



Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Audit de l'optimisation
des ressources :
Chirurgies en
consultation externe



Décembre 2021

Chirurgies en consultation externe

1.0 Résumé

La chirurgie en consultation externe, parfois appelée « chirurgie d'un jour » ou « chirurgie ambulatoire », désigne habituellement l'intervention chirurgicale pour laquelle un patient passe moins de 24 heures à l'hôpital avant de rentrer chez lui. Il y a de nombreux avantages à y recourir lorsque cela est sécuritaire.

Ainsi :

- Le lit d'hôpital peut servir à d'autres patients dont les besoins en matière de santé sont urgents et émergents.
- Puisqu'elle requiert moins de ressources hospitalières, la chirurgie en consultation externe est plus économique que la chirurgie avec hospitalisation.
- Le risque qu'un patient contracte un virus et une infection associés au milieu hospitalier est réduit.
- Étant donné que la chirurgie en consultation externe, lorsqu'elle est effectuée de façon sécuritaire et appropriée, peut être moins stressante que la chirurgie avec hospitalisation et qu'elle permet au patient de reprendre sa routine plus rapidement, nombreux sont ceux qui préfèrent se rétablir à la maison plutôt qu'à l'hôpital.

Les chirurgies ne sont pas définies comme étant soit des chirurgies avec hospitalisation, soit des chirurgies en consultation externe. De nombreux facteurs, comme la santé du patient et les soutiens dont ce dernier dispose à la maison, sont pris en considération pour déterminer si une chirurgie peut être réalisée de façon sécuritaire et appropriée en

consultation externe ou si le patient doit être admis et demeurer à l'hôpital plus longtemps pour y faire l'objet d'une surveillance et y obtenir des soins postopératoires. Bien que quelques interventions chirurgicales puissent être réalisées en consultation externe, d'autres ne peuvent l'être en raison du risque et de la complexité de l'intervention et de la nécessité de surveiller le patient plus longtemps, comme dans le cas d'une greffe de rein.

Le ministère de la Santé (le Ministère) octroie du financement aux hôpitaux publics, à un hôpital privé et à 10 établissements de santé autonomes (ÉSA) pour réaliser des chirurgies. Il rémunère également les médecins et les chirurgiens qui réalisent les chirurgies sur la foi de factures présentées au Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO). Comme les chirurgies elles-mêmes ne sont pas définies en tant que chirurgies avec hospitalisation ou chirurgies en consultation externe, les chirurgies réalisées en consultation externe ne sont pas assorties d'un mécanisme de financement qui leur est propre.

Les hôpitaux publics effectuent la majorité des chirurgies en consultation externe en Ontario. Selon les données de Santé Ontario, en 2020-2021, les hôpitaux publics ont effectué environ 330 000 chirurgies en consultation externe, comparativement à environ 440 000 à 455 000 au cours des quatre années précédant l'impact de la COVID-19, comme le montre la **figure 2**. Les ÉSA ne peuvent réaliser des chirurgies qu'en consultation externe. En 2020-2021, le Ministère a versé environ 13 millions de dollars aux 10 ÉSA de l'Ontario (voir l'**annexe 1**) pour qu'elles effectuent environ 16 400 chirurgies en consultation externe. Un hôpital

privé (Don Mills Surgical Unit) réalise également des chirurgies en consultation externe et a reçu, en 2020-2021, un financement de 2,6 millions de dollars environ pour réaliser approximativement 1 800 chirurgies en consultation externe.

Notre examen des données de l'Ontario sur les chirurgies couramment effectuées en consultation externe, soit les remplacements articulaires (hanche ou genou) et les chirurgies de la cataracte, nous a permis de constater que le pourcentage de patients traités dans les délais de référence (environ six mois pour les arthroplasties de la hanche ou du genou et trois mois pour les chirurgies de la cataracte) diminuait constamment. Toutes les provinces ont affiché une tendance similaire ces dernières années, environ la moitié de la population canadienne n'ayant pas subi ces chirurgies dans les délais recommandés en 2020, comparativement à environ le tiers en 2019. L'Ontario a affiché un rendement légèrement supérieur à la moyenne canadienne en 2019 et en 2020, sauf pour les chirurgies de la cataracte, dans lequel cas seulement 40 % de la population ontarienne a subi une chirurgie de la cataracte dans le délai de référence en 2020, comparativement à la moyenne canadienne de 45 %.

Bien que les chirurgies en consultation externe procurent des avantages à la fois au patient et au secteur des soins de santé dans son ensemble, les progrès réalisés par l'Ontario pour effectuer des chirurgies en consultation externe accessibles et en temps opportun ont été lents en raison de problèmes persistants. Nous avons confirmé qu'il n'existe pas de processus centralisé d'admission ou d'aiguillage à l'échelle de la province (il existe des processus centralisés dans certaines régions ou pour certains types de chirurgies) et que certaines salles d'opération sont sous-utilisées. Récemment, le Ministère a commencé à s'attaquer à ces problèmes de longue date dans le cadre de ses travaux visant à éliminer les arriérés des interventions chirurgicales qui sont attribuables à la COVID-19. Toutefois, le Ministère et Santé Ontario n'en ont pas fait assez pour établir des pratiques efficaces et efficaces pouvant être

appliquées partout en Ontario pour la réalisation de chirurgies en consultation externe.

En ce qui concerne la surveillance provinciale des chirurgies en consultation externe, nous avons constaté que certains chirurgiens présentent des factures très élevées ou déraisonnables en rapport avec des chirurgies réalisées en consultation externe. De plus, aucune surveillance provinciale n'est assurée à l'égard des fournisseurs de services de chirurgie pour protéger les patients et éviter qu'ils soient induits en erreur quant à leur droit de subir une chirurgie standard financée par l'État sans avoir à payer de frais de leur poche. Nous avons également remarqué que les fournisseurs de services de chirurgie en consultation externe travaillent en vase clos, sont assujettis à des exigences différentes en matière de déclaration et sont supervisés par des parties différentes. Par exemple, le Ministère et Santé Ontario ne font le suivi des temps d'attente que pour les chirurgies effectuées dans les hôpitaux publics et dans un seul ÉSA qui en font la déclaration dans le Système d'information sur les temps d'attente, mais ils n'ont aucune idée des temps d'attente dans les neuf autres ÉSA et dans l'hôpital privé qui réalise des chirurgies en consultation externe financées par l'État. En raison de la pandémie de COVID-19, il faut attendre plus longtemps avant de subir une chirurgie, notamment en consultation externe, ce qui entraîne une détérioration et/ou des complications liées aux problèmes de santé des patients et un arriéré des interventions chirurgicales.

Voici un aperçu de nos principales constatations :

Les temps d'attente à la fois longs et fort variables dans la réalisation d'une chirurgie en consultation externe persistent

- **Les longs temps d'attente n'ont pas été éliminés et ils ont empiré en 2020-2021.** Entre 2016-2017 et 2019-2020, bien que les temps d'attente pour certaines chirurgies aient diminué, ceux de bien d'autres sont encore plus longs. Les temps d'attente sont demeurés longs pour la plupart des chirurgies; par exemple, ils étaient de 100 jours (pour une chirurgie de la vésicule biliaire) et de

259 jours (pour une chirurgie à l'avant-pied) en 2019-2020. Les temps d'attente se sont encore prolongés en 2020-2021 en raison de la pandémie de COVID-19 et de la publication, en relation avec celle-ci, d'une directive du médecin hygiéniste en chef (MHC). Cette directive, initialement applicable du 19 mars au 26 mai 2020, a ordonné l'arrêt de toutes les interventions chirurgicales non essentielles et non urgentes ou leur réduction à un minimum afin de préserver la capacité des hôpitaux de soigner des patients atteints de la COVID-19. Ainsi, à la fin de 2020-2021, les temps d'attente, par exemple, étaient de 157 jours (pour une chirurgie de la vésicule biliaire) et de 356 jours (pour une chirurgie à l'avant-pied), ce qui représente des hausses respectives de 57 % et de 37 % par rapport à l'année précédente.

- **Les écarts régionaux importants au chapitre des temps d'attente rendent inéquitable l'accès aux chirurgies.** Nous avons passé en revue les temps d'attente dans les cinq régions de Santé Ontario (Ouest, Centre, Toronto, Est et Nord) et avons relevé des écarts importants au chapitre des temps d'attente pour les chirurgies réalisées en consultation externe. Par exemple, notre examen des données de 2019-2020 a révélé que les patients de la région de Toronto qui étaient en attente d'une chirurgie à l'avant-pied ont dû attendre 354 jours, soit plus de trois fois plus longtemps que les patients de la région du Nord (111 jours). De même, les patients ayant besoin d'une arthroplastie totale du genou dans la région de l'Ouest ont dû attendre 322 jours, soit plus de trois fois plus que les 98 jours d'attente pour la même chirurgie dans la région de Toronto.
- **Les chirurgiens ne font pas rapport au public de leurs temps d'attente.** En Ontario, les patients peuvent accéder à l'information sur les temps d'attente publiée par hôpital. Les temps d'attente des chirurgiens qui travaillent dans le même hôpital peuvent cependant être fort différents. Nous avons constaté, par exemple, qu'au sein d'un hôpital, le temps d'attente moyen pour un ophtalmologiste était de 155 jours alors que celui

d'un autre ophtalmologiste était de 42 jours, soit près de quatre mois de moins. Toutefois, comme cette information n'est pas accessible au public, les patients ne peuvent pas en tenir compte lorsqu'ils sélectionnent un chirurgien. En revanche, l'Alberta publie les temps d'attente par chirurgien et compare les temps d'attente des chirurgiens à la moyenne provinciale aux fins de référence pour les patients. La Colombie-Britannique permet également au public de consulter son site Web provincial sur les temps d'attente en chirurgie et de faire des recherches en fonction de l'intervention (chirurgie) ou du spécialiste.

Progrès lents et limités dans la mise en oeuvre de pratiques visant à réduire les temps d'attente pour les chirurgies en consultation externe

- **L'absence d'un processus centralisé d'admission ou d'aiguillage peut contribuer à des temps d'attente plus longs.** À l'heure actuelle, il n'existe pas de processus centralisé d'admission ou d'aiguillage à l'échelle de la province pour de nombreuses interventions chirurgicales. La coordination n'existe actuellement que de façon ponctuelle dans certaines régions ou pour certains types de chirurgie. L'objectif serait d'assurer aux patients un accès rapide aux chirurgies tout en maintenant leur droit de choisir. Par exemple, le processus d'admission ou d'aiguillage centralisé par l'entremise des cliniques d'accès rapide permet aux patients en orthopédie d'être mis en contact avec le chirurgien de leur choix ou le prochain chirurgien disponible dans la région. L'absence d'un processus centralisé d'admission ou d'aiguillage est un problème de longue date que notre Bureau a soulevé dans le cadre d'audits antérieurs de l'optimisation des ressources visant d'autres secteurs du système de santé, comme les examens par IRM et les tomographies axiales ainsi que les soins contre le cancer.
- **Les salles d'opération des hôpitaux demeurent sous-utilisées.** Santé Ontario fait le suivi du taux d'utilisation des salles d'opération d'hôpitaux

entièrement équipées. Chaque hôpital détermine lui-même le nombre d'heures d'utilisation de ses salles d'opération (compte tenu de son financement et de son personnel). Le taux cible provincial d'utilisation des salles d'opération selon les pratiques exemplaires est de 90 %. En 2019-2020, environ 34 % des hôpitaux n'ont pas atteint l'objectif de 90 %, ce qui signifie qu'une partie de la capacité des salles d'opération n'a pas été mise à profit. Si Santé Ontario ne fait pas officiellement le suivi des raisons de cette sous-utilisation, nous avons toutefois relevé deux raisons possibles : une planification inadéquate de l'utilisation des salles d'opération et des ressources insuffisantes (comme la dotation en personnel infirmier) pour assurer le fonctionnement continu des salles d'opération pour des interventions chirurgicales. Nous avons relevé le problème de la sous-utilisation des salles d'opération dans les hôpitaux lors d'audits antérieurs, notamment dans le cadre de notre audit de l'optimisation des ressources de 2016 sur le fonctionnement des grands hôpitaux communautaires.

Manque d'uniformité dans le recours à des chirurgies en consultation externe et dans leur surveillance en Ontario

- **Les hôpitaux de l'Ontario ont recours aux chirurgies en consultation externe de façon inégale.** La proportion de chirurgies réalisées en consultation externe varie considérablement d'un hôpital à l'autre en Ontario. Par exemple, en moyenne, en 2019-2020, même si les hôpitaux ont réalisé des chirurgies en consultation externe dans 95 % des cas pour une hernie, un des hôpitaux a réalisé ces chirurgies en consultation externe dans 72 % des cas seulement. De même, les chirurgies de la vésicule biliaire ont été réalisées en consultation externe en moyenne dans environ 95 % des cas, alors qu'un hôpital n'a eu recours à la chirurgie en consultation externe que dans 75 % des cas. Le Ministère et Santé Ontario n'ont pas encore examiné ces écarts pour en cerner la cause et pour déterminer si des obstacles empêchent les hôpitaux d'effectuer plus de chirurgies en consultation externe. Toutefois, en 2020-2021 (une année où l'impact de la COVID-19 s'est fait ressentir), certains hôpitaux ont augmenté la proportion de chirurgies effectuées en consultation externe. Par exemple, un hôpital a effectué des arthroplasties totales primaires du genou en consultation externe dans 24 % des cas en 2019-2020, alors qu'il a effectué de telles interventions en consultation externe dans 51 % des cas en 2020-2021.
- **La surveillance et la coordination des chirurgies réalisées en consultation externe par différents fournisseurs manquent d'uniformité.** Les chirurgies en consultation externe peuvent être réalisées par divers fournisseurs en Ontario, à savoir les hôpitaux publics, les hôpitaux privés et les établissements de santé autonomes (ÉSA). Nous avons toutefois constaté qu'il n'y avait aucune coordination entre ces organismes. Ils fonctionnent en vase clos, sont assujettis à des exigences différentes en matière de rapports et sont supervisés par différentes parties. Par exemple, Santé Ontario a conclu des ententes de reddition de comptes avec les hôpitaux publics et privés, tandis que les établissements de santé autonomes rendent compte directement au Ministère. De plus, le système provincial d'information sur les temps d'attente ne fait le suivi que des temps d'attente pour les interventions chirurgicales réalisées dans les hôpitaux publics et dans un ÉSA. Il en découle que le Ministère et Santé Ontario n'ont aucune idée des temps d'attente dans les neuf autres ÉSA et dans le seul hôpital privé qui offre des chirurgies en consultation externe financées par l'État. Étant donné le manque d'uniformité dans la façon dont les divers fournisseurs de services sont supervisés, ni le Ministère ni Santé Ontario n'ont un portrait complet des chirurgies effectuées en consultation externe dans la province. Une préoccupation semblable a également été soulevée par Qualité des services de santé Ontario (maintenant sous Santé Ontario) en 2015-2016. L'organisme a alors publié un rapport faisant état de lacunes

dans la façon dont la surveillance des cliniques médicales extrahospitalières, y compris les ÉSA, était assurée. Malgré cela, aucun changement important n'a été apporté en ce qui concerne la surveillance.

- **Les pratiques exemplaires de prestation de services de chirurgie en consultation externe ne sont pas examinées ni appliquées dans l'ensemble de l'Ontario.** Les hôpitaux de l'Ontario réalisent des chirurgies en consultation externe dans divers endroits. Certains réalisent les chirurgies au site principal de l'hôpital, d'autres dans des zones désignées comme hôpitaux de soins ambulatoires, tandis que d'autres utilisent des salles d'opération qui ne se trouvent pas au site principal de l'hôpital, mais dans des immeubles distincts. Bien que les hôpitaux prennent leurs décisions en fonction de leur région locale et des ressources dont ils disposent, le Ministère et Santé Ontario n'ont pas encore effectué d'évaluation pour tenter de déterminer quelles pratiques et méthodes sont les plus efficaces et économiques et si elles pourraient être adoptées partout en Ontario. Ainsi, nous avons remarqué qu'un hôpital avait mené son propre projet pilote en achetant et en réaménageant un espace dans un immeuble situé en face du site principal de l'hôpital. Il a constaté que le temps de rotation de la salle d'opération dans cet autre immeuble était de moins de neuf minutes, comparativement à une moyenne de 23 minutes dans la salle d'opération de l'hôpital principal.

Surveillance inadéquate et inégale de la qualité des chirurgies en consultation externe en Ontario

- **La surveillance de la qualité des chirurgies en consultation externe en Ontario est inadéquate et inégale.** Lors de notre discussion avec Santé Ontario, nous avons constaté que la province ne dispose pas d'une méthode centralisée pour mesurer la qualité et les résultats de toutes les chirurgies. Par exemple, les données sur les résultats sont recueillies directement auprès des patients qui subissent une arthroplastie primaire, non urgente et unilatérale de la hanche ou du

genou (avec hospitalisation ou en consultation externe), en ce qui concerne notamment l'état fonctionnel, la qualité de vie liée à la santé, la satisfaction à l'égard de l'intervention et l'état de santé général. À l'heure actuelle, 39 hôpitaux déclarent ces données. Les données recueillies jusqu'au 30 juin 2021 montrent que le taux de satisfaction générale pour les arthroplasties de la hanche était de 90 % après 12 mois et qu'il était de 88 % après 12 mois pour les arthroplasties du genou. Puisque les données ne portent que sur les arthroplasties de la hanche et du genou, il serait toutefois possible de recueillir des données similaires pour évaluer l'efficacité et la qualité d'autres domaines de chirurgie. De plus, les hôpitaux avec qui nous avons parlé ont déclaré que la qualité et les résultats des chirurgies ne font habituellement pas l'objet d'une surveillance distincte pour les chirurgies avec hospitalisation et les chirurgies en consultation externe. Toutefois, certains hôpitaux ont utilisé différentes méthodes, comme les réadmissions et les visites au service d'urgence ainsi que les sondages sur la satisfaction des patients, pour comparer les chirurgies avec hospitalisation et les chirurgies en consultation externe, et ont obtenu des résultats positifs. Par exemple, un hôpital a signalé que seulement 3 % des patients avaient été réadmis dans les 15 jours suivant leur chirurgie en consultation externe, tandis qu'un autre a signalé un taux de satisfaction des patients de 85 % à l'égard de leur chirurgie en consultation externe.

Le financement et la facturation des chirurgies en consultation externe ne font pas l'objet d'un examen et d'un suivi réguliers

- **Le Ministère ne surveille pas adéquatement le nombre et la facturation déraisonnables de chirurgies en consultation externe.** Les médecins qui réalisent des chirurgies en consultation externe financées par l'État facturent le Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO). Toutefois, le Ministère n'examine pas suffisamment les tendances inhabituelles en matière de facturation pour cerner les problèmes

possibles, comme la facturation inappropriée ou la prestation inappropriée de services. Par exemple, quatre ophtalmologistes ont chacun facturé au Ministère de 860 000 \$ à près de 1,1 million de dollars en 2019-2020. Ils ont chacun effectué plus de 2 000 chirurgies de la cataracte cette année-là, le nombre le plus élevé de chirurgies de la cataracte en une seule journée allant de 34 à 47. À la suite de notre audit, le Ministère a effectué un vaste examen qui a porté notamment sur ces quatre ophtalmologistes. Nous avons toutefois remarqué qu'il n'a examiné que les codes d'évaluation facturés le jour même de la chirurgie de la cataracte et qu'il a ensuite envoyé des lettres d'information aux ophtalmologistes pour préciser à quel moment cette facturation est admissible. La question de la facturation inhabituelle par les médecins a été soulevée par notre Bureau dans le cadre de nos audits antérieurs de l'optimisation des ressources.

