indiqué qu'il faisait appel à des assistants en anesthésie pour les chirurgies de la cataracte et qu'il prévoyait étendre leur affectation à

son service d'obstétrique, à ses opérations urgentes et à d'autres procédures.

Le troisième hôpital a dit qu'il avait pour pratique d'affecter un anesthésiste à tous les cas de chirurgie de la cataracte sauf lorsqu'aucun d'eux n'est disponible.

Ni les hôpitaux ni le Ministère n'ont effectué d'autres travaux, par exemple avec le concours de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, pour déterminer dans quelles circonstances la présence d'un anesthésiste est requise dans les cas de chirurgie de la cataracte.

## INSTRUMENTS CHIRURGICAUX

### 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 oeuvre d'un système de gestion des instruments permettant de connaître l'emplacement des instruments et leur état.*

### État actuel

En novembre 2007, le Ministère, de concert avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario, a envoyé une lettre à tous les hôpitaux pour leur demander d'examiner leurs procédures de stérilisation à la lumière des lignes directrices du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI). Plus

tard le même mois, l'Association des hôpitaux de l'Ontario a convoqué une vidéoconférence, présidée par le CCPMI, pour discuter de la question de la stérilisation rapide avec les hôpitaux. En janvier 2008, l'Association des hôpitaux de l'Ontario a distribué à tous les hôpitaux un feuillet d'information de deux pages sur la stérilisation rapide, rédigé en collaboration avec le CCPMI et affiché sur le site Web du Ministère. Le feuillet d'information donnait d'autres conseils aux hôpitaux sur les circonstances dans lesquelles la stérilisation rapide est acceptable et sur l'information à consigner le cas échéant.

Au moment de notre suivi, un des hôpitaux a fait remarquer que, dans le cadre d'un vaste programme de remplacement lancé il y a deux ans, il avait acheté du matériel pour ne pas avoir à recourir à la stérilisation rapide dans le cas des instruments uniques. Il a ajouté qu'il avait rarement recours à la stérilisation rapide, qu'il consignait tous les cas d'utilisation et en assurait le suivi, et qu'il conservait les données conformément aux recommandations du CCPMI. L'hôpital a également précisé qu'il effectuait des vérifications mensuelles afin d'assurer la conformité aux recommandations du CCPMI et qu'il avait inclus un système de suivi des instruments dans son plan d'immobilisations pour 2010.

Un autre hôpital a dit qu'il se conformait maintenant aux recommandations du CCPMI sur le recours à la stérilisation rapide et qu'il avait réussi à réduire le taux d'utilisation de cette technique de 31 % entre 2007-2008 et 2008-2009. Il a ajouté qu'il avait acheté de nouveaux instruments chirurgicaux, surtout dans le but de réduire le recours à la stérilisation rapide, et que son nouveau système de gestion des instruments serait mis en oeuvre avant février 2010.

Le troisième hôpital a indiqué que son recours à la stérilisation rapide était strictement conforme aux lignes directrices du CCPMI. Pour se conformer à ces lignes directrices, il a mis en oeuvre une politique alignée sur la norme connexe du CCPMI, acheté d'autres instruments et amélioré sa documentation ainsi que ses méthodes de suivi des instruments afin

de repérer les cas de stérilisation rapide. L'hôpital a déclaré qu'il faisait un examen mensuel de ces cas et qu'il donnait suite à toute dérogation aux lignes directrices du CCPMI. L'hôpital a d'ailleurs noté que, depuis décembre 2008, il affichait une moyenne de seulement quatre cas de stérilisation rapide par mois et que les raisons invoquées pour

justifier ces cas figuraient parmi les raisons approuvées par le CCPMI. En ce qui concerne le système de gestion des instruments, l'hôpital a indiqué qu'il examinait le rapport coûts/avantages de l'impartition du retraitement des instruments à une société qui possède un système de suivi de l'emplacement et de l'état des instruments.