Aucune surveillance provinciale pour protéger les patients contre des frais injustifiés

- **Le Ministère ne dispose d'aucun mécanisme de surveillance pour empêcher que les patients soient mal informés au sujet des chirurgies financées par l'État et que des frais leur soient facturés de façon inappropriée.** Bien que les chirurgies en consultation externe nécessaires sur le plan médical soient entièrement payées par le RASO, pour certaines chirurgies, des ajouts sont généralement offerts aux patients moyennant des frais supplémentaires. La chirurgie de la cataracte est le domaine spécialisé qui présente le plus grand risque de pratiques de vente trompeuses. Plus précisément :
 - Notre examen des plaintes soumises à l'Ombudsman des patients et au ministère de la Santé a révélé que les patients se plaignaient souvent d'être facturés après avoir subi une chirurgie de la cataracte financée par l'État parce qu'ils avaient été mal informés de leur droit à une chirurgie standard, sans frais, par l'entremise du RASO, et sans ajout. Un article publié en 2015 dans le *Journal de l'Association*

médicale canadienne souligne également cette préoccupation : [Traduction] « Les patients qui comprennent mal la nature facultative des services non assurés pourraient faire des sacrifices considérables pour payer une intervention chirurgicale de la cataracte. »

- Afin de mieux comprendre les pratiques de vente trompeuses et d'en évaluer l'étendue, nous avons fait appel à une entreprise de recherche professionnelle pour effectuer une « évaluation anonyme ». Cette entreprise a recueilli de l'information en faisant 80 appels téléphoniques à un total de 25 fournisseurs de services de chirurgies en consultation externe, en particulier de chirurgies de la cataracte. Nous avons constaté qu'il est très difficile pour un consommateur moyen d'obtenir des renseignements complets sur les prix. Presque toutes les cliniques avec lesquelles les clients anonymes ont communiqué ont dit qu'elles ne donnaient aucune liste de prix aux patients sans qu'ils ne soient reçus en consultation, mais certaines ont fait part de fourchettes de prix, les chirurgies de la cataracte avec lentilles spécialisées coûtant au patient de 450 \$ à près de 5 000 \$ par oeil. Certaines cliniques ont également affirmé que les lentilles spécialisées sont ou pourraient être nécessaires selon l'évaluation du chirurgien, ce qui est trompeur, puisque tous les patients ont le droit de subir une chirurgie de la cataracte financée par l'État sans payer de frais supplémentaires pour des ajouts. De plus, les clients anonymes ont obtenu des renseignements incohérents et contradictoires des mêmes cliniques selon le moment où l'appel a été fait.

Impact de la COVID-19 sur les chirurgies en consultation externe

- **Les temps d'attente pour les chirurgies en consultation externe sont demeurés longs pendant la COVID-19, ce qui a entraîné une détérioration de l'état des patients et/ou des complications pour leur santé.** La médecin-hygiéniste en chef (MHC) a émis à deux reprises

pendant la COVID-19 une directive limitant les chirurgies non essentielles et non urgentes afin d'assurer une capacité suffisante pour aider et traiter les patients atteints de la COVID-19. La directive a d'abord été mise en place du 19 mars au 26 mai 2020, puis du 20 avril au 19 mai 2021. De nombreuses chirurgies en consultation externe ont donc été retardées ou annulées de nouveau. Même si ces chirurgies ont repris graduellement en Ontario, les temps d'attente demeurent longs. Par exemple, au cours du premier trimestre de 2021-2022, les patients ont dû attendre plus de 300 jours avant de subir une arthroplastie totale de la hanche ou du genou et plus de 200 jours avant de subir une chirurgie de la cataracte, une chirurgie de l'avant-pied ou une hystérectomie par laparoscopie ou par voies vaginales. Nos observations reflètent un article publié récemment dans *The Lancet* (une revue médicale évaluée par les pairs) en février 2021, selon lequel [traduction] « le report de la chirurgie chez les patients atteints des maladies les plus graves peut mener à des chirurgies plus compliquées, à un recours accru aux médicaments, à une convalescence plus difficile et à des résultats moins bons, y compris des taux accrus de réinterventions et des impacts négatifs sur la qualité de vie ». De plus, comme de nombreux patients ne se sont pas fait soigner pendant la COVID-19, les temps d'attente existants pour les chirurgies en consultation externe ne rendent probablement pas compte des besoins de la population ontarienne. Même s'il n'a pas encore été ressenti, l'impact total de la COVID-19 sur les chirurgies en consultation externe aura probablement l'effet d'alourdir le fardeau du système de santé ontarien dans un avenir rapproché.

- **La capacité disponible du système de santé n'est pas pleinement utilisée pour éliminer l'arriéré des chirurgies.** Bien que le Ministère ait commencé à prendre des mesures pour éliminer l'arriéré des chirurgies en annonçant un financement ponctuel de 216 millions de dollars pour prolonger les heures d'ouverture des salles d'opération dans les hôpitaux publics

afin de hausser le nombre de chirurgies avec hospitalisation et en consultation externe de 67 000 chirurgies au plus, la capacité des différents types de fournisseurs de services de chirurgies en consultation externe demeure inutilisée ou sous-utilisée. Par exemple, en 2019, les interventions chirurgicales de la cataracte effectuées au Kensington Eye Institute (un établissement de santé autonome) représentaient environ 50 % de la capacité de l'établissement en raison des limites de financement. La coordination et l'utilisation accrue de la capacité disponible des salles d'opération parmi les fournisseurs de services pourraient aider le Ministère à combler l'arriéré des chirurgies et à réduire les temps d'attente de celles-ci.

Le présent rapport contient 13 recommandations préconisant 31 mesures à prendre pour donner suite aux constatations de notre audit.

Conclusion globale

Notre audit a permis de conclure que le Ministère, de concert avec Santé Ontario, n'a pas mis en place de procédures et de systèmes de surveillance entièrement efficaces pour surveiller et confirmer la qualité des chirurgies effectuées en consultation externe. Certains aspects de la qualité et des résultats des chirurgies sont surveillés et déclarés pour les chirurgies avec hospitalisation et en consultation externe combinées, et les résultats révèlent un rendement positif, comme de faibles taux de réadmission à l'hôpital et des taux élevés de satisfaction des patients. Le Ministère ne dispose pas d'un moyen centralisé de mesurer la qualité et les résultats de toutes les chirurgies réalisées en Ontario et d'en faire rapport. De plus, les hôpitaux avec qui nous avons parlé ont confirmé que la qualité et les résultats des chirurgies ne font habituellement pas l'objet d'un suivi distinct pour les chirurgies avec hospitalisation et les chirurgies en consultation externe.

En outre, nous avons constaté que les chirurgies en consultation externe ne sont pas offertes et effectuées de façon économique et en temps opportun. Les temps

d'attente continuent d'augmenter pour les patients et se sont aggravés en raison de la COVID-19, certains patients ayant attendu plus de 300 jours pour une chirurgie en consultation externe. Les temps d'attente varient considérablement selon la région où vivent les patients, ce qui fait varier le temps d'accès aux chirurgies en consultation externe dans la province.

Bien qu'il existe diverses pratiques efficaces pour offrir des chirurgies en consultation externe en Ontario, le Ministère et Santé Ontario ont tardé à examiner et à mettre en oeuvre des pratiques exemplaires qui pourraient améliorer l'accès aux chirurgies en consultation externe et réduire les temps d'attente. Dans les hôpitaux, le recours aux chirurgies en consultation externe comme méthode de traitement n'est pas uniforme, certains hôpitaux optant pour cette solution moins souvent que d'autres. Toutefois, le Ministère et Santé Ontario n'ont pas encore examiné ces incohérences pour en cerner et en comprendre les causes et les répercussions.

Il continue également d'y avoir un manque de surveillance et de contrôle adéquats du nombre et des factures déraisonnables des chirurgies en consultation externe visant à confirmer que les médecins et les chirurgiens fournissent des soins de qualité conformément aux politiques de facturation. Le Ministère ne surveille pas non plus les frais supplémentaires que les médecins facturent aux patients, de sorte qu'il est impossible d'éviter que des chirurgies financées par l'État soient facturées aux patients. Nous avons constaté que certains patients pouvaient recevoir des renseignements trompeurs dans le cadre de pratiques de vente destinées à engendrer un profit.

Plusieurs de nos constatations, comme la sous-utilisation des salles d'opération des hôpitaux et l'absence de surveillance de la facturation par le Ministère, ont été relevées dans nos audits antérieurs de l'optimisation des ressources, y compris le fonctionnement des grands hôpitaux communautaires (2016), la facturation des médecins (2016), les services de traitement du cancer (2017) et les soins virtuels : Utilisation des technologies de communication pour les soins aux patients (2020).

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Le ministère de la Santé (le Ministère) remercie la vérificatrice générale d'avoir mené cet audit en temps opportun et prend acte des recommandations qu'elle y formule. Le Ministère est déterminé à élaborer des solutions novatrices pour réduire les temps d'attente pour les chirurgies avec hospitalisation et en consultation externe afin d'atténuer les répercussions de la pandémie de COVID-19.

Comme l'a souligné la vérificatrice générale, le Ministère finance les chirurgies avec hospitalisation et en consultation externe effectuées dans les hôpitaux publics et soutient également certaines interventions chirurgicales à faible risque qu'il convient sur le plan clinique de réaliser en milieu communautaire. Les établissements de santé autonomes et l'hôpital privé qui effectuent des chirurgies en consultation externe représentent environ 3 % de la production annuelle d'interventions chirurgicales dans la province.

Le Ministère a fait d'importants investissements dans divers aspects du système chirurgical en 2020-2021 et en 2021-2022 afin d'accroître le nombre d'interventions chirurgicales, de relever les défis liés aux temps d'attente et d'améliorer les résultats pour la santé de la population ontarienne. En 2020-2021, 283,7 millions de dollars ont été affectés à l'appui de la reprise des interventions chirurgicales et des services d'imagerie diagnostique, ce qui a permis aux hôpitaux d'effectuer plus de 450 000 chirurgies prévues dans des salles d'opération entièrement équipées alors que la province devait composer avec des vagues de la pandémie. En 2021-2022, le Ministère investit 324 millions de dollars supplémentaires pour permettre aux hôpitaux de l'Ontario et au secteur de la santé communautaire d'effectuer davantage d'interventions chirurgicales, d'exams par IRM et de tomodensitogrammes, et d'autres

interventions. Ces investissements visent non seulement à accroître le nombre d'interventions chirurgicales, mais aussi à accroître l'efficacité et la qualité globales de la façon dont les interventions chirurgicales sont pratiquées en Ontario.

L'audit cerne de nombreux points importants à examiner et des suggestions d'amélioration de la réalisation et de la surveillance des chirurgies, et le Ministère est heureux de constater que les recommandations de la vérificatrice cadrent bien avec les travaux en cours ou à venir du Ministère et de Santé Ontario. Le Ministère est reconnaissant à la vérificatrice de ses observations et il continuera de travailler en étroite collaboration avec Santé Ontario pour veiller à ce que la population ontarienne ait accès à des soins équitables et de qualité, en mettant l'accent sur les investissements et les activités d'amélioration dans les secteurs où ils auront le plus d'impact.

RÉPONSE GLOBALE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario est reconnaissante à la vérificatrice générale de son audit exhaustif des chirurgies effectuées en consultation externe en Ontario. Nous nous réjouissons de pouvoir collaborer avec nos partenaires, notamment le ministère de la Santé, les intervenants cliniques et du système et les patients ainsi que les familles, pour améliorer ces services en Ontario. Le rapport donne également l'occasion d'améliorer davantage la surveillance, l'intégration et la coordination des soins aux patients qui subissent des interventions en consultation externe. L'intégration des régions sanitaires à Santé Ontario a contribué à regrouper la surveillance des services en un seul organisme. Toutefois, depuis le début de la pandémie, les régions sanitaires, les établissements et tous les partenaires coordonnent leurs activités d'une manière jamais vue auparavant. Cette nouvelle approche harmonisée des services a créé de nouvelles occasions de

mettre en oeuvre des modèles de prestation de soins qui, auparavant, étaient moins populaires (p. ex., admission centralisée et gestion des listes d'attente et partenariats plus solides pour transférer les interventions en milieu extrahospitalier, le cas échéant). Les recommandations présentées dans ce rapport s'inspirent des travaux réalisés jusqu'à maintenant par Santé Ontario, le ministère de la Santé et de nombreux autres partenaires. Le rapport présente également d'autres possibilités d'apporter des améliorations dans plusieurs domaines, dont bon nombre font écho aux buts et objectifs des plans stratégiques de Santé Ontario. Santé Ontario accueille d'un bon oeil les recommandations de la vérificatrice générale et sait qu'avec le soutien continu du ministère de la Santé et de ses intervenants, ces recommandations pourront être mises en oeuvre de façon à en arriver à un réseau de soins de santé intégré et de meilleure qualité.

2.0 Contexte

2.1 Aperçu des chirurgies en consultation externe

2.1.1 Qu'est-ce que la chirurgie en consultation externe?

La chirurgie en consultation externe, parfois appelée « chirurgie d'un jour » ou « chirurgie ambulatoire », s'entend généralement de la chirurgie pour laquelle un patient est à l'hôpital ou en clinique pendant moins de 24 heures.

La chirurgie en consultation externe aux fins du présent audit et convenue avec le ministère de la Santé (le Ministère) et Santé Ontario est définie comme suit :

- chirurgie financée par le Ministère. Par conséquent, les chirurgies en consultation externe excluent les chirurgies qui ne sont pas financées par l'État (comme les chirurgies plastiques payées par le secteur privé à des fins esthétiques).

- chirurgie qui traite un problème de santé connu. Par conséquent, les chirurgies en consultation externe visées par notre audit ne comprennent pas les actes diagnostiques (comme les coloscopies), qui sont souvent effectués dans des cliniques pour déterminer s'il existe un problème de santé.
- chirurgie planifiée, à savoir qu'elle ne doit pas être pratiquée d'urgence.

Les chirurgies ne sont pas définies comme des chirurgies avec hospitalisation ou des chirurgies en consultation externe. L'hospitalisation ou la consultation externe dépend de facteurs liés au patient, comme l'état de santé et le soutien auquel il a accès à domicile, ainsi que de facteurs liés à la chirurgie, comme la gravité de l'intervention. Autrement dit, même la chirurgie qui est habituellement réalisée en consultation externe pourrait être effectuée avec hospitalisation, c'est-à-dire avec séjour à l'hôpital de plus de 24 heures, si le patient présente des comorbidités ou d'autres facteurs de santé qui font en sorte qu'il court un risque plus élevé de complications postopératoires. Dans ces cas, les hôpitaux ou les chirurgiens pourraient recommander que le patient reste à l'hôpital pendant une longue période pour une surveillance postopératoire.

En raison de la géographie de l'Ontario, les régions de la province ne disposent pas toutes des ressources locales nécessaires pour offrir des chirurgies ou des soins postopératoires. Les patients qui vivent dans des collectivités rurales ou éloignées doivent souvent parcourir de longues distances (en voiture ou en avion) pour se rendre à l'hôpital le plus proche qui offre la chirurgie dont ils ont besoin. Par conséquent, ces patients pourraient devoir subir une chirurgie avec hospitalisation parce qu'ils ne peuvent pas rentrer chez eux le jour même de leur chirurgie en toute sécurité.

La **figure 1** présente des exemples courants de chirurgies en consultation externe en Ontario et indique le nombre de chirurgies effectuées en 2019-2020 (avant que l'impact de la COVID-19 ne soit ressenti) et en 2020-2021. La **figure 2** montre le nombre total de chirurgies réalisées en consultation

externe au cours des cinq dernières années selon les données du Ministère et du Système d'information sur les temps d'attente de Santé Ontario.

2.1.2 Comment un patient accède-t-il à une chirurgie en consultation externe?

Lorsqu'un patient ressent de la douleur ou présente des symptômes pouvant signaler la nécessité de subir une intervention chirurgicale, le fournisseur de soins de santé habituel du patient (habituellement un médecin de famille) oriente ce dernier vers un chirurgien (spécialiste) pour une évaluation plus approfondie. Après avoir été ainsi orienté, le patient doit attendre le prochain rendez-vous disponible du chirurgien pour une consultation.

Après la première consultation avec le chirurgien, le patient fait généralement l'objet d'autres évaluations au besoin, comme une évaluation physique, une analyse sanguine ou des radiographies. S'il établit que la chirurgie en consultation externe est une option sécuritaire et appropriée pour le patient, le chirurgien décide s'il doit procéder à la chirurgie. Si la décision d'aller de l'avant avec la chirurgie est prise, le patient obtient le prochain rendez-vous disponible pour cette chirurgie. Ainsi qu'il en est fait mention à la **section 4.1.1**, c'est à ce moment que commence le temps d'attente du patient pour une chirurgie.

Après avoir subi la chirurgie et une fois que le chirurgien a autorisé son congé, le patient est renvoyé chez lui. Le patient doit habituellement prendre un rendez-vous de suivi avec son chirurgien ou, dans certains cas, avec son fournisseur de soins de santé habituel pour s'assurer que son problème de santé a été résolu.

La **figure 3** donne un exemple des étapes types de la chirurgie en consultation externe.

2.1.3 Pourquoi les chirurgies en consultation externe sont-elles de plus en plus courantes et pourquoi sont-elles importantes?

Tel qu'il est mentionné à la **section 2.1.1**, bien que les chirurgies ne puissent pas toutes être réalisées

Figure 1 : Exemples de chirurgies en consultation externe

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

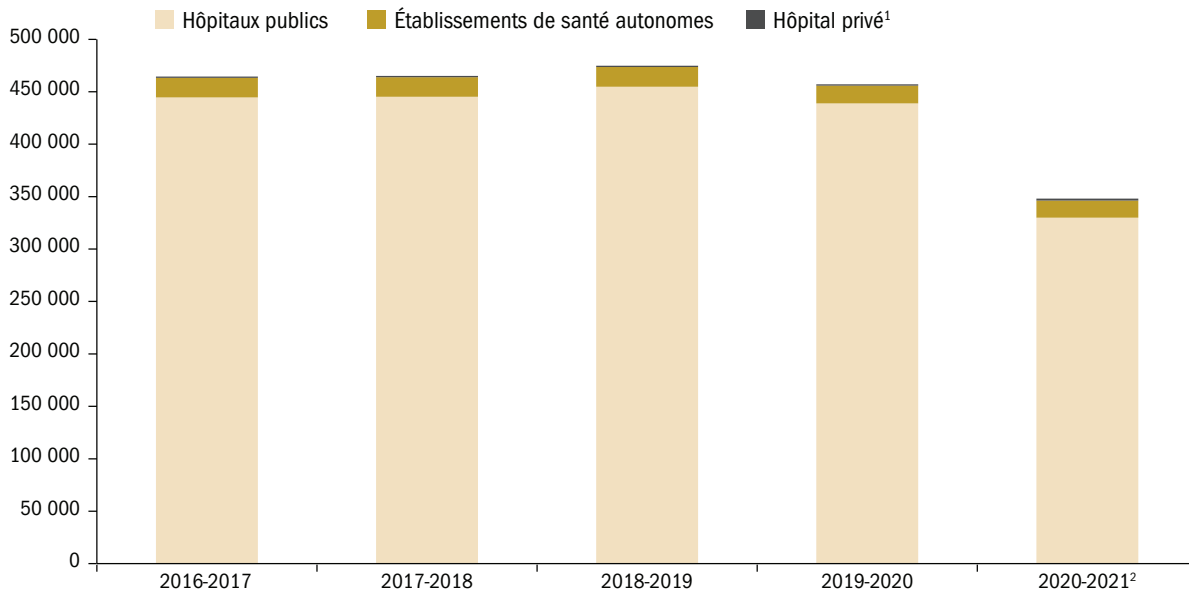
Chirurgie ¹	Description	Nombre de chirurgies en consultation externe ² 2019-2020	Nombre de chirurgies en consultation externe ² 2020-2021
Chirurgie de la cataracte	Chirurgie visant à retirer la lentille naturelle de l'oeil dans laquelle s'est développée une opacité (cataracte). La lentille est généralement remplacée par une lentille artificielle.	136 643	104 967
Autre chirurgie utérine bénigne	L'intervention visant à retirer des fibromes utérins (excroissances non cancéreuses du muscle lisse qui se développent à l'intérieur et autour de l'utérus) ou des polypes (excroissances focales non cancéreuses) serait un type d'intervention chirurgicale courant.	20 118	14 217
Arthroscopie du genou	Intervention chirurgicale au cours de laquelle deux petites incisions sont effectuées au genou pour réparer ou retirer les tissus endommagés.	17 385	11 499
Vésicule biliaire	Intervention chirurgicale visant à retirer la vésicule biliaire (un organe en forme de poire qui se trouve juste sous le foie dans la partie supérieure droite de l'abdomen). La vésicule biliaire est retirée le plus souvent pour traiter des calculs biliaires et les complications qu'ils causent.	17 249	13 800
Réparation d'une hernie (aine)	Intervention chirurgicale visant à réparer une hernie. Il y a hernie lorsqu'une partie d'un organe interne ou une partie du corps fait saillie dans une région du corps où elle ne devrait pas être. La hernie survient le plus souvent dans la région abdominale.	14 396	11 772
Épaule	Intervention chirurgicale courante consistant à réparer les tendons déchirés de la coiffe des rotateurs.	12 358	9 666
Sein (oncologie)	La lumpectomie, qui est l'ablation chirurgicale d'une tumeur cancéreuse, est une opération pour le cancer du sein courante.	11 087	9 313
Ano-rectale	Intervention chirurgicale pour des affections touchant l'anus et le rectum. Les fistules, les verrues et les hémorroïdes peuvent nécessiter une chirurgie.	6 115	4 494
Avant-pied	L'intervention qui vise à enlever des oignons, qui sont des gonflements osseux siégeant sur le côté du pied et à la base du gros orteil, est une chirurgie effectuée couramment au pied.	5 035	3 724
Chirurgie des sinus	Intervention chirurgicale requise pour les patients atteints d'affections touchant les sinus et la cavité nasale. Ces affections peuvent découler de traumatismes, d'allergies ou d'infections. Certaines tumeurs peuvent aussi nécessiter une chirurgie des sinus. La chirurgie des sinus peut être effectuée en même temps qu'une neurochirurgie pour accéder au cerveau en cas de tumeurs, d'infections et de fuites de liquide cérébral.	3 648	2 474
Ovariennne bénigne	L'ablation d'un kyste ovarien, qui peut être un sac rempli de liquide ou une excroissance dure qui se développe sur un ovaire, est un type courant de chirurgie ovarienne bénigne.	3 559	2 839
Sein bénigne	La lumpectomie, qui est l'ablation chirurgicale d'une tumeur non cancéreuse, est un type courant de chirurgie bénigne du sein.	3 153	2 546
Prostate (excision partielle)	Diverses interventions chirurgicales qui consistent à couper ou à vaporiser une section de la prostate (glande présente dans la région du bassin de l'homme qui fait partie des voies urinaires), ce qui peut causer des symptômes urinaires ou l'incapacité d'uriner.	2 935	2 606
Genou (arthroplastie totale)	L'arthroplastie du genou est une intervention chirurgicale visant à remplacer les surfaces portantes de l'articulation du genou afin de soulager la douleur et de remédier à une invalidité.	2 713	3 025
Hystérectomie (par laparoscopie ou vaginale)	L'intervention pratiquée pour enlever une partie ou la totalité de l'utérus. Les saignements irréguliers, les fibromes utérins et l'endométriose sont les causes courantes de l'hystérectomie non liée à un cancer.	2 330	2 504
Hanche (arthroplastie totale)	Intervention chirurgicale visant à retirer l'os arthritique de l'articulation de la hanche et à le remplacer par un matériau synthétique pour soulager la douleur et la raideur.	2 052	2 901

1. Selon le suivi et les rapports de Santé Ontario dans le Système d'information sur les temps d'attente (voir la section 4.1.1).

2. Peut inclure plusieurs types de chirurgies dans le domaine de la chirurgie.

Figure 2 : Nombre total de chirurgies effectuées en consultation externe, 2016-2017 à 2020-2021

Sources des données : Ministère de la Santé et Santé Ontario



Remarque : Le nombre total de chirurgies pratiquées en consultation externe est fondé sur les données déclarées au ministère de la Santé ou à Santé Ontario par l'entremise du Système d'information sur les temps d'attente.

1. Un seul hôpital privé (Don Mills Surgical Unit) en Ontario offre des chirurgies en consultation externe.
2. Le nombre total de chirurgies en consultation externe a diminué considérablement en raison de la pandémie de COVID-19, puisque toutes les chirurgies non essentielles et non urgentes ont été annulées ou réduites à un minimum afin de préserver la capacité hospitalière de soigner des patients atteints de la COVID-19.

en consultation externe, les recherches et les études montrent que les chirurgies en consultation externe procurent des avantages supplémentaires lorsqu'elles sont effectuées de façon sécuritaire et appropriée.

Ainsi :

- Le système de santé pourrait réaliser des économies financières si les chirurgies sont réalisées en consultation externe. Le coût d'une hospitalisation, qui varie selon l'état de santé du patient et la durée du séjour nécessaire, mais qui, selon l'Institut canadien d'information sur la santé, s'établit à environ 5 600 \$ pour un séjour de sept nuits, est une mesure clé des économies.
- En réalisant les chirurgies en consultation externe, les hôpitaux sont en mesure de libérer des lits d'hôpital, ce qui leur permet de maintenir la capacité de soigner des patients ayant des problèmes de santé qui doivent être traités de façon urgente.
- Les patients risquent moins de contracter des virus et des infections qui sont couramment

contractés en raison d'une présence en milieu hospitalier pendant une longue période, par exemple le C. difficile, et qui peuvent entraîner des complications pour la santé et prolonger la période de convalescence.

- Plusieurs patients préfèrent se rétablir dans le confort de leur domicile plutôt qu'à l'hôpital. De nombreux domaines de chirurgie traitent un plus grand nombre de patients en consultation externe parce que la recherche et les études cliniques ont révélé que la qualité des soins prodigués aux patients correspond généralement à la qualité des soins prodigués aux patients hospitalisés, comme le décrit plus en détail la **section 4.4**.

2.1.4 Où les chirurgies en consultation externe financées par l'État peuvent-elles être réalisées?

En Ontario, les chirurgies en consultation externe financées par l'État sont réalisées dans trois milieux :

Figure 3 : Parcours type d'un patient subissant une chirurgie en consultation externe

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario



104 hôpitaux publics, 10 établissements de santé autonomes (ÉSA) et un hôpital privé. La plupart des chirurgiens qui réalisent une chirurgie dans ces milieux ont leur propre clinique privée pour laquelle ils travaillent ou dont ils sont propriétaires pour offrir des services d'évaluation, de consultation et de soins aux patients.

Comme le montre la **figure 2**, la majorité des chirurgies en consultation externe sont effectuées dans des hôpitaux publics. Les hôpitaux publics ont effectué environ 330 000 chirurgies en consultation externe en 2020-2021, tandis que les ÉSA en ont

effectué près de 16 400, et le seul hôpital privé a effectué environ 1 800 chirurgies en consultation externe. En outre, les hôpitaux publics réalisent habituellement des interventions chirurgicales auprès de patients ayant des problèmes de santé ou des comorbidités plus importants comparativement aux établissements de santé autonomes et aux hôpitaux privés, qui ne disposent pas des ressources cliniques ou en capital et des installations nécessaires pour soigner ces patients.

La **figure 4** décrit les types d'organisations qui offrent des chirurgies en consultation externe.

Figure 4 : Types d'organisations réalisant des chirurgies en consultation externe en Ontario

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Type d'organisation	Description
Hôpital public	<ul style="list-style-type: none"> La majorité des chirurgies en consultation externe sont effectuées dans un hôpital financé par l'État. Tout hôpital doté d'une salle d'opération pourrait réaliser des chirurgies en consultation externe. 90 (87 %) des 104 hôpitaux publics ou plus en Ontario ont une salle d'opération entièrement équipée et conçoivent le nombre de chirurgies effectuées dans le Système d'information sur les temps d'attente de Santé Ontario (voir la section 4.1.1). Toutefois, d'autres hôpitaux (habituellement les petits hôpitaux ou les hôpitaux en milieu rural) peuvent aussi offrir certaines chirurgies en consultation externe sans les consigner dans le Système d'information sur les temps d'attente.
Établissements de santé autonomes	<ul style="list-style-type: none"> Les établissements de santé autonomes (ÉSA) sont des établissements exploités par un propriétaire indépendant qui possèdent un permis leur permettant de recevoir le paiement des frais d'établissement à l'appui de la prestation de services de santé publics agréés financés par l'État. La province compte environ 900 ÉSA, dont environ 95 % fournissent des services diagnostiques comme des radiographies et des échographies. Il y a 10 établissements de santé autonomes (sur les quelque 900 ÉSA en Ontario) qui sont autorisés par le ministère de la Santé en vertu de la <i>Loi sur les établissements de santé autonomes</i> et à qui sont versés des frais d'établissement à l'appui de la réalisation de chirurgies en consultation externe financées par l'État. L'annexe 1 fournit plus de détails sur ces 10 ÉSA. <ul style="list-style-type: none"> Sept de ces ÉSA réalisent des chirurgies plastiques, deux d'entre eux réalisent des chirurgies en ophtalmologie et un, en gynécologie.
Hôpital privé	<ul style="list-style-type: none"> Il y a quatre hôpitaux privés autorisés en Ontario en vertu de la <i>Loi sur les hôpitaux privés</i>, L.R.O. 1990, dont l'un effectue des chirurgies en consultation externe financées par l'État : <ul style="list-style-type: none"> Le Don Mills Surgical Unit, qui relève du Clearpoint Health Network, offre de multiples chirurgies en consultation externe financées par l'État, dont des chirurgies de la cataracte et des chirurgies en orthopédie. La Don Mills Surgical Unit a reçu environ 2,6 millions de dollars du ministère de la Santé en 2020-2021. Les trois autres hôpitaux privés autorisés ne fournissent pas de services de chirurgie en consultation externe financés par l'État. La loi interdit la création de nouveaux hôpitaux privés en Ontario, sauf en vertu d'un permis délivré avant le 29 octobre 1973.

2.2 Gestion et surveillance des chirurgies en consultation externe en Ontario

2.2.1 Rôles et responsabilités des intervenants principaux

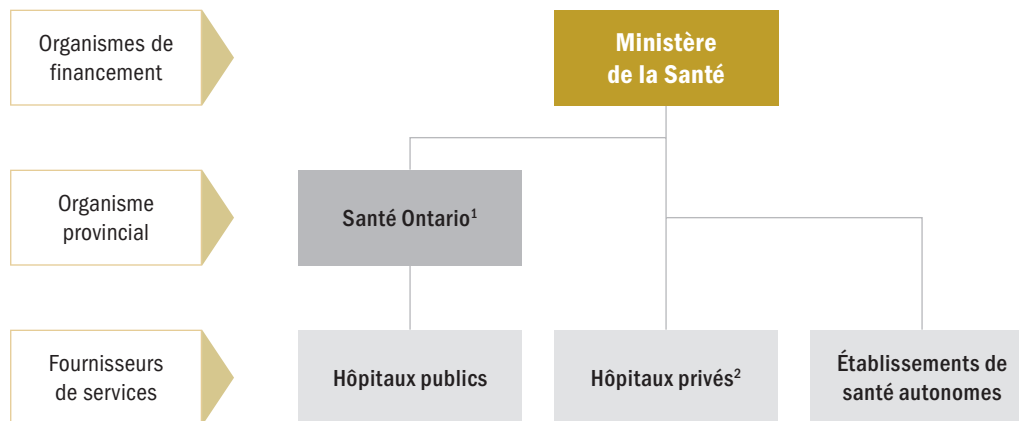
Le ministère de la Santé (le Ministère) et Santé Ontario sont les principales parties participant à la gestion et à la supervision des chirurgies réalisées en consultation externe, en plus des 104 hôpitaux publics, des 10 établissements de santé autonomes et du seul hôpital privé qui offrent des chirurgies en consultation externe, tel qu'il est indiqué à la **section 2.1.4**.

Le Ministère est chargé de déterminer les initiatives et les priorités provinciales liées aux chirurgies. En outre, le Ministère verse des fonds aux fournisseurs de services qui réalisent des chirurgies en consultation externe financées par l'État et rémunère les chirurgiens et les médecins sur la foi de factures présentées au Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO), comme il est expliqué à la **section 2.2.2**.

L'organisme Santé Ontario, créé en 2019 par suite de l'intégration de multiples organismes provinciaux, est chargé de coordonner le système de soins de santé afin d'offrir à la population ontarienne les meilleurs soins possibles. Le Ministère et Santé Ontario collaborent pour affecter des fonds aux hôpitaux publics et recueillir des données auprès des hôpitaux

Figure 5 : Principaux intervenants participant à la prestation de services de chirurgie en consultation externe en Ontario

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario



1. Par suite de l'adoption de la *Loi de 2019 sur les soins de santé pour la population*, qui promulgue la *Loi de 2019 pour des soins interconnectés*, un certain nombre d'organismes provinciaux réalisant des chirurgies en consultation externe et en faisant rapport (Action Cancer Ontario, Qualité des services de santé Ontario et Cybersanté Ontario) se sont fusionnés pour former un nouvel organisme, appelé Santé Ontario.
2. Les hôpitaux privés ont conclu des ententes de reddition de comptes avec Santé Ontario (par suite des ententes de reddition de comptes conclues avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé), mais le ministère de la Santé demeure responsable de la surveillance clé des permis et du financement.

publics qui réalisent des chirurgies en consultation externe.

La **figure 5** montre les principaux intervenants dans la prestation de services de chirurgie en consultation externe en Ontario.

2.2.2 Financement et dépenses pour les chirurgies en consultation externe

Peu importe le type de chirurgie qu'ils réalisent, les chirurgiens soumettent des demandes de paiement au Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) pour toute chirurgie assurée qu'ils effectuent.

Pour tous les autres coûts associés à la réalisation d'une chirurgie financée par l'État, comme les coûts du personnel clinique, les fournitures et les frais généraux, le Ministère fournit un financement en fonction du type de fournisseur de services et du type de chirurgie réalisée. Le Ministère verse des fonds aux hôpitaux publics, à l'hôpital privé et aux 10 établissements de santé autonomes (ÉSA) qui réalisent des chirurgies payées par l'État, et rémunère également les médecins et les chirurgiens qui réalisent les chirurgies sur la foi de factures présentées au Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO).

Hôpitaux publics

Les chirurgies effectuées dans un hôpital public peuvent être financées de trois façons, selon la chirurgie en question. La **figure 6** décrit les trois façons dont les chirurgies en consultation externe peuvent être financées dans un hôpital public. Toutefois, il n'y a pas de suivi précis du financement total utilisé pour les chirurgies en consultation externe par rapport aux chirurgies avec hospitalisation parce que, dans la plupart des cas, la méthode de financement applicable vaut, peu importe que la chirurgie soit réalisée à l'hôpital ou en consultation externe, puisque cette décision repose sur des faits cliniques.

Établissements de santé autonomes

Les 10 établissements de santé autonomes (ÉSA) reçoivent un financement pour effectuer un certain nombre d'interventions chirurgicales. Le Ministère ne précise pas toujours le nombre de chaque type d'intervention chirurgicale qu'un ÉSA effectue en vertu de son permis, sauf pour les chirurgies en ophtalmologie. Il fournit plutôt un financement global au titre des frais généraux, appelés « frais d'établissement », et précise le nombre d'interventions

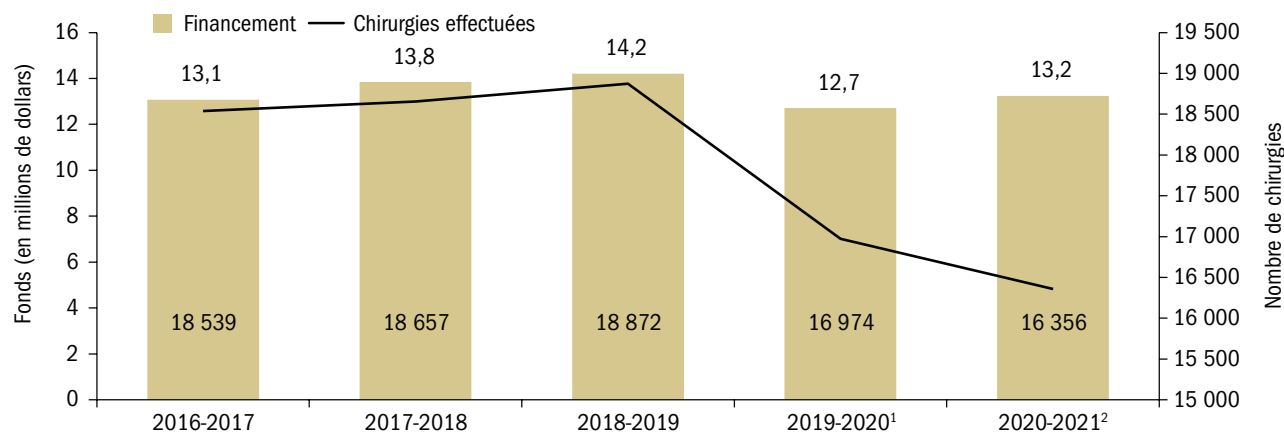
Figure 6 : Trois modes de financement des chirurgies en consultation externe dans les hôpitaux publics de l'Ontario

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Mode de financement	Description	Exemples de chirurgie
1. Financement fondé sur le volume – Méthode des actes médicaux fondés sur la qualité (AMQ)	<ul style="list-style-type: none"> Les chirurgies pour lesquelles le Ministère et les cliniciens ont déterminé et documenté la meilleure façon de fournir les soins sont financées à un montant fixe par dossier. Chaque hôpital reçoit un nombre précis de chirurgies à effectuer et obtient un financement en fonction de ce nombre. Le financement peut varier légèrement selon la complexité des besoins de la population de patients de cet hôpital. 	<ul style="list-style-type: none"> Cataracte Épaule Genou Hanche
2. Financement fondé sur le volume – autres que suivant l'AMQ	<ul style="list-style-type: none"> Tout comme cela se produit pour le financement selon l'AMQ, certaines chirurgies sont financées à un montant fixe par chirurgie, mais elles ne sont accompagnées d'aucune méthode de prestation des soins définie et documentée. Chaque hôpital reçoit un nombre précis de chirurgies à effectuer et obtient un financement en fonction de ce nombre. 	<ul style="list-style-type: none"> Cholécystectomie (ablation de la vésicule biliaire)
3. Financement global	<ul style="list-style-type: none"> Toutes les chirurgies qui ne sont pas financées au moyen de l'une des deux méthodes susmentionnées peuvent être financées à même le financement global de l'hôpital, c'est-à-dire le financement fourni à chaque hôpital sans directives précises quant aux services de santé qui doivent être payés à même ces fonds. Le financement global confère à l'hôpital la discrétion nécessaire pour déterminer la meilleure façon d'utiliser les fonds pour répondre aux besoins de sa population de patients. 	<ul style="list-style-type: none"> Urologie

Figure 7 : Financement du Ministère et nombre de chirurgies réalisées dans 10 établissements de santé autonomes, 2016-2017 à 2020-2021

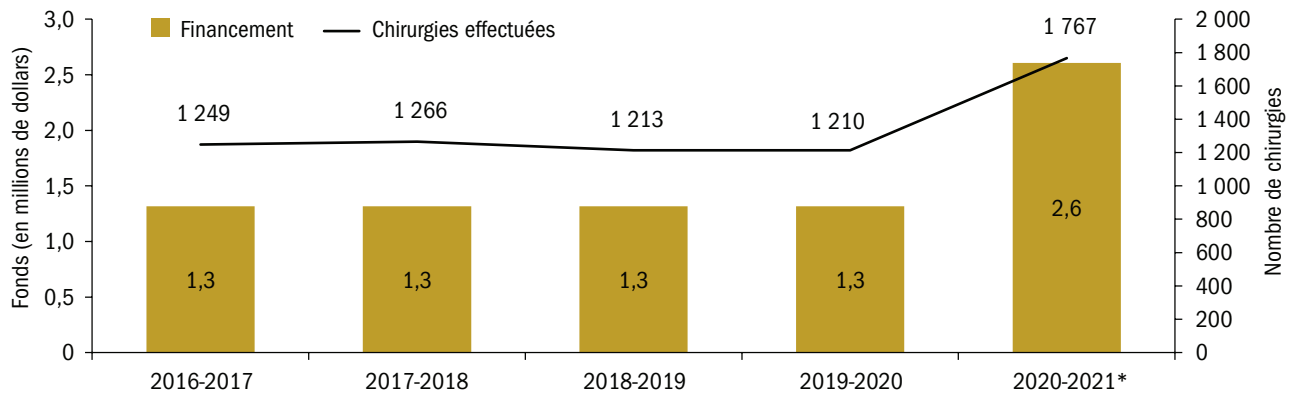
Source des données : Ministère de la Santé



- Le financement et le nombre d'interventions chirurgicales ont diminué en 2019-2020 parce qu'il a été mis fin à une initiative de financement ponctuel l'année précédente et parce que les interventions chirurgicales ont été mises en pause en raison de la COVID-19 en mars 2020.
- Comprend un financement ponctuel d'environ 700 000 \$ à titre de prime de financement pour offrir des chirurgies et éliminer l'arriéré de chirurgies attribuable à la COVID-19. En raison des différentes fins d'exercice de chaque établissement de santé autonome, le financement pour 2020-2021 est une approximation fondée sur les renseignements les plus récents dont nous disposons.

Figure 8 : Financement du Ministère et nombre de chirurgies réalisées en consultation externe dans l'hôpital privé, 2016-2017 à 2020-2021

Source des données : Ministère de la Santé



* Le montant indiqué pour 2020-2021 comprend un paiement supplémentaire ponctuel d'environ 1,3 million de dollars à la Don Mills Surgical Unit, un hôpital privé, pour aider à éliminer l'arriéré de chirurgies attribuable à la COVID-19 en utilisant la capacité disponible pour offrir des chirurgies en consultation externe supplémentaires.

chirurgicales à réaliser dans l'ensemble, et l'ÉSA détermine les chirurgies en particulier à réaliser en fonction de ce qu'il est autorisé à offrir et de ce dont le patient a besoin. La plupart des ÉSA effectuent des chirurgies moins complexes et moins coûteuses, comme les chirurgies de la cataracte et les chirurgies plastiques liées à des cancers. Toutes les chirurgies financées par l'État qui sont réalisées dans des ÉSA en Ontario se déroulent en consultation externe.

La figure 7 montre le financement versé par le Ministère aux 10 ÉSA qui réalisent des chirurgies en consultation externe. L'annexe 1 fournit une liste de ces 10 ÉSA. Bien que le financement n'ait pas changé de façon significative au cours des cinq dernières années – en moyenne environ 14 millions de dollars par année –, le Ministère a octroyé un financement ponctuel additionnel d'environ 700 000 \$ à certains ÉSA en 2020-2021 pour contribuer à éliminer l'arriéré de chirurgies attribuable à la COVID-19.

Hôpitaux privés

À l'instar des ÉSA, deux hôpitaux privés reçoivent un financement global pour effectuer un certain nombre d'interventions chirurgicales. Toutefois, les hôpitaux privés peuvent procéder à des chirurgies qui sont plus coûteuses ou plus complexes à réaliser et qui ne sont pas offertes par les ÉSA, comme les chirurgies

orthopédiques. Un seul de ces deux hôpitaux privés (Don Mills Surgical Unit) en Ontario réalise des chirurgies en consultation externe financées par l'État.

La figure 8 montre le financement versé par le Ministère à l'hôpital privé qui réalise des chirurgies en consultation externe payées par l'État. Le financement est demeuré inchangé entre 2016-2017 et 2019-2020 (environ 1,3 million de dollars par année), mais le Ministère a octroyé un financement ponctuel additionnel d'environ 1,3 million de dollars en 2020-2021 à l'hôpital privé, le Don Mills Surgical Unit, qui effectue des chirurgies en consultation externe, pour contribuer à éliminer l'arriéré des chirurgies attribuable à la COVID-19.

3.0 Objectif et étendue de l'audit

Notre audit visait à déterminer si le ministère de la Santé (le Ministère), de concert avec Santé Ontario, a mis en place des procédures et des systèmes de surveillance efficaces pour s'assurer que :

- la qualité des chirurgies réalisées en consultation externe est surveillée afin d'assurer la sécurité

des patients conformément aux lois, politiques, normes et lignes directrices applicables;

- les résultats et l'efficacité des chirurgies réalisées en consultation externe sont mesurés et rendus publics, et que des mesures correctives sont prises au besoin.

De plus, notre audit visait à déterminer si certains fournisseurs de services (hôpitaux publics, hôpitaux privés et établissements de santé autonomes ou ÉSA) de chirurgies en consultation externe, de concert avec le Ministère et Santé Ontario, avaient mis en place des procédures et des systèmes efficaces pour s'assurer que :

- les interventions chirurgicales en consultation externe sont effectuées de façon équitable, économique et rapide pour répondre aux besoins de la population ontarienne;
- les ressources affectées aux chirurgies en consultation externe sont utilisées et gérées dans le respect des principes d'économie et d'efficacité.

Au cours de la planification de nos travaux, nous avons déterminé les critères de vérification (voir l'**Annexe 2**) que nous utiliserions pour atteindre notre objectif d'audit. Ces critères sont fondés sur un examen des lois, des politiques et des procédures applicables, ainsi que sur des études internes et externes et des pratiques exemplaires. Les membres de la haute direction du Ministère et de Santé Ontario ont convenu de la pertinence de nos objectifs et des critères connexes.

Notre audit s'est déroulé de décembre 2020 à juin 2021. Nous avons obtenu une déclaration écrite de la direction du Ministère et de Santé Ontario selon laquelle, au 19 novembre 2021, ils nous avaient fourni toute l'information dont ils disposaient et qui pourrait avoir une incidence importante sur les constatations ou la conclusion de ce rapport.

Nous avons mené les travaux dans les bureaux du Ministère, où nous avons :

- rencontré en entrevue la haute direction et le personnel chargés de gérer et de surveiller la réalisation des chirurgies en consultation externe en Ontario;

- examiné les politiques, les lignes directrices, les lois, les notes d'information et les rapports pertinents se rapportant aux chirurgies en consultation externe en Ontario;
- examiné les plans stratégiques ainsi que les cibles et résultats liés à la mesure du rendement qui s'y rapportent.
- examiné les structures et les méthodologies de financement;
- obtenu et examiné les données recueillies, y compris le nombre de chirurgies;
- obtenu et analysé des données relatives à la facturation par les médecins de chirurgies réalisées en consultation externe.

Nous avons également mené des travaux à Santé Ontario, où nous avons :

- rencontré en entrevue la haute direction et le personnel chargé de gérer et de surveiller le financement et la prestation des services de chirurgie en consultation externe en Ontario;
- obtenu et examiné diverses données recueillies, y compris le nombre de chirurgies et les statistiques sur les temps d'attente et l'utilisation des salles d'opération.

Nous avons rencontré 15 organisations qui offrent des services de chirurgie en consultation externe, à savoir des hôpitaux publics, des hôpitaux privés et des établissements de santé autonomes, et avons examiné l'information provenant de ces organisations afin de comprendre la prestation des services de chirurgie en consultation externe en Ontario et de cerner les pratiques exemplaires ainsi que les points à améliorer. L'**annexe 3** dresse une liste des organismes que nous avons contactés.

Nous avons retenu les services d'une entreprise tierce pour effectuer des « évaluations anonymes » afin de recueillir de l'information sur les pratiques de vente des fournisseurs privés en matière de chirurgie en consultation externe.

Nous avons également rencontré l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario pour discuter de son rôle en tant qu'organisme de surveillance chargé de superviser les services fournis par les médecins et

chirurgiens autorisés et de son rôle dans l'évaluation des ÉSA au nom du ministère de la Santé.

De plus, nous avons communiqué avec des intervenants, y compris la Coalition ontarienne de la santé, pour discuter des forces, des faiblesses et des obstacles du processus actuel de prestation de services de chirurgie en consultation externe en Ontario.

Nous avons également passé en revue des recherches et des études pertinentes menées en Ontario et dans d'autres administrations afin de cerner les secteurs à risque, les pratiques exemplaires et les possibilités en matière de chirurgie en consultation externe.

Nous avons réalisé nos travaux et présenté les résultats de notre examen conformément aux Normes canadiennes de missions de certification – Missions d'appréciation directe publiées par le Conseil des normes d'audit et de certification des Comptables professionnels agréés du Canada. Cela comprenait l'obtention d'un niveau d'assurance raisonnable.

Le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario applique la Norme canadienne de contrôle qualité et, de ce fait, il maintient un système exhaustif de contrôle qualité comprenant des politiques et des consignes documentées au sujet du respect des règles de conduite professionnelle, des normes professionnelles, ainsi que des critères législatifs et réglementaires applicables.

Il s'est conformé aux exigences en matière d'indépendance et d'éthique du Code de déontologie des Comptables professionnels agréés de l'Ontario, qui sont fondées sur des principes fondamentaux d'intégrité, d'objectivité, de compétence professionnelle, de diligence raisonnable, de confidentialité et de conduite professionnelle.

4.0 Constatations détaillées de l'audit

4.1 Les temps d'attente pour accéder à une chirurgie en consultation externe demeurent longs

Les patients doivent souvent planifier une chirurgie, puis attendre des semaines, des mois, voire parfois des années avant de se faire opérer. Dans le cadre de nos discussions avec les médecins et les chirurgiens, nous avons constaté que des temps d'attente considérablement longs peuvent mener à une détérioration de l'état de santé du patient ou à des complications liées à son problème de santé, de sorte que la chirurgie pourrait se transformer en une chirurgie plus complexe – ou d'urgence – si elle n'est pas effectuée en temps opportun. Bien que certains patients puissent choisir volontairement d'attendre plus longtemps parce qu'ils veulent sélectionner un chirurgien en particulier, de nombreux autres doivent attendre longtemps avant de subir une chirurgie en consultation externe.

4.1.1 La question des temps d'attente plus longs n'a pas été réglée et la situation s'est encore aggravée en 2020-2021

Les longs temps d'attente pour une chirurgie sont un problème de longue date en Ontario. Bien que les résultats de l'Ontario soient légèrement supérieurs à la moyenne canadienne, les temps d'attente pour une chirurgie en Ontario sont de plus en plus longs et ils n'atteignent toujours pas les objectifs de référence canadiens.

Nous avons examiné les données de l'Ontario provenant de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) sur trois types de chirurgies couramment réalisées en consultation externe : le remplacement articulaire (hanche ou genou) et la chirurgie de la cataracte (comme le montre la **figure 1**). Nous avons constaté que le pourcentage de patients traités dans les délais de référence (environ six mois pour une arthroplastie de la hanche ou du genou et trois mois

pour une chirurgie de la cataracte) était en baisse constante depuis 2010 (voir la **figure 9**). Ainsi :

- Environ 88 % des chirurgies de la cataracte, qui se déroulent presque toujours en consultation externe, ont respecté les délais de référence en 2010, mais seulement 72 % l'ont fait en 2019.
- De même, environ 89 % des patients ontariens ont subi une arthroplastie du genou dans le délai de référence en 2010, comparativement à seulement 80 % en 2019.
- En 2020, les interventions annulées et reportées pendant la pandémie de COVID-19 ont mené à des temps d'attente encore plus longs pour les remplacements articulaires (hanche ou genou) et les chirurgies de la cataracte. Environ 50 % des patients ontariens inscrits sur des listes d'attente n'ont pas reçu ces traitements dans les délais recommandés, comparativement à environ 20 % en 2019.

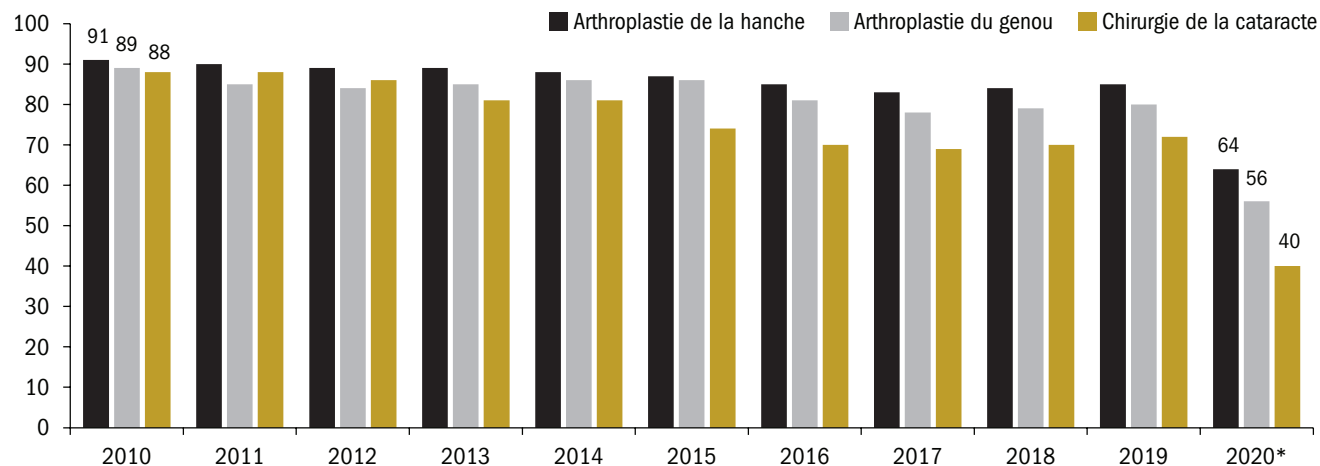
Nous avons également examiné et comparé les données de l'ICIS sur les remplacements articulaires (hanche ou genou) et les chirurgies de la cataracte au Canada en 2019 (avant la COVID-19) et en 2020 (pendant la COVID-19) et avons constaté que, dans l'ensemble, toutes les provinces affichaient une

tendance semblable : environ la moitié des patients canadiens n'ont pas subi ces chirurgies dans les délais recommandés en 2020, comparativement au tiers environ en 2019. Comme le montre la **figure 10**, l'Ontario a affiché un rendement légèrement supérieur à la moyenne canadienne en 2019 et en 2020, sauf pour les chirurgies de la cataracte, dans lequel cas seulement 40 % des patients ontariens ont été traités dans le délai de référence en 2020, comparativement à la moyenne canadienne de 45 %.

En plus d'examiner les données de l'ICIS, nous avons examiné celles de Santé Ontario, qui fait le suivi des temps d'attente pour les chirurgies au nom du Ministère au moyen de son Système d'information sur les temps d'attente (SITA). L'un des types de données saisies dans le SITA est le temps d'attente qui s'écoule entre le moment où une décision de réaliser une intervention chirurgicale a été prise et le moment où l'intervention est réalisée. Les hôpitaux qui procèdent à des chirurgies dans une salle d'opération entièrement équipée doivent consigner des données chirurgicales dans le SITA. 90 (87 %) des 104 hôpitaux publics de l'Ontario disposent de salles d'opération entièrement équipées et consignent leurs données dans le SITA; toutefois, d'autres hôpitaux

Figure 9 : Pourcentage de patients traités dans les délais de référence pour une arthroplastie de la hanche ou du genou et une chirurgie de la cataracte en Ontario, 2010-2020

Source des données : Institut canadien d'information sur la santé



Remarque : Le délai de référence pour une arthroplastie (de la hanche ou du genou) pour les patients dont le niveau de priorité est quatre est de 182 jours. Le délai de référence pour une chirurgie de la cataracte pour les patients dont le niveau de priorité est trois est de 112 jours.

* Le pourcentage de patients traités dans les délais de référence a diminué depuis mars 2020 en raison de la COVID-19.

Figure 10 : Pourcentage de patients traités dans les délais de référence pour une arthroplastie de la hanche ou du genou et une chirurgie de la cataracte au Canada par province, 2019 et 2020

Source des données : Institut canadien d'information sur la santé

Province	% de patients traités dans les délais de référence					
	Arthroplastie de la hanche ¹		Arthroplastie du genou ²		Chirurgie de la cataracte ³	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Alb.	64	49	62	39	44	34
C.-B.	76	58	66	50	69	53
I.-P.-É.	66	56	28	32	28	16
Man.	55	47	46	37	33	21
N.-B.	48	29	44	25	66	53
N.-É.	59	47	47	31	60	32
Ont.	85	64	80	56	72	40
Qué.	76	56	72	43	82	54
Sask.	47	40	39	28	61	40
T.-N.-L.	76	45	72	21	63	33
Canada	75	56	70	47	71	45

Les cases ombragées indiquent que le pourcentage de patients traités dans les délais de référence dans la province était plus élevé que la moyenne canadienne.

Remarque : Les délais de référence canadiens pour les arthroplasties de la hanche et du genou et les chirurgies de la cataracte sont les suivants :

1. Le délai de référence moyen pour les arthroplasties de la hanche est de 182 jours.
2. Le délai de référence moyen pour les arthroplasties du genou est de 182 jours.
3. Le délai de référence moyen pour la chirurgie de la cataracte est de 112 jours.

(habituellement les petits hôpitaux ou les hôpitaux ruraux) pourraient également offrir certaines chirurgies en consultation externe sans consigner de données dans le SITA.

De plus, les hôpitaux sont tenus de consigner dans le SITA des données sur les chirurgies de la cataracte, peu importe où celles-ci sont réalisées. Les données ainsi saisies sont regroupées en fonction du domaine de chirurgie et de l'hôpital et sont accessibles au public sur le site Web de Qualité des services de santé Ontario. Les temps d'attente varient d'un patient à l'autre en fonction de facteurs, telle la santé du patient, mais les patients sont habituellement regroupés en quatre niveaux de priorité, comme le montre la **figure 11**.

Tel qu'il est mentionné à la **section 2.1.1**, nous avons porté notre attention sur les chirurgies non urgentes et avons examiné les temps d'attente pour les patients répondant aux niveaux de priorité deux, trois

et quatre. Ces temps d'attente représentent le délai qui s'écoule entre la date à laquelle la décision de procéder à la chirurgie a été prise et la date à laquelle celle-ci est réalisée. De même, les temps d'attente sont mesurés en fonction du 90e percentile, ce qui signifie que 90 % des patients ont subi leur chirurgie dans ce délai. Bien que les patients de chaque niveau de priorité soient habituellement examinés selon le principe du premier arrivé, premier servi, un chirurgien peut décider de recevoir un patient en consultation en priorité s'il y a des raisons cliniques de le faire, comme une détérioration rapide de l'état de santé du patient ou d'autres problèmes de santé ayant une incidence sur l'état du patient qui pourraient nécessiter une intervention chirurgicale plus tôt afin d'éviter le recours à une chirurgie urgente.

Nous avons examiné les temps d'attente associés à 10 types courants de chirurgies en consultation externe entre 2016-2017 et 2019-2020 (avant que les

Figure 11 : Niveau de priorité de la chirurgie

Source : Qualité des services de santé Ontario

Niveau de priorité de la chirurgie	Description clinique
Priorité 1*	Le patient pourrait décéder si la chirurgie n'est pas réalisée immédiatement.
Priorité 2	Le patient ressent des symptômes graves et difficiles à gérer qui s'aggraveront probablement.
Priorité 3	Le patient ressent une douleur ou d'autres symptômes qui n'ont pas d'incidence considérable sur sa qualité de vie.
Priorité 4	Le patient pourrait voir son état s'aggraver avec le temps; la prise en charge médicale pourrait ne pas contribuer à améliorer son état.

* Non inclus dans les données sur les temps d'attente, car la priorité 1 signifie que le patient a besoin d'une chirurgie d'urgence, de sorte qu'il est examiné immédiatement.

répercussions de la COVID-19 ne se fassent ressentir) et 2020-2021 (pendant la COVID-19), et nous avons constaté qu'entre 2016-2017 et 2019-2020, les temps d'attente pour de nombreuses chirurgies ont augmenté (ano-rectale, avant-pied, vésicule biliaire, hernie, hystérectomie et prostate), bien qu'ils aient diminué pour certaines autres (ovarienne bénigne, cataracte, épaule et sinus).

En 2020-2021, les temps d'attente pour les chirurgies en consultation externe ont encore été prolongés en raison de la pandémie de COVID-19, qui a eu des répercussions en Ontario à partir de la mi-mars 2020. Le 15 mars 2020, le Ministère a envoyé aux hôpitaux une note de service leur demandant d'amorcer une [traduction] « réduction progressive [mesurée] des chirurgies non urgentes et d'autres activités non urgentes » afin de préserver la capacité de bien soigner les patients atteints de la COVID-19. Cette note de service a été suivie d'une directive émise par le médecin hygiéniste en chef (MHC) selon laquelle il fallait cesser toutes les chirurgies non essentielles et non urgentes ou les réduire au minimum. La directive a été applicable dans un premier temps du 19 mars au 26 mai 2020, puis de nouveau du 20 avril au 19 mai 2021.

Du fait de cette première période d'application de la directive, les temps d'attente étaient plus longs à la fin de 2020-2021 qu'ils ne l'avaient été au cours des années précédentes. Par exemple, les temps d'attente étaient de 157 jours (pour une chirurgie de la vésicule biliaire) et de 356 jours (pour une chirurgie de l'avant-pied) à la fin de 2020-2021, alors

qu'ils étaient de 100 jours (pour une chirurgie de la vésicule biliaire) et de 259 jours (pour une chirurgie de l'avant-pied) en 2019-2020, ce qui représente une augmentation de 57 % et de 37 % respectivement (voir la **figure 12**).

La deuxième période d'application de la directive, du 20 avril au 19 mai 2021 (peu après la fin de l'exercice 2020-2021), a continué d'avoir une incidence sur les temps d'attente des chirurgies en consultation externe, comme il est expliqué à la **section 4.7.1**.

En raison de l'annulation ou du report de la plupart des chirurgies en consultation externe pendant la pandémie de COVID-19, les temps d'attente devraient continuer d'augmenter en raison de l'arriéré important et croissant de chirurgies. Du fait de la hausse des cas de COVID-19 en Ontario, le MHC a émis la directive à nouveau en avril 2021, ce qui a eu des répercussions supplémentaires sur les chirurgies en consultation externe, comme il est expliqué à la **section 4.7**.

4.1.2 En raison d'écart régionaux importants au chapitre des temps d'attente, l'accès à une chirurgie en consultation externe est inéquitable

Bien que tout hôpital doté d'une salle d'opération entièrement équipée puisse réaliser des chirurgies en consultation externe, les hôpitaux et les régions ne sont pas tous en mesure d'offrir des chirurgies en temps opportun.

Figure 12 : Temps d'attente pour une chirurgie en consultation externe (en jours), 2016-2017, 2019-2020 et 2020-2021

Source des données : Santé Ontario

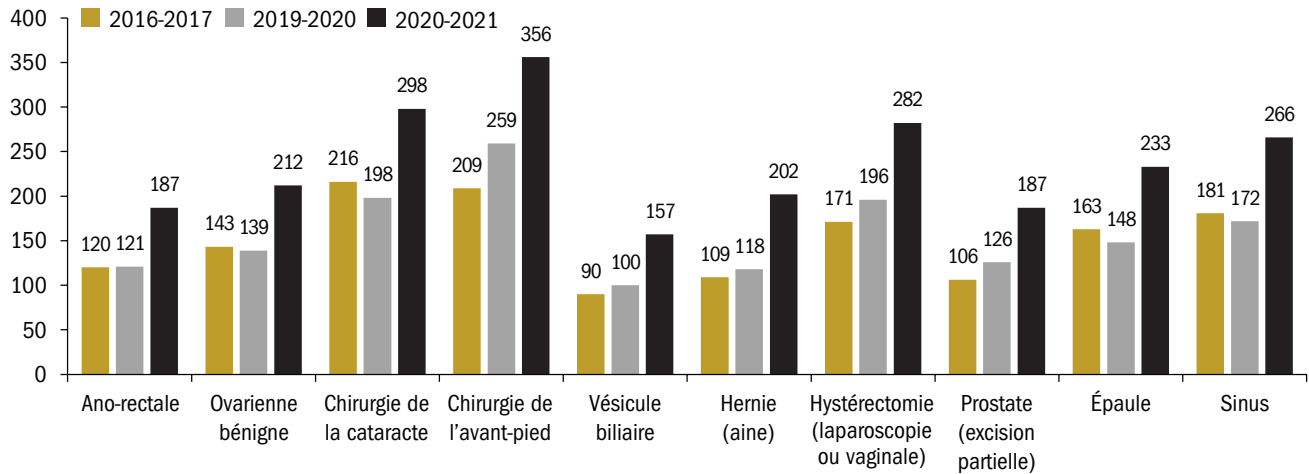
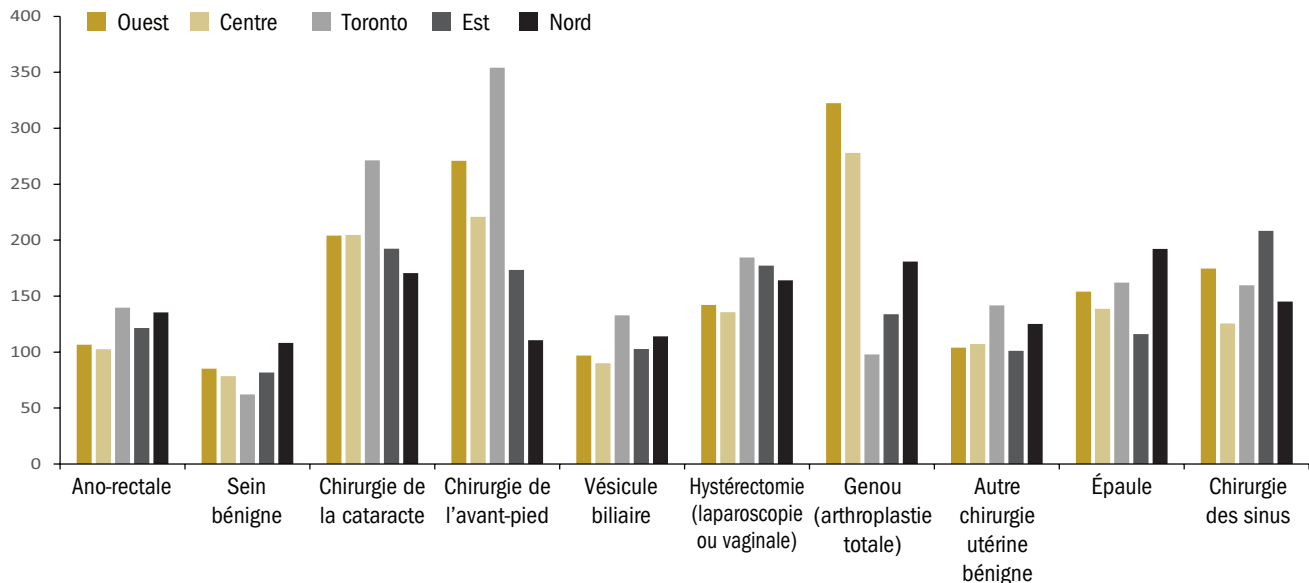


Figure 13 : Exemples de temps d'attente pour une chirurgie en consultation externe par région sanitaire de l'Ontario (en jours), 2019-2020

Source des données : Santé Ontario



Remarque : Cette analyse comprend les temps d'attente moyens du 90e percentile de tous les organismes déclarants de chaque région.

Nous avons examiné les temps d'attente régionaux en fonction des cinq régions de Santé Ontario (Ouest, Centre, Toronto, Est et Nord) en 2019-2020 et constaté des écarts importants au chapitre des temps d'attente pour les chirurgies en consultation externe, comme le montre la **figure 13**. Ainsi :

- Dans la région de Toronto, les patients ayant subi une chirurgie à l'avant-pied ont dû attendre environ 354 jours, soit plus de trois fois plus longtemps que les patients de la région du Nord (111 jours).

- Dans la région de l'Ouest, les patients ont dû attendre près d'un an (322 jours) avant de subir une arthroplastie totale du genou, tandis que ceux de la région de Toronto ont attendu environ trois mois (98 jours).
- Dans la région de Toronto, les patients qui ont subi une chirurgie de la cataracte ont dû attendre 271 jours, soit 100 jours de plus que les patients qui ont subi une chirurgie de la cataracte dans la région du Nord (171 jours).

En discutant avec les hôpitaux, nous avons relevé les raisons possibles de la variation des temps d'attente entre les hôpitaux. Par exemple, certains hôpitaux desservent une grande région géographique et offrent de nombreux types de chirurgies dans leur bassin, ce qui entraîne souvent des temps d'attente plus longs pour chaque domaine de chirurgie spécialisé parce qu'ils doivent rivaliser pour obtenir des salles d'opération, dont l'offre est limitée, ce dont il sera question en détail à la **section 4.2.2**. De plus, certaines régions ont connu une croissance démographique importante, qui n'a pas été accompagnée dans tous les cas d'une hausse du nombre de chirurgies permises ou du financement nécessaire à cet égard.

En raison des écarts importants des temps d'attente par région, les patients vivant dans certaines régions doivent attendre beaucoup plus longtemps pour subir une chirurgie en consultation externe, ce qui rend inéquitable l'accès aux chirurgies en temps opportun.

RECOMMANDATION 1

Afin d'offrir un accès plus équitable à des chirurgies en consultation externe partout en Ontario, Santé Ontario doit :

- collaborer avec les hôpitaux à l'échelle régionale pour faciliter les communications régulières et cerner les causes des écarts au chapitre des temps d'attente;
- en consultation avec les régions, affecter ou réaffecter le nombre de chirurgies et le financement futurs de manière à réduire

les temps d'attente et à les ramener à un niveau équitable.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

À l'heure actuelle, la gestion du rendement est assurée au moyen de divers mécanismes par le ministère de la Santé (le Ministère) et Santé Ontario (par exemple, sensibilisation au programme de lutte contre le cancer, examens du rendement de l'accès aux soins, processus d'élaboration du bilan des régions du Ministère, etc.). Santé Ontario procède actuellement au regroupement et à l'amélioration de la coordination de bon nombre de ces processus, qui par le passé ont pu relever d'organismes distincts et qui relèvent maintenant de Santé Ontario. Santé Ontario se réjouit de travailler avec le Ministère et les hôpitaux à la réalisation d'une évaluation des possibilités d'harmoniser et de regrouper ces processus à l'échelle provinciale d'ici la fin de l'exercice 2022-2023.

Le Ministère et Santé Ontario travaillent en étroite collaboration sur l'affectation du financement en fonction du volume pour l'exercice 2021-2022. Le processus actuel exige une collaboration continue avec les régions de Santé Ontario et des experts cliniques afin de déterminer les types d'interventions dont les temps d'attente sont élevés, et ces domaines ont été au cœur du financement en cours d'exercice. Santé Ontario commencera à fournir en continu des rapports de données ciblées d'ici le 31 mars 2022 afin d'aider les régions et le Ministère à surveiller les temps d'attente dans ces régions.

4.1.3 Absence de rapports publics sur les temps d'attente par chirurgien

Ainsi qu'il est expliqué à la **section 2.1.2**, les patients qui doivent subir une intervention chirurgicale sont généralement dirigés par leur médecin de famille ou leur fournisseur de soins de santé vers un

chirurgien. Si le chirurgien en arrive à la conclusion qu'une intervention chirurgicale est nécessaire, le patient obtient une date ou son nom est ajouté à une liste d'attente jusqu'à ce qu'une place se libère. Habituellement, chaque chirurgien tient sa propre liste d'attente et son propre calendrier de chirurgie, selon la disponibilité d'une salle d'opération.

Nous avons constaté qu'en Ontario, les données sur les temps d'attente par chirurgien ne sont pas accessibles au public. L'ancien Qualité des services de santé Ontario (maintenant Santé Ontario) déclare publiquement les temps d'attente par hôpital, mais pas par chirurgien.

Comme ils dépendent souvent d'une recommandation de leur médecin de famille ou de leur fournisseur de soins de santé, les patients sont généralement informés des temps d'attente possibles seulement après avoir rencontré un chirurgien. Ils ne savent peut-être pas non plus que les temps d'attente peuvent varier d'un chirurgien à l'autre, même si ces chirurgiens travaillent dans le même hôpital. Les écarts au chapitre des temps d'attente peuvent s'expliquer par le choix du patient, les pratiques d'aiguillage qui font en sorte que des patients sont aiguillés vers certains chirurgiens plus que vers d'autres ou le fait que certains chirurgiens réalisent des chirurgies spécialisées que d'autres ne réalisent pas. Ainsi, nous avons remarqué les exemples suivants, où les temps d'attente pour une intervention chirurgicale variaient entre plusieurs chirurgiens alors que ces derniers travaillaient au même hôpital :

- Le temps d'attente moyen pour être opéré par un ophtalmologiste était de 155 jours, soit près de quatre mois de plus que celui d'un autre ophtalmologiste, dont le temps d'attente moyen était de 42 jours.
- Le temps d'attente moyen pour être opéré par un oto-rhino-laryngologiste était de 211 jours, soit environ trois mois de plus que celui d'un autre oto-rhino-laryngologiste, dont le temps d'attente moyen s'établissait à 121 jours.
- Le temps d'attente moyen pour être opéré par un chirurgien orthopédiste était de 171 jours, soit plus de deux mois de plus que celui d'un autre

chirurgien, dont le temps d'attente moyen était de 106 jours.

Étant donné que les patients n'ont pas accès à l'information sur les temps d'attente par chirurgien, ils n'ont souvent d'autre choix que de consulter la personne vers laquelle leur fournisseur de soins de santé les dirige. En conséquence, les patients prennent des décisions mal éclairées parce qu'ils n'ont aucun moyen de savoir si le temps d'attente pour se faire opérer par le chirurgien vers lequel ils sont dirigés est plus long que celui des autres chirurgiens de la région.

Nous avons examiné les pratiques mises en place dans d'autres provinces et avons constaté que les données sur les temps d'attente par chirurgien sont accessibles au public dans certaines provinces. Ainsi :

- En Alberta, le public peut accéder aux temps d'attente par intervention et chirurgien. Par exemple, un patient peut consulter le site Web de déclaration des temps d'attente du gouvernement de l'Alberta, sélectionner la zone (région) dans laquelle il vit et inscrire l'intervention chirurgicale dont il a besoin (p. ex. réparation d'une hernie, chirurgie de la cataracte, ablation de la vésicule biliaire), puis effectuer une recherche de tous les chirurgiens qui effectuent cette chirurgie dans sa région. De plus, en cliquant sur le nom d'un chirurgien, le patient peut accéder aux temps d'attente de ce dernier pour la période de déclaration la plus récente. Par ailleurs, l'Alberta va plus loin et compare les temps d'attente d'un chirurgien à ceux de l'ensemble de l'Alberta pour une chirurgie donnée, de sorte que les patients peuvent comparer les temps d'attente du chirurgien avec le temps d'attente moyen.
- La Colombie-Britannique permet également au public de consulter son site Web provincial sur les temps d'attente des chirurgies et de faire des recherches par intervention (chirurgie) ou par spécialiste. Lorsqu'ils effectuent une recherche par type de chirurgie, les patients obtiennent une liste de tous les chirurgiens qui effectuent une telle chirurgie, ainsi que le nombre de patients inscrits sur la liste d'attente de chaque chirurgien et le

temps que la plupart d'entre eux ont dû attendre pour subir une telle chirurgie.

Notre bureau a déjà soulevé le manque de transparence au chapitre des temps d'attente en Ontario. Par exemple, dans notre audit de l'optimisation des ressources de 2016 sur le fonctionnement des grands hôpitaux communautaires, nous avons constaté que chaque chirurgien gérait ses propres listes d'attente — et que certains avaient des listes d'attente plus longues que d'autres parce qu'ils étaient bien connus ou parce que de nombreux médecins de famille dirigeaient leurs patients vers eux. Nous avons également signalé que l'Ontario ne déclarait pas les temps d'attente par chirurgien. L'absence de renseignements sur les temps d'attente pour chaque chirurgien signifiait que les Ontariennes et les Ontariens ne connaissaient pas la situation et que leurs médecins ne disposaient pas des renseignements qui leur permettraient de les aiguiller vers un chirurgien dont la liste d'attente est plus courte ou vers un établissement qui pourrait offrir plus rapidement le traitement ou la consultation. Nous recommandons au Ministère de travailler avec les hôpitaux afin de mettre en oeuvre un système centralisé d'aiguillage et d'évaluation des patients pour tous les types d'interventions chirurgicales non urgentes dans chaque région; Lorsque nous avons effectué le suivi de l'audit de 2016 sur le fonctionnement des grands hôpitaux communautaires, cette recommandation nous a été signalée comme étant toujours en voie d'être mise en oeuvre, une question qui est abordée à la **section 4.2.1**.

RECOMMANDATION 2

Afin d'accroître la transparence en ce qui concerne les temps d'attente pour une chirurgie et de permettre aux patients de prendre des décisions plus éclairées au sujet de leurs soins chirurgicaux, le ministère de la Santé, en collaboration avec Santé Ontario, doit :

- collaborer avec les hôpitaux publics, les hôpitaux privés, les établissements de santé

autonomes et les chirurgiens pour faire le suivi des temps d'attente de chaque chirurgien;

- publier des données sur les temps d'attente par chirurgien comme le font d'autres administrations, notamment l'Alberta et la Colombie-Britannique.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère convient que la transparence au chapitre des temps d'attente en chirurgie pour chaque chirurgien est importante et que cela permettrait aux patients de prendre des décisions plus éclairées au sujet de leurs soins chirurgicaux. Dans le cadre des investissements de 2020-2021 et de 2021-2022 dans la gestion centralisée des listes d'attente en chirurgie, le Ministère et Santé Ontario réitérent leur engagement à faire en sorte que les chirurgiens, les hôpitaux et les planificateurs du système de santé utilisent les données existantes sur les temps d'attente pour mieux gérer les ressources du système chirurgical. Le Ministère et Santé Ontario collaboreront pour mobiliser les intervenants pertinents, y compris l'Ontario Medical Association, afin de discuter de la question des exigences relatives à la déclaration publique des temps d'attente par chirurgien et d'établir celles-ci.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario distribue un tableau de bord trimestriel des chirurgiens qui donne à ces derniers un aperçu de leurs temps d'attente et des temps d'attente comparables des autres chirurgiens de leur établissement, de la région du Réseau local d'intégration des services de santé et de la province. De plus, il existe un rapport sur les chirurgiens à l'échelle de la région ou du réseau local d'intégration des services de santé qui permet d'examiner la performance des hôpitaux ou des régions. Santé Ontario étudiera la possibilité avec le ministère de la Santé (le Ministère) d'élargir la diffusion de l'information disponible dans

ces outils à d'autres intervenants d'ici la fin de 2022-2023. Santé Ontario se réjouit également de collaborer avec le Ministère à l'élaboration d'un plan visant à élargir la production de rapports publics à chaque chirurgien, ce qui nécessitera de vastes consultations auprès des intervenants et la participation des parties concernées comme l'Ontario Medical Association, les représentants des patients et les cliniciens.

4.2 Progrès limités et lents dans la mise en oeuvre de pratiques visant à réduire les temps d'attente pour les chirurgies en consultation externe

Tel qu'il est décrit à la **section 4.1**, les temps d'attente considérablement longs peuvent mener à une détérioration de l'état de santé global du patient et à des complications et d'autres problèmes de santé. Bien que le Ministère et Santé Ontario soient conscients des longs temps d'attente, les progrès réalisés dans l'examen et la mise en oeuvre de stratégies et de pratiques susceptibles de réduire les temps d'attente pour les chirurgies en consultation externe sont demeurés limités et lents à l'échelle de la province.

4.2.1 L'absence d'un processus centralisé d'admission ou d'aiguillage limite la capacité de réduire les temps d'attente

Bien que les fournisseurs de soins de santé et les chirurgiens établissent souvent des relations de travail pour fournir des soins aux patients en temps opportun, la province pourrait envisager de mettre en oeuvre des processus permettant aux patients de subir une chirurgie plus rapidement. Ces patients auraient quand même un mot à dire dans le choix du chirurgien qu'ils préfèrent.

L'une de ces solutions possibles tiendrait dans la mise sur pied d'un processus centralisé d'admission ou d'aiguillage pour certaines spécialités chirurgicales. Par exemple, un médecin de famille ou un fournisseur de soins de santé pourrait d'abord orienter un patient vers un service d'admission central. Le patient

pourrait ensuite indiquer s'il préfère être opéré par un chirurgien en particulier compte tenu de ce qu'il sait et au terme d'une discussion avec son fournisseur de soins de santé habituel. S'il n'a aucune préférence, le patient pourrait choisir d'être contacté par le prochain chirurgien disponible dans sa région ou dans toute autre région offrant un traitement plus rapide. Par conséquent, la mise en place d'un processus centralisé d'admission ou d'aiguillage peut contribuer à faire en sorte que les patients aient accès rapidement à une chirurgie tout en continuant de leur donner le choix.

Bien qu'il n'existe pas d'approche uniforme de centralisation de l'aiguillage ou de l'admission pour tous les types de chirurgies en Ontario, nous avons remarqué que certaines régions et certains domaines de chirurgie ont pris eux-mêmes des mesures pour réduire les longs temps d'attente pour les patients.

Ainsi :

- En avril 2021, la région de Waterloo a adopté un programme centralisé d'aiguillage pour les chirurgies de la cataracte grâce auquel les patients peuvent choisir la première date de chirurgie disponible de même qu'un endroit ou un chirurgien en particulier. Parmi les demandes de consultation traitées en septembre 2021, 31 % des patients ont choisi la première date de chirurgie disponible; 19 % ont choisi l'endroit le plus près de chez eux; et 50 % ont choisi un chirurgien en particulier. De plus, un site Web régional fournit aux patients de l'information sur les chirurgiens ophtalmologistes, des documents d'information sur les chirurgies, et les temps d'attente trimestriels. Le programme centralisé d'aiguillage pour les chirurgies de la cataracte et le site Web régional ont permis de réduire les temps d'attente sans compromettre l'autonomie des patients.
- En raison de la forte demande de soins et de chirurgies orthopédiques, le Ministère et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (maintenant Santé Ontario) ont mis en place en 2017 des cliniques d'accès rapide pour des problèmes orthopédiques comme les douleurs à la hanche, au genou et au bas du dos. Les fournisseurs de soins primaires, comme

les médecins de famille, peuvent aiguiller les patients qui ont besoin de consulter un spécialiste en orthopédie ou qui doivent subir un examen d'imagerie diagnostique vers un point d'admission central dans la région qui détermine si les patients répondent aux critères d'accès à la clinique d'accès rapide. À la clinique d'accès rapide, un fournisseur de soins de santé effectue une évaluation du patient pour établir le plan de soins qui convient à ce dernier. Si une intervention chirurgicale est nécessaire, le patient pourra soit consulter le prochain chirurgien disponible dans la région, soit consulter le chirurgien de son choix. Notre examen de l'information obtenue du Ministère a révélé que près de 50 % des patients qui sont passés par les cliniques d'accès rapide ont choisi de consulter le prochain chirurgien disponible plutôt que d'attendre qu'un chirurgien en particulier soit libre.

Le Ministère a également constaté que l'absence d'une gestion centralisée des listes d'attente en chirurgie était un problème dans le cadre de son plan visant à éliminer l'arriéré des chirurgies attribuable à la COVID-19. Plus précisément, le Ministère a versé environ 13 millions de dollars en 2020-2021 pour des projets régionaux afin d'appuyer la mise en oeuvre de solutions novatrices en santé visant à éliminer l'arriéré des chirurgies. Nous avons remarqué que certaines régions et certains hôpitaux de la province ont utilisé ce financement pour commencer à centraliser le processus d'admission pour certaines chirurgies. Ainsi :

- Le Women's College Hospital dans la région de Toronto a mis en oeuvre un modèle d'admission centralisé pour les chirurgies ano-rectales.
- Halton Healthcare dans la région de Mississauga Halton a élargi les services offerts par sa clinique d'accès rapide afin d'y inclure l'évaluation des épaules.

Toutefois, le processus centralisé d'admission ou d'aiguillage n'a pas été élargi ni largement adopté à l'échelle de la province de façon uniforme. Par exemple, nous avons constaté que les régions n'envisageaient pas toutes le recours à ce processus,

que les types d'interventions chirurgicales n'étaient pas tous envisagés dans le cadre de ce processus et que, pour les régions qui le faisaient, différentes chirurgies étaient envisagées par différentes régions. Tous les processus mis en oeuvre devraient être évalués une fois en place pour déterminer s'ils produisent des pratiques exemplaires pouvant être mises en oeuvre dans d'autres régions.

L'absence d'un processus centralisé d'admission ou d'aiguillage est un problème de longue date et notre Bureau a soulevé cette question et formulé des recommandations dans d'autres secteurs du système de soins de santé par le passé. Mentionnons par exemple notre audit de l'optimisation des ressources de 2017 sur les Services de traitement du cancer, dans le cadre duquel nous avons constaté que certaines régions de l'Ontario avaient mis en place un service central d'aiguillage et de réservation pour certaines chirurgies du cancer dans le but de raccourcir les temps d'attente et d'améliorer l'accès, mais que ce service n'était pas offert pour toutes les chirurgies du cancer dans tous les réseaux locaux d'intégration des services de santé. Nous avons recommandé qu'Action Cancer Ontario (maintenant Santé Ontario) collabore avec le Ministère et les hôpitaux pour évaluer les avantages d'un processus centralisé d'aiguillage et de réservation pour les chirurgies du cancer. Nous avons également recommandé que le Ministère collabore avec Action Cancer Ontario et les hôpitaux pour mettre en oeuvre des processus centralisés d'aiguillage et de réservation pour les TDM et les examens par IRM liés au cancer. Lors de notre suivi de 2021, nous avons constaté que cette recommandation était encore en voie d'être mise en oeuvre d'ici 2023.

RECOMMANDATION 3

Pour permettre aux patients d'avoir accès plus rapidement à des chirurgies, le ministère de la Santé, en collaboration avec Santé Ontario, doit :

- collaborer avec les hôpitaux et les cliniciens pour déterminer les types de chirurgies en consultation externe qui tireraient le plus profit de la création d'un système centralisé

d'admission ou d'aiguillage afin de réduire les temps d'attente et d'accroître la transparence à cet égard pour les patients;

- travailler régulièrement avec les hôpitaux et les régions qui ont mis en oeuvre des processus centralisés d'admission ou d'aiguillage pour les chirurgies afin de cerner les pratiques exemplaires et les faiblesses;
- appliquer les pratiques exemplaires relevées dans le cadre de ces travaux et d'autres initiatives provinciales pertinentes liées à l'admission ou à l'aiguillage centralisé afin d'élargir davantage la mise en oeuvre de ces pratiques et initiatives à l'échelle de la province dans les délais établis.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère collabore actuellement avec Santé Ontario et le programme provincial de services électroniques pour retirer au Ministère la surveillance du programme de services électroniques et la confier à Santé Ontario. Cette transition permettra une planification mieux intégrée de l'admission et de l'aiguillage centralisés, étant donné que le programme de services électroniques met l'accent sur le déploiement de systèmes d'aiguillage électroniques (eReferral) à l'échelle de la province et que le programme de services électroniques fait actuellement un travail considérable pour mettre en oeuvre eReferral dans les services centraux existants (par exemple, les cliniques d'accès rapide pour lombalgie). Les activités du programme de services électroniques comprennent également l'élaboration de voies d'accès et de formulaires normalisés d'eReferral qui intègrent les pratiques cliniques exemplaires et peuvent être utilisés à l'appui des modèles d'admission centraux.

Par conséquent, Santé Ontario collabore actuellement avec le Ministère et le programme de services électroniques pour regrouper les travaux sur les services électroniques et la gestion centralisée des listes d'attente en chirurgie dans

une stratégie unifiée pour l'avenir. Un volet clé de cette stratégie consisterait à déterminer les voies d'accès cliniques qui conviennent le mieux à l'admission centrale, ainsi qu'à déterminer les pratiques exemplaires pour la mise en oeuvre de l'admission et de l'aiguillage centralisés. On s'attend à ce que les leçons tirées du programme de services électroniques à ce jour, ainsi que les perspectives des projets régionaux qui ont mis en oeuvre un service d'admission centrale pour les voies d'accès chirurgicales dans le cadre des investissements provinciaux dans la gestion centralisée des listes d'attente en chirurgie, fournissent des éléments d'information clés dans la réalisation de ces travaux.

Les cliniques d'accès rapide (CAR) de la province pour l'arthrose modérée de la hanche et du genou et la lombalgie sont un exemple de modèle d'admission centralisé en place qui peut servir de plan directeur pour d'autres chirurgies non urgentes. Santé Ontario et le Ministère continuent de collaborer avec leurs partenaires cliniques et du système de santé pour tirer parti des pratiques exemplaires et les mettre en oeuvre pour améliorer les temps d'attente et l'accès aux soins appropriés.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Le ministère de la Santé (le Ministère) a demandé à Santé Ontario de concevoir une stratégie pluriannuelle de gestion centralisée des listes d'attente. Cette stratégie énoncera dans ses grandes lignes un plan visant à accroître progressivement la visibilité du roulement des patients en soins chirurgicaux et à promouvoir l'amélioration de l'accès, y compris des modèles de centres d'admission pour les interventions appropriées sur une base annuelle. Santé Ontario prévoit d'achever la stratégie d'ici le premier trimestre de 2022-2023 aux fins d'examen du financement du Ministère et s'efforcera de mettre en évidence les possibilités propres aux chirurgies en consultation externe dans le plan.

La nouvelle stratégie provinciale de gestion centralisée des listes d'attente sera éclairée par une consultation directe avec les hôpitaux et les régions qui ont mis en oeuvre des processus centralisés d'admission ou d'aiguillage. La mobilisation continue et périodique des hôpitaux et des régions se fera au moyen de pratiques consolidées de gestion du rendement mises en relief dans la recommandation 1. Santé Ontario prévoit d'achever la stratégie d'ici le premier trimestre de 2021-2022.

D'ici 2022-2023, le Ministère transférera l'entente de paiement de transfert du programme provincial de services électroniques à Santé Ontario. Le regroupement des services électroniques et des programmes de gestion centralisée des listes d'attente unifiera les pratiques exemplaires des programmes provinciaux applicables.

4.2.2 Les salles d'opération des hôpitaux demeurent sous-utilisées

La majorité des chirurgies en consultation externe ont lieu dans les salles d'opération des hôpitaux publics. Toutefois, en raison de la disponibilité limitée des salles d'opération, les chirurgies urgentes ont souvent priorité sur celles qui sont non urgentes et qui peuvent être réalisées en consultation externe.

Nous avons examiné les données dont Santé Ontario fait le suivi sur le taux d'utilisation des salles d'opération entièrement équipées en Ontario. Nous avons relevé des écarts entre les taux d'utilisation des salles d'opération des hôpitaux et les taux de chirurgies dans les délais.

Hôpitaux déclarant un faible taux d'utilisation des salles d'opération

Les taux d'utilisation des salles d'opération des hôpitaux mesurent l'efficacité avec laquelle les hôpitaux utilisent leurs salles d'opération pour effectuer des chirurgies. Nous avons constaté que les taux d'utilisation des hôpitaux de l'Ontario variaient.

Le taux cible provincial d'utilisation des salles d'opération selon les pratiques exemplaires est de 90 %. En 2019-2020, pour les salles d'opération en activité de 7 h à 16 h du lundi au vendredi, environ 66 % des hôpitaux ont atteint ou dépassé le taux d'utilisation cible de 90 %. Nous avons toutefois constaté que 34 % d'entre eux n'avaient pas atteint la cible, certains hôpitaux faisant rapport de taux d'utilisation inférieurs à 70 % de la capacité de leurs salles d'opération, ce qui signifie que les salles d'opération n'étaient pas utilisées alors qu'elles étaient libres.

Santé Ontario ne fait pas de suivi officiel des raisons de cette sous-utilisation des salles d'opération, mais nous avons noté que celle-ci pourrait s'expliquer par le manque de planification adéquate de l'utilisation des salles d'opération. Par exemple, un hôpital peut prévoir un nombre plus élevé de chirurgies que la demande réelle en fonction de l'utilisation des salles d'opération. Le manque de ressources nécessaires, par exemple la dotation en personnel infirmier, dont il est question plus loin pourrait lui aussi expliquer cette situation.

Écarts importants entre les hôpitaux des taux de chirurgies réalisées dans les délais

Les hôpitaux fournissent des salles d'opération aux chirurgiens selon des plages horaires déterminées. Pour maximiser l'utilisation d'une salle d'opération, il est important que les chirurgies débutent à l'heure afin d'éviter les retards, ce qui peut nuire à l'efficacité. Encore une fois, nous avons remarqué des écarts dans les taux de chirurgies réalisées dans les délais d'un hôpital à l'autre en Ontario.

Selon les pratiques exemplaires, le taux cible de début des chirurgies à l'heure chaque jour est de 85 %. En 2019-2020, environ 28 % des hôpitaux ont atteint l'objectif de 85 % pour ce qui est d'entreprendre les chirurgies à l'heure chaque jour, alors que 72 % ne l'ont pas fait. Si les chirurgies ne commencent pas à l'heure prévue, celles qui sont prévues plus tard dans la journée risquent d'être retardées ou reportées.

Bien que les hôpitaux doivent avoir le pouvoir discrétionnaire de décider de la meilleure façon d'utiliser leur salle d'opération en fonction des besoins des patients de l'endroit, le Ministère doit également examiner différentes façons d'offrir des chirurgies en consultation externe (ainsi qu'il en est question à la **section 4.3**) afin de déterminer comment les hôpitaux peuvent utiliser leur salle d'opération plus efficacement.

Certains hôpitaux nous ont informés qu'ils continuent d'avoir du temps de salle d'opération supplémentaire, mais que ces heures ne peuvent être utilisées sans ressources financières et humaines supplémentaires. Presque tous les hôpitaux avec qui nous avons parlé ont déclaré que la disponibilité limitée d'un personnel qualifié en salle d'opération (comme des infirmières) faisait obstacle à la réalisation d'un plus grand nombre de chirurgies en consultation externe. Selon les données publiées par l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Ontario affichait le nombre le plus faible d'infirmières autorisées par habitant comparativement aux autres provinces canadiennes au cours des quatre dernières années. En effet, l'Ontario comptait environ 609 infirmières autorisées par 100 000 habitants en 2020. En comparaison, la Colombie-Britannique en comptait 650 par 100 000 habitants et l'Alberta, 739. Cet obstacle s'est aggravé davantage pendant la COVID-19, puisque les hôpitaux nous ont informés que l'on s'attend à ce qu'il y ait une pénurie d'infirmières à l'avenir en Ontario. La disponibilité des effectifs pourrait avoir un impact sur la capacité des hôpitaux de hausser le nombre de chirurgies réalisées dans le but d'éliminer l'arriéré de chirurgies annulées ou reportées pendant la COVID-19.

Pour répondre aux besoins futurs du régime de soins de santé, le Ministère a annoncé qu'il allait investir 35 millions de dollars pour accroître le nombre d'inscriptions à des programmes de formation en sciences infirmières à compter de l'automne 2021. Toutefois, au 31 octobre 2021, on ne savait pas si ce financement supplémentaire est suffisant et s'il permet de régler les problèmes actuels liés à la pénurie d'infirmières.

Notre Bureau a souligné la sous-utilisation des salles d'opération des hôpitaux également par le passé. Par exemple, dans notre audit de l'optimisation des ressources de 2016 sur le fonctionnement des grands hôpitaux communautaires, nous avons signalé que les salles d'opération n'étaient pas entièrement utilisées. La disponibilité des salles d'opération a joué un rôle dans le long temps d'attente pour certaines interventions chirurgicales non urgentes, tout comme le fait que les interventions chirurgicales urgentes sont en concurrence avec les chirurgies non urgentes lorsque vient le temps de réserver des salles d'opération. Nous avons également constaté qu'il y avait des fermetures fréquentes de salles d'opération, car la majorité des hôpitaux avaient habituellement prévu des fermetures de salles d'opération même si de nombreux patients attendaient depuis longtemps une chirurgie non urgente. De nombreux hôpitaux et chirurgiens nous ont informés qu'une ou plusieurs de leurs salles d'opération n'étaient pas utilisées en raison de contraintes financières et que les hôpitaux n'avaient pas pour politique de prévoir des chirurgies non urgentes le soir et les week-ends en raison de contraintes financières.

RECOMMANDATION 4

Pour offrir de façon efficace et efficiente des chirurgies en consultation externe, Santé Ontario doit :

- recueillir régulièrement des renseignements sur la capacité et les ressources disponibles, comme le personnel, dans tous les hôpitaux où les salles d'opération sont inutilisées ou sous-utilisées;
- à l'aide de l'information recueillie, réaffecter les fonds en fonction de la disponibilité des ressources et des salles d'opération inutilisées dans les hôpitaux afin que les patients aient un accès plus rapide et équitable aux chirurgies en consultation externe dans l'ensemble de la province.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Pendant la pandémie de COVID-19, Santé Ontario et le ministère de la Santé (le Ministère) ont établi qu'il était nécessaire d'élargir la production de rapports sur l'efficacité des chirurgies afin d'y inclure des données plus détaillées sur les activités chirurgicales de soir et de fin de semaine. On s'attend à ce que cela soit fait d'ici la fin de mars 2022-2023. En outre, les régions de Santé Ontario rencontrent régulièrement leurs fournisseurs de services de santé, et des comités de référence de Santé Ontario sur la reprise des activités après la COVID-19 se réunissent régulièrement. Santé Ontario se réjouit à l'idée de continuer de travailler avec le Ministère sur des approches de gestion du volume et des stratégies de réaffectation qui maximisent la souplesse pour répondre aux besoins locaux. Santé Ontario réaffectera les volumes afin de maximiser la capacité disponible en fonction des données disponibles et des discussions continues avec les fournisseurs de services de santé. Les réaffectations sont effectuées conformément aux paramètres établis par les politiques de gestion du volume du Ministère.

4.3 Recours non uniforme à la chirurgie en consultation externe et à la surveillance en Ontario

Diverses études ont démontré que les chirurgies avec hospitalisation sont, par leur nature, plus coûteuses que les chirurgies réalisées en consultation externe parce qu'elles nécessitent l'utilisation des ressources hospitalières sur une plus longue période. Par contre, les chirurgies en consultation externe, lorsqu'elles sont appropriées et sécuritaires pour les patients, sont moins coûteuses pour le régime de soins de santé et donnent des résultats similaires pour les patients. Ainsi :

- Selon un rapport publié par l'Institut canadien d'information sur la santé en 2021, le coût estimatif d'un séjour type à l'hôpital en Ontario

est d'environ 5 600 \$ et la durée moyenne du séjour est d'environ sept jours. Bien que les coûts d'hospitalisation varient en fonction de l'état de santé du patient et de la durée du séjour à l'hôpital nécessaire, il est possible de réaliser des économies lorsque le patient peut quitter l'hôpital en toute sécurité le jour même de sa chirurgie en consultation externe.

- Selon une étude publiée en 2017 dans le *Journal canadien de chirurgie*, l'arthroplastie totale du genou en consultation externe plutôt qu'avec hospitalisation permet de réaliser environ 30 % d'économies.
- Un autre rapport similaire publié par Blue Cross Blue Shield aux États-Unis en 2019 estime les économies de coûts de 30 % à 40 % lorsque les interventions au genou et à la hanche sont réalisées en consultation externe plutôt qu'avec hospitalisation. Bien que le système de santé des États-Unis soit différent de celui de l'Ontario, le présent rapport montre la possibilité de réaliser des économies de coûts lorsque les interventions sont effectuées en consultation externe plutôt qu'avec hospitalisation.

Malgré son efficacité, la pratique de la chirurgie en consultation externe n'a pas été adoptée à grande échelle et de façon uniforme dans l'ensemble de l'Ontario.

4.3.1 Approches incohérentes du recours aux chirurgies en consultation externe en Ontario

Les hôpitaux et les médecins décident si une chirurgie doit être réalisée à l'hôpital ou en consultation externe, principalement en fonction de l'état de santé du patient. Toutefois, d'autres facteurs influent également sur la décision, notamment :

- La disponibilité des ressources dans les hôpitaux (comme une salle d'opération, du personnel et des lits d'hôpital).
- La disponibilité des ressources dans la collectivité (p. ex. un soutien familial, des services de soins à domicile) pour aider les patients à se rétablir à domicile après la chirurgie.

- La nature de certaines interventions chirurgicales (par exemple, les chirurgies de la cataracte, qui représentent la majorité des chirurgies en consultation externe en Ontario, sont effectuées en consultation externe dans 95 % des cas en Ontario).

Outre les chirurgies de la cataracte, qui sont presque toujours effectuées en consultation externe, nous avons constaté un écart important entre les hôpitaux en ce qui concerne les autres chirurgies à volume élevé, certains hôpitaux déclarant davantage de chirurgies en consultation externe et d'autres déclarant davantage de chirurgies avec hospitalisation.

Nous avons examiné les volumes de chirurgies déclarés dans le Système d'information sur les temps d'attente de Santé Ontario et comparé les volumes et les taux de chirurgies entre divers hôpitaux communautaires de soins de courte durée, complexes et de grande taille. Nous avons relevé des écarts importants entre certains hôpitaux et le taux moyen

de chirurgies en consultation externe en 2019-2020 (avant que les répercussions de la COVID-19 ne se fassent ressentir), comme le montre la **figure 14**.

Bien qu'un hôpital puisse avoir des raisons valables d'afficher un taux de chirurgies en consultation externe inférieur à celui de ses pairs, par exemple, l'hôpital pourrait offrir des chirurgies plus complexes ou des soins à des patients dont les problèmes de santé sont plus complexes, le Ministère et Santé Ontario n'ont pas encore examiné les écarts entre la proportion des chirurgies avec hospitalisation par rapport aux chirurgies en consultation externe effectuées dans tous les hôpitaux pour déterminer s'il existe des raisons pour lesquelles les hôpitaux ne peuvent hausser le nombre de chirurgies en consultation externe ou s'ils doivent surmonter des obstacles pour y arriver.

De plus, malgré les avantages que peuvent présenter les chirurgies en consultation externe (comme des coûts réduits et une efficacité accrue), le Ministère et Santé Ontario ont donné peu

Figure 14 : Exemples de taux de chirurgie en consultation externe inférieurs à la moyenne provinciale, * 2019-2020

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

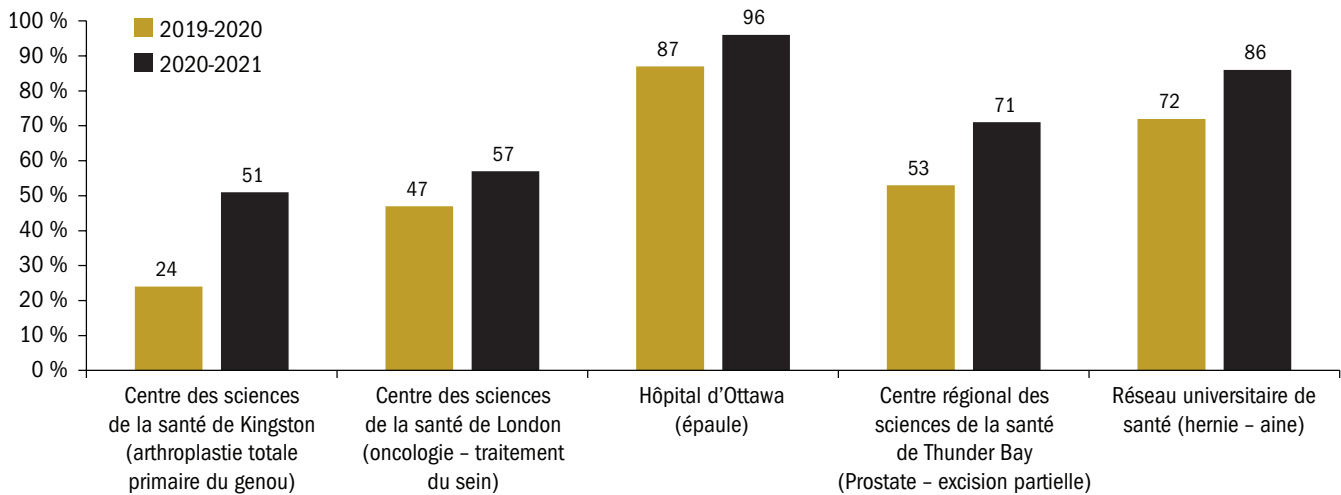
Chirurgie	Hôpital	Région sanitaire de l'Ontario	Taux de chirurgies en consultation externe (%)	Taux provincial moyen de chirurgies en consultation externe (%)
Ano-rectale	A	Toronto	83	93
Avant-pied	D	Centre	86	97
Cervicale bénigne	B	Ouest	83	95
Chirurgie des sinus	J	Toronto	82	93
Épaule	I	Est	68	82
Hernie – aine	F	Est	72	95
Oncologie – traitement mammaire	G	Toronto	63	86
Ovarienne bénigne	C	Est	70	85
Septoplastie	H	Nord	78	89
Vésicule biliaire	E	Toronto	75	95

Remarque : Cette analyse est fondée sur des renseignements provenant de Santé Ontario et comprend les hôpitaux classés comme des hôpitaux de soins de courte durée, d'enseignement, communautaires complexes ou de grands hôpitaux communautaires. Chaque catégorie de chirurgie peut comprendre plusieurs types de chirurgies.

* Le taux moyen de chirurgies en consultation externe est calculé en divisant le nombre de chirurgies pratiquées en consultation externe par le nombre total de chirurgies (avec hospitalisation et en consultation externe) effectuées. L'analyse exclut les hôpitaux qui ne réalisent aucune chirurgie en consultation externe dans le domaine de chirurgie pertinent.

Figure 15 : Exemples d'hôpitaux affichant des taux accrus de chirurgies en consultation externe pour certains types de chirurgie, 2019-2020 et 2020-2021

Source des données : Santé Ontario



* Le taux de chirurgies en consultation externe est calculé en divisant le nombre de chirurgies réalisées en consultation externe par le nombre total de chirurgies (avec hospitalisation et en consultation externe) effectuées à l'hôpital en question.

d'instructions aux hôpitaux pour qu'ils envisagent comme méthode de traitement d'effectuer davantage de chirurgies en consultation externe lorsque celles-ci peuvent se dérouler de façon sécuritaire et appropriée, ainsi qu'il est expliqué à la **section 2.1.3**.

Notre examen des données de 2020-2021 et nos discussions avec les hôpitaux nous ont permis de constater que, en raison de la COVID-19, certains hôpitaux ont opté pour les chirurgies en consultation externe. Autrement dit, un pourcentage plus élevé de chirurgies ont été réalisées en consultation externe en 2020-2021. La **figure 15** donne des exemples d'hôpitaux qui ont haussé le taux de chirurgies effectuées en consultation externe. Bien que d'autres facteurs aient pu avoir une incidence sur ces taux, comme le fait pour certains patients qui seraient habituellement hospitalisés de choisir de reporter leur chirurgie jusqu'après la pandémie de COVID-19, la hausse de la proportion de chirurgies qui sont effectuées en consultation externe montre qu'un plus grand nombre de chirurgies pourraient être effectuées de façon sécuritaire et appropriée en consultation externe à l'avenir. Le Ministère et Santé Ontario pourraient donc examiner les pratiques

appliquées par chaque hôpital pour déterminer ce qui a bien fonctionné, les obstacles qui subsistent dans la province et les mesures à prendre pour éliminer ces obstacles.

RECOMMANDATION 5

Afin d'accroître le recours aux chirurgies en consultation externe de manière sécuritaire et économique, Santé Ontario doit :

- collaborer régulièrement avec les hôpitaux pour cerner les difficultés et les obstacles à une hausse du nombre de chirurgies effectuées en consultation externe;
- cerner et mettre en œuvre dans les délais prescrits des pratiques et des méthodes qui permettent aux hôpitaux d'effectuer plus de chirurgies en consultation externe lorsque cela est sécuritaire et approprié pour le patient.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Le ministère de la Santé (le Ministère) a versé des fonds à Santé Ontario pour qu'il mette en œuvre le Fonds d'innovation pour les soins

chirurgicaux et l'imagerie diagnostique afin que les hôpitaux puissent s'attaquer aux facteurs qui restreignent la hausse du nombre d'interventions chirurgicales qu'ils peuvent effectuer. Un certain nombre de projets financés ont appuyé le transfert des volumes vers les chirurgies en consultation externe. Les leçons apprises et les pratiques exemplaires découlant de ces travaux seront communiquées à l'échelle provinciale d'ici la fin du premier trimestre de 2022-2023 afin de mieux éclairer la planification future du financement et de la capacité.

Santé Ontario se réjouit également de collaborer avec le Ministère pour appuyer les partenariats entre les hôpitaux et les établissements de santé autonomes (en élargissant l'article 4.2 de la *Loi sur les hôpitaux publics*) qui auraient pour effet de hausser le nombre de chirurgies effectuées en consultation externe. Santé Ontario créera un plan d'intégration pour les établissements qui ne déclarent actuellement pas de données au Système d'information sur les temps d'attente afin d'accroître la transparence de ce travail d'ici la fin de 2022-2023. Le Ministère peut également utiliser les données de ces rapports pour faciliter la prise de décisions plus éclairées sur la répartition de la capacité et du volume.

4.3.2 Les pratiques exemplaires pour la réalisation de chirurgies en consultation externe ne sont pas examinées et appliquées à l'échelle de la province

Par le passé, presque toutes les interventions chirurgicales étaient réalisées avec hospitalisation. Au fil du temps et grâce aux progrès technologiques et scientifiques, de nombreuses interventions sont maintenant réalisées en consultation externe. Nous avons examiné les pratiques pour la réalisation des chirurgies en consultation externe en Ontario et avons constaté que de nombreuses méthodes étaient utilisées. Bien que les hôpitaux prennent des décisions en fonction de leurs besoins locaux ou régionaux

et des ressources disponibles, le Ministère ou Santé Ontario n'a effectué aucune évaluation permettant de déterminer les pratiques efficaces et économiques qui peuvent être transmises à l'échelle de l'Ontario et adoptées à grande échelle par les hôpitaux ayant de faibles taux de chirurgies en consultation externe, comme il est indiqué à la **section 4.3.1**.

Voici des exemples de pratiques de prestation de services de chirurgie en consultation externe suivies par différents hôpitaux en Ontario.

Les hôpitaux utilisent la même salle d'opération pour les chirurgies avec hospitalisation et les chirurgies en consultation externe sur place

La plupart des hôpitaux offrent des chirurgies en consultation externe dans le même site hospitalier et les mêmes salles d'opération pour les chirurgies avec hospitalisation et les chirurgies en consultation externe. Toutefois, étant donné que ces salles d'opération sont généralement accessibles à toutes les unités chirurgicales, de nombreuses disciplines (p. ex. ophtalmologie, orthopédie, gynécologie) peuvent devoir partager le temps de salle d'opération ou faire concurrence à d'autres disciplines pour en obtenir.

Hôpitaux désignés comme hôpitaux de soins ambulatoires

Certains hôpitaux de l'Ontario sont expressément désignés comme étant des hôpitaux de soins ambulatoires pour effectuer des chirurgies en consultation externe et, dans de nombreux cas, ces hôpitaux n'ont pas de lits permettant que des patients y passent la nuit. Ces hôpitaux fournissent habituellement des soins à des patients dont les problèmes sont moins complexes (en meilleure santé), de sorte qu'ils consacrent moins de temps à chaque chirurgie. Par conséquent, le recours à ces hôpitaux peut contribuer à libérer des ressources dans d'autres hôpitaux qui disposent des ressources nécessaires pour soigner des patients dont les problèmes sont plus complexes. Ainsi :

- L'Hôpital Hôtel-Dieu, qui fait partie du Centre des sciences de la santé de Kingston, est désigné comme un hôpital de soins ambulatoires et, à ce titre, il se spécialise dans la réalisation de

chirurgies en consultation externe, en plus d'offrir son aide également pour effectuer certaines chirurgies avec hospitalisation et ainsi éliminer les arriérés de chirurgies pour la communauté environnante. Nous avons appris que l'Hôpital Hôtel-Dieu voit généralement des patients en meilleure santé et que le transfert des chirurgies en consultation externe à l'Hôpital Hôtel-Dieu libère également de l'espace dans un autre hôpital de la région, l'Hôpital général de Kingston, qui peut ainsi fournir des soins aux patients ayant des besoins plus complexes.

- Le Women's College Hospital de Toronto fonctionne comme un hôpital de soins ambulatoires et les patients n'y passent généralement pas la nuit à la suite de leur chirurgie. Les patients qui ont des problèmes de santé plus complexes et qui ne peuvent être renvoyés chez eux en toute sécurité après une chirurgie seraient opérés dans un des autres hôpitaux de la région de Toronto.

Hôpitaux ayant des unités chirurgicales ambulatoires ailleurs

Afin de libérer les salles d'opération sur place et ainsi de permettre des chirurgies plus complexes ou pour répondre à la demande croissante de chirurgies, certains hôpitaux ont commencé à utiliser des locaux ailleurs pour fournir des salles d'opération spécialisées pour certaines chirurgies réalisées en consultation externe. Ainsi :

- L'un de ces hôpitaux (Centre des sciences de la santé de London) a acheté et modernisé des locaux dans un immeuble situé de l'autre côté de la rue du site principal de l'hôpital en mars 2017, créant ainsi un site satellite spécialisé dans les chirurgies en consultation externe non urgentes dans le domaine surtout de l'orthopédie des membres inférieurs, comme les chirurgies au pied et à la cheville, à l'épaule, à la hanche et au genou. Le personnel hospitalier et les chirurgiens effectuent une rotation entre le site principal de l'hôpital et le site satellite. L'hôpital avait précédemment évalué la viabilité de ce concept dans la salle

d'opération principale en 2016 et constaté que le temps de roulement d'une salle d'opération (c'est-à-dire le délai qui s'écoule entre le moment où une chirurgie prend fin et le moment où la salle d'opération est prête pour la chirurgie suivante) a diminué de 60 % environ, passant d'une moyenne de 23 minutes à moins de neuf minutes. Les coûts ont également été réduits de 60 % dans un certain nombre de cas traités au site satellite comparativement à la salle d'opération principale, en raison de la normalisation et de l'efficacité des processus. Par conséquent, un plus grand nombre de chirurgies sont effectuées en moyenne par jour à un coût moindre, et les patients et le personnel du nouveau site satellite sont plus satisfaits.

- Un autre hôpital (l'Hôpital d'Ottawa) a signé une entente avec un organisme tiers qui effectue des chirurgies oculaires au laser. En vertu de cette entente, à partir de septembre 2020, l'hôpital a utilisé les salles d'opération de l'organisme tiers pour offrir des chirurgies de la cataracte. L'hôpital continue d'assurer la surveillance des patients et les chirurgies sont effectuées par des chirurgiens associés à l'hôpital. L'hôpital a constaté que les chirurgies de la cataracte effectuées en salle d'opération chez l'organisme tiers ont permis d'accroître l'efficacité de plus de 25 % comparativement aux chirurgies effectuées au site principal de l'hôpital.

Certaines administrations, en particulier aux États-Unis, ont également opté pour des chirurgies en consultation externe à l'extérieur des hôpitaux. Par exemple, aux États-Unis, de nombreuses chirurgies en consultation externe, comme les chirurgies de la cataracte, les chirurgies orthopédiques et les chirurgies des épaules, sont réalisées dans des centres de chirurgies ambulatoires. Ces centres disposent de l'espace, de l'aménagement, du personnel, des fournitures et des services nécessaires pour effectuer des chirurgies en consultation externe. Ils se spécialisent souvent dans des chirurgies en particulier plutôt que dans une vaste gamme de chirurgies. Cela réduit le risque que certaines chirurgies en consultation externe ne soient pas priorisées et

qu'elles soient mises en concurrence avec d'autres chirurgies avec hospitalisation dans un hôpital général, qui doit habituellement accorder la priorité aux chirurgies avec hospitalisation plus compliquées et urgentes.

Des études ont démontré que les chirurgies en consultation externe peuvent être effectuées de façon plus efficace et économique dans un milieu de soins ambulatoires. De plus, comme ces milieux de soins ambulatoires se spécialisent souvent dans une poignée de types de chirurgies, ils peuvent généralement en faire plus en une journée qu'un hôpital général. Par exemple, une étude publiée en 2014 dans *Health Affairs* (une revue à comité de lecture sur les politiques et la recherche en matière de santé) a révélé que les interventions effectuées dans les centres de chirurgies ambulatoires prenaient environ 31,8 minutes (25 %) de moins que celles effectuées dans les hôpitaux. Les économies estimatives variaient de 363 \$ à 1 000 \$ par patient en consultation externe, selon l'intervention chirurgicale. Cette étude a toutefois signalé le risque que les fournisseurs recommandent des interventions inutiles dans les centres de chirurgies ambulatoires appartenant à des médecins pour hausser les profits, ce dont il est discuté plus en détail à la **section 4.6**.

RECOMMANDATION 6

Afin de moderniser la prestation des chirurgies en consultation externe et ainsi de s'assurer que ces chirurgies peuvent être effectuées de façon plus efficace et économique en temps opportun, Santé Ontario doit :

- recueillir régulièrement de l'information et des données auprès des hôpitaux qui ont eu recours à des méthodes uniques pour effectuer des chirurgies en consultation externe, comme l'utilisation de salles d'opération spécialisées;
- évaluer, avec l'aide d'experts en évaluation clinique, la qualité et l'efficacité des interventions chirurgicales au moyen de ces diverses méthodes;

- collaborer avec les hôpitaux pour mettre au point des mécanismes ou des forums de communication et de mise à jour périodiques afin de faciliter des améliorations continues et de cerner les occasions d'innover dans la façon dont les chirurgies en consultation externe sont réalisées partout dans la province.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario et le ministère de la Santé (le Ministère) tireront parti du groupe consultatif clinique existant (le Conseil sur les temps d'attente et l'efficacité des chirurgies) pour donner des conseils sur l'établissement de pratiques exemplaires. Ce groupe, qui se réunit tous les trimestres, est composé d'experts en chirurgie et en administration, de même que de dirigeants du Ministère et de Santé Ontario.

Le Ministère a versé des fonds à Santé Ontario pour appuyer un projet de facilitation des interventions chirurgicales dans trois établissements (Centre régional de santé Royal Victoria, Hôpital Sunnybrook et Hôpital pour enfants malades). Ce travail fait appel à des experts cliniciens du Réseau universitaire de santé et de l'Hôpital d'Ottawa pour appuyer les établissements visés par le projet. Les leçons et les pratiques exemplaires découlant de ces travaux seront communiquées à l'échelle provinciale d'ici le début de 2022-2023 afin de mieux éclairer la planification future du financement et de la capacité.

Le Ministère et Santé Ontario collaborent régulièrement avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario pour offrir des webinaires aux intervenants afin d'améliorer l'échange d'information et de pratiques exemplaires entre tous les partenaires (hôpitaux, régions de Santé Ontario, Santé Ontario et le Ministère). Le prochain webinaire est provisoirement prévu pour le dernier trimestre de 2021-2022. En outre, les régions de Santé Ontario rencontrent régulièrement leurs fournisseurs de services

de santé, et Santé Ontario a en place des comités sur la reprise des activités qui se réunissent régulièrement.

4.3.3 Surveillance et coordination non uniformes des chirurgies réalisées en consultation externe dans différents milieux en Ontario

Comme il est mentionné à la **section 2.1.4**, les chirurgies en consultation externe peuvent être effectuées dans divers milieux en Ontario, à savoir dans des hôpitaux publics, des hôpitaux privés et des établissements de santé autonomes (ÉSA). Nous avons toutefois constaté l'absence de coordination entre ces organismes de prestation, car ils fonctionnent en vase clos, sont assujettis à différentes exigences en matière de rapports et sont supervisés par différentes parties. Nous avons également remarqué que le Ministère n'avait pas évalué les coûts et les avantages de la prestation de services de chirurgie en consultation externe dans différents contextes afin de cerner les possibilités de coordination.

Bien que Santé Ontario (auparavant par l'entremise des anciens réseaux locaux d'intégration des services de santé) ait conclu des ententes de reddition de comptes avec les hôpitaux publics et privés, les ÉSA qui réalisent des chirurgies en consultation externe n'ont aucune relation de travail officielle avec Santé Ontario. Ces établissements doivent rendre des comptes directement au Ministère, qui fixe le financement et le nombre de chirurgies.

De plus, le Système d'information sur les temps d'attente (voir la **section 4.1.1**) géré par Santé Ontario ne fait le suivi des temps d'attente que pour les chirurgies effectuées dans les hôpitaux publics et un ÉSA. Par conséquent, le Ministère et Santé Ontario ne connaissent pas les temps d'attente pour les autres chirurgies réalisées par les neuf autres ÉSA et l'hôpital privé qui effectuent des chirurgies en consultation externe financées par l'État. Ces organismes ont effectué un total combiné d'environ 7 000 chirurgies en consultation externe payées par l'État en 2019-2020 (avant que l'impact de la COVID-19 ne se fasse

ressentir). Nous avons remarqué qu'il y a des temps d'attente pour la plupart des chirurgies effectuées chez ces fournisseurs, mais qu'un grand nombre d'entre eux ne font pas de suivi officiel des temps d'attente pour les chirurgies aux fins de déclaration. Le fait de disposer de renseignements sur les temps d'attente de tous les fournisseurs de services de chirurgie en consultation externe aiderait à éclairer la planification et la prise de décisions ainsi que la coordination entre les différents fournisseurs de services lorsqu'il s'agit d'éliminer l'arriéré des chirurgies créé par la COVID-19 (voir la **section 4.7**).

Santé Ontario et le Ministère se servent de méthodes différentes pour assurer la surveillance des fournisseurs de services. La façon dont les divers fournisseurs de services sont supervisés manque donc d'uniformité. Cela signifie également que ni le Ministère ni Santé Ontario n'a de portrait complet des chirurgies réalisées en consultation externe dans la province. Par exemple, Santé Ontario surveille le rendement trimestriel des hôpitaux publics par rapport aux volumes de chirurgies et est également en mesure de réaffecter le financement et les volumes en fonction de la capacité disponible et des résultats tout au long de l'année. Toutefois, le Ministère finance les chirurgies en fonction du financement octroyé par le passé. Cela signifie que le financement des chirurgies ne peut pas être déplacé entre les types de fournisseurs de ces services, même lorsqu'il existe une capacité.

Les fournisseurs de services de chirurgie en consultation externe fonctionnent actuellement en vase clos et ont en place des mécanismes de surveillance qui varient. Cela a créé un risque de planification à long terme inadéquate de même qu'un risque qu'il ne soit pas répondu en temps opportun à des besoins urgents, comme les longs temps d'attente des chirurgies attribuables à la COVID-19. En faisant en sorte que tous les fournisseurs de services de chirurgie en consultation externe relèvent d'une seule entité et en améliorant la coordination entre les fournisseurs, le Ministère et Santé Ontario pourraient mieux affecter et réaffecter les fonds et planifier les volumes de chirurgies en fonction des temps d'attente

et de la capacité disponible dans l'ensemble du secteur des soins de santé.

Qualité des services de santé Ontario (maintenant sous Santé Ontario) a également formulé une préoccupation semblable il y a six ans dans son rapport Mise en place d'un système intégré de surveillance de la qualité en 2015-2016. Les auteurs de ce rapport ont fait état de lacunes dans la façon dont était effectuée la surveillance des cliniques en milieu extrahospitalier, à savoir dans les ÉSA. Ils ont recommandé qu'une nouvelle loi sur la surveillance de la qualité soit adoptée afin de regrouper les divers modèles, plutôt que de modifier l'ensemble disparate actuel de lois et de règlements. Nous avons toutefois constaté que, six ans après la publication de ce rapport, aucun changement important n'a été apporté à la surveillance pour mettre les ÉSA en adéquation avec les autres fournisseurs de services.

Nous avons également remarqué que, même s'il dispose de ces diverses structures d'offre de services de chirurgie en consultation externe depuis plus de 20 ans, le Ministère n'a pas évalué les différents types de fournisseurs (hôpitaux publics, hôpitaux privés et ÉSA). Pour cette raison, le Ministère ne sait pas quel modèle de prestation est le plus efficace, lequel offre les soins de la plus haute qualité, s'il y a certains risques et avantages associés à chaque type de fournisseur dont il faut tenir compte et s'il existe des possibilités de coordination entre les différents types de fournisseurs.

RECOMMANDATION 7

Pour permettre des chirurgies en consultation externe plus économiques et plus rapides, le ministère de la Santé doit, en collaboration avec Santé Ontario et les cliniciens :

- effectuer une évaluation de tous les fournisseurs de services de chirurgie en consultation externe, à savoir les hôpitaux publics, les hôpitaux privés et les établissements de santé autonomes, afin de déterminer l'efficacité clinique et les lacunes au chapitre de la surveillance;

- exiger que tous les fournisseurs de services (y compris les établissements de santé autonomes et les hôpitaux privés) consignent leurs temps d'attente dans le Système d'information sur les temps d'attente;
- revoir les structures de surveillance et de reddition de comptes pour confirmer que tous les fournisseurs de services de chirurgie en consultation externe rendent compte des données pertinentes, sont soumis à une surveillance uniforme et apportent les changements nécessaires.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère s'efforcera d'élaborer des options en vue d'effectuer une évaluation de tous les fournisseurs de services de chirurgie en consultation externe, à savoir les hôpitaux publics, les hôpitaux privés et les établissements de santé autonomes, afin de déterminer l'efficacité clinique et les lacunes au chapitre de la surveillance;

Le Ministère étudiera avec Santé Ontario les possibilités d'intégrer au Système d'information sur les temps d'attente les ÉSA, les deux hôpitaux privés qui effectuent des chirurgies et les autres hôpitaux publics qui ne font pas rapport à l'heure actuelle. Le Ministère tiendra compte des coûts et des avantages d'une telle intégration compte tenu du temps et des ressources nécessaires ainsi que du volume d'interventions chirurgicales de chaque établissement. À l'heure actuelle, les ÉSA et les hôpitaux privés représentent moins de 3 % de la production chirurgicale annuelle dans la province.

À l'avenir, le Ministère collaborera avec Santé Ontario pour examiner les structures de surveillance en tenant compte du fait que les hôpitaux de soins de courte durée complets et les petits établissements communautaires ont des activités, des exigences législatives et des structures de gouvernance très différentes, de sorte qu'il pourrait convenir de mettre en place des mécanismes de surveillance différents.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario créera un plan d'intégration pour les établissements qui ne déclarent actuellement pas de données au Système d'information sur les temps d'attente afin d'accroître la transparence de ce travail d'ici la fin de 2022-2023. Les données tirées de ces rapports peuvent être utilisées par le ministère de la Santé pour faciliter la prise de décisions éclairées sur la répartition de la capacité et du volume.

4.4 Surveillance inadéquate et inégale de la qualité des chirurgies en consultation externe en Ontario

Ainsi qu'il en est fait mention à la **section 2.1.3**, les chirurgies en consultation externe procurent des avantages et au régime de soins de santé et aux patients. De nombreux domaines de chirurgie traitent un plus grand nombre de patients en consultation externe. Un certain nombre d'études et de recherches cliniques ont révélé que ces chirurgies peuvent être réalisées en consultation externe en toute sécurité.

Ainsi :

- Une étude publiée en 2021 dans l'*International Journal of Gynecological Cancer* a révélé que, aux États-Unis, grâce à des techniques chirurgicales perfectionnées, les hystérectomies pratiquées pour un cancer de l'endomètre, auparavant réalisées avec hospitalisation, se déroulent maintenant en consultation externe, que les résultats cliniques ont été maintenus et que des économies ont été réalisées.
- Selon une étude publiée dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* en 2020, il est maintenant possible de donner congé le même jour en toute sécurité au patient qui subit une arthroplastie totale de la hanche et du genou et pour qui il convient de le faire, les résultats et la satisfaction des patients étant équivalents à ceux qui sont associés aux chirurgies standards avec hospitalisation.
- Selon une étude publiée en 2018 dans le *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, les chirurgies de l'épaule, comme la réparation de la coiffe des rotateurs et l'arthroscopie de l'épaule, sont couramment réalisées en consultation externe aux États-Unis et se sont révélées sécuritaires, les taux de complications étant faibles.
- Selon une étude publiée en 2016 par Thieme Medical Publishers (un éditeur international spécialisé en médecine et en sciences), il est possible d'effectuer une chirurgie ano-rectale ambulatoire à un coût inférieur à celui des interventions avec hospitalisation tout en assurant la sécurité des patients et un niveau élevé de satisfaction de ces derniers.
- Selon une étude publiée en 2015 dans le *Journal of the Society of Laparoscopic & Robotic Surgeons*, l'hystérectomie totale par laparoscopie (une intervention chirurgicale visant à retirer l'utérus) peut être réalisée en toute sécurité en consultation externe et affiche un taux de réadmission dans les 72 heures inférieur à 1 %.

Toutefois, comme ces études reposaient principalement sur des renseignements provenant des États-Unis et d'autres pays ainsi que du Canada dans son ensemble, nous avons tenté de recueillir des renseignements similaires auprès de Santé Ontario et des hôpitaux afin d'évaluer la qualité des chirurgies en consultation externe en Ontario.

En discutant avec Santé Ontario, nous avons constaté que la province ne dispose pas d'une méthode centralisée de mesure de la qualité et des résultats de toutes les chirurgies. L'information sur la qualité et les résultats des chirurgies fait plutôt l'objet d'un suivi par la voie des programmes suivants :

- Quarante-cinq hôpitaux de l'Ontario relèvent du National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP) de l'American College of Surgeons, qui offre une approche normalisée et une plateforme en ligne pour la saisie des données sur les résultats cliniques des chirurgies. En 2015, le Réseau d'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux en Ontario a été créé pour permettre aux hôpitaux

Figure 16 : Performance de l'Ontario pour 14 indicateurs de résultats postopératoires, 2017-2021

Source : National Surgical Quality Improvement Program de l'American College of Surgeons

Indicateurs de résultats postopératoires	Rendement de l'Ontario par rapport à la moyenne*				
	2017	2018	2019	2020	2021
1. Réadmission à l'hôpital	✓	✓	✓	✓	✓
2. Mortalité	✓	✓	✓	✓	✓
3. Morbidité	×	×	×	×	×
4. Maladies cardiaques	×	×	×	×	×
5. Pneumonie	×	✓	✓	✓	✓
6. Intubation non planifiée	✓	✓	✓	✓	✓
7. Ventilateur pendant plus de 48 heures	✓	✓	✓	✓	✓
8. TEV (thrombo-embolie veineuse)	✓	✓	✓	✓	✓
9. Insuffisance rénale	✓	✓	✓	✓	✓
10. Infection des voies urinaires	×	×	×	×	×
11. ISO (infection du site opératoire)	×	×	×	×	×
12. Sepsie	✓	✓	✓	✓	✓
13. Colite à C. diff (Clostridium difficile)	✓	✓	✓	✓	✓
14. RSO (Retour à la salle d'opération)	✓	✓	✓	✓	✓

Remarque : Ce tableau inclut la performance de tous les cas suivis pour les indicateurs de résultats postopératoires, y compris les multiples types de chirurgies réalisées avec hospitalisation et en consultation externe.

Légende :

✓ = Rendement supérieur à la moyenne en Ontario

× = Rendement inférieur à la moyenne en Ontario

* Moyenne de tous les hôpitaux participant au National Surgical Quality Improvement Program de l'American College of Surgeons.

participant au NSQIP de se regrouper afin de cerner les possibilités d'amélioration des soins chirurgicaux à partir des données cliniques recueillies auprès de chaque hôpital participant. Les hôpitaux de l'Ontario qui participent volontairement au NSQIP sont périodiquement comparés à plus de 700 hôpitaux à l'échelle internationale afin que leur performance soit évaluée en fonction de 14 indicateurs clés de résultats postopératoires. De 2017 à 2021, les hôpitaux ontariens ont habituellement affiché un rendement supérieur à la moyenne pour 10 des 14 indicateurs, notamment au chapitre des réadmissions, et un rendement inférieur à la moyenne pour quatre des indicateurs, notamment

en ce qui concerne les infections du site opératoire, comme le montre la **figure 16**.

- Environ 55 000 chirurgies du cancer ont été réalisées chaque année en hospitalisation ou en consultation externe en Ontario. Santé Ontario dresse chaque année un rapport sur les indicateurs de la qualité des chirurgies du cancer afin de présenter la performance des hôpitaux, des régions et de la province pour un ensemble d'indicateurs, notamment les taux de mortalité postopératoire dans les délais de 30 et de 90 jours, les taux d'interventions subséquentes et les réadmissions non planifiées à l'hôpital ou les visites au service d'urgence. Ces indicateurs ne sont utilisés que pour les chirurgies du cancer. Il est possible d'utiliser des indicateurs similaires

pour évaluer l'efficacité et la qualité d'autres domaines de chirurgie.

- En 2017, le Ministère, en collaboration avec Santé Ontario, a commencé à mettre en oeuvre un programme de mesure des résultats déclarés par les patients pour les arthroplasties de la hanche et du genou. Les données sur les résultats sont recueillies directement auprès des patients qui subissent une arthroplastie primaire, non urgente ou unilatérale de la hanche ou du genou (en hospitalisation ou en consultation externe), et portent notamment sur l'état fonctionnel, la qualité de vie liée à l'état de santé, la satisfaction à l'égard de la chirurgie et l'état de santé général. Ces données sont recueillies et déclarées avant et après l'opération (au bout de trois mois et de 12 mois) en consultation externe. À l'heure actuelle, 39 hôpitaux déclarent ces données et, lorsque la mise en oeuvre sera terminée, 57 hôpitaux en feront rapport. Les données recueillies jusqu'au 30 juin 2021 montrent que le taux de satisfaction générale pour les arthroplasties de la hanche était de 90 % après 12 mois et qu'il était de 88 % après 12 mois pour les arthroplasties du genou.

Les hôpitaux avec qui nous avons parlé ont également déclaré que la qualité et les résultats des chirurgies ne font habituellement pas l'objet d'une surveillance distincte selon qu'il s'agit de chirurgies avec hospitalisation ou de chirurgies en consultation externe. Toutefois, certains hôpitaux ont utilisé différents moyens, par exemple en se fondant sur les réadmissions et les visites à l'urgence et en effectuant des sondages sur la satisfaction des patients, pour comparer les chirurgies avec hospitalisation et les chirurgies en consultation externe. Ainsi :

- Un hôpital a mentionné que 3 % des patients qui avaient subi une chirurgie en consultation externe ont été réadmis à l'hôpital et que 5 % se sont présentés au service d'urgence dans les 15 jours suivant leur chirurgie en 2019-2020. Pour les patients ayant subi une chirurgie avec hospitalisation, ces taux étaient d'environ 5 % et 10 % respectivement. Toutefois, les raisons d'un

retour à l'hôpital ne sont pas nécessairement liées aux résultats des chirurgies, car les patients peuvent avoir d'autres problèmes de santé qui les obligent à se rendre à l'hôpital.

- Un autre hôpital a mené des sondages sur la satisfaction des patients séparément pour les chirurgies avec hospitalisation et les chirurgies en consultation externe de 2019-2020 à 2020-2021 et a affiché un taux de satisfaction global de 66 % pour les chirurgies avec hospitalisation et de 85 % pour les chirurgies en consultation externe.

En outre, la loi confie à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (l'Ordre) le mandat de veiller à ce que les chirurgiens exerçant en Ontario offrent des soins de qualité. Bien que les fournisseurs de services et l'Ordre soient chargés de surveiller la qualité clinique des soins, le Ministère et Santé Ontario pourraient envisager de collaborer avec ces organismes pour trouver des moyens de mesurer de façon uniforme la qualité des résultats des chirurgies et d'en rendre compte publiquement.

RECOMMANDATION 8

Afin de surveiller adéquatement la qualité des chirurgies pratiquées en consultation externe et d'en rendre compte publiquement, Santé Ontario doit :

- déterminer si le nombre d'hôpitaux qui participent actuellement à des programmes tels que le Réseau d'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux en Ontario est suffisant et s'il est avantageux d'exiger la participation d'un plus grand nombre d'hôpitaux;
- collaborer avec les fournisseurs de services afin d'élaborer et de mettre en oeuvre des mesures permettant de mesurer la qualité et les résultats des soins chirurgicaux de façon uniforme et de publier des rapports sur ces mesures.

RÉPONSE DE SANTÉ ONTARIO

Santé Ontario travaillera en collaboration avec le ministère de la Santé (le Ministère) à une

évaluation de la participation susceptible d'être élargie des hôpitaux au Réseau d'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux en Ontario d'ici la fin de 2022-2023. Cette évaluation devra faire en sorte que les obligations supplémentaires en matière financière et en matière de ressources ne soient pas imposées aux établissements déjà surchargés. De plus, Santé Ontario recueille des données sur les événements indésirables liés aux chirurgies, qui pourraient éclairer davantage les mesures de la qualité.

Santé Ontario a mis en place un processus d'examen annuel des mesures de la qualité dans tous les secteurs de soins. À l'heure actuelle, un certain nombre de mesures (p. ex. infection du site opératoire, réadmissions) sont publiées sur le site Web de Qualité des services de santé Ontario. Santé Ontario se réjouit de travailler avec le Ministère à l'élaboration d'un plan visant à élargir les mesures actuelles de la qualité des chirurgies d'ici la fin de 2022-2023. Des exemples de rapports supplémentaires provenant d'autres processus de rendement de la qualité actuellement en place peuvent servir à éclairer ces travaux.

4.5 Le financement et la facturation des chirurgies en consultation externe ne font pas l'objet d'une surveillance et d'un examen périodiques

Étant donné que la plupart des chirurgies effectuées en consultation externe sont financées par l'État en Ontario, il est important de procéder à des examens périodiques des dépenses de programmes pour s'assurer que les contribuables en ont pour leur argent. Nous avons toutefois remarqué que le Ministère n'examine pas périodiquement les coûts et le financement des chirurgies effectuées en consultation externe, ce qui peut entraîner un surfinancement ou un sous-financement de certains types de chirurgies, lequel pourrait avoir une incidence sur la quantité et la qualité des soins dispensés à la population ontarienne.

4.5.1 Le financement des chirurgies en consultation externe n'a pas été mis à jour depuis des années en raison de l'absence d'un suivi périodique des données sur les coûts

Tel qu'il en est question à la **section 2.2.2**, les chirurgies réalisées en consultation externe peuvent être financées de diverses façons selon le type de chirurgie et d'organisme qui les effectue (hôpital public, hôpital privé ou établissement de santé autonome). Sur le fondement de notre examen des différentes méthodes de financement, nous avons constaté que le Ministère n'avait procédé récemment à aucun examen pour s'assurer que le financement correspond aux coûts des chirurgies.

Financement octroyé aux hôpitaux publics

La plupart des hôpitaux publics reçoivent un financement pour les chirurgies selon la méthode des actes médicaux fondés sur la qualité (AMQ) (voir la **figure 6**). Cette méthode de financement repose sur un taux de base global, qui est multiplié par un facteur calculé en fonction de la population de patients desservie par un hôpital, ce qui permet d'obtenir le montant du financement versé par chirurgie à cet hôpital. Bien que le facteur de la population de patients soit mis à jour annuellement, nous avons remarqué que les taux de financement de base de certaines chirurgies financées selon l'AMQ n'ont pas été revus depuis cinq ans environ. Par exemple, le financement de chaque arthroscopie du genou s'établit à l'heure actuelle à 5 270 \$. Ce montant n'a pas été revu depuis 2015-2016.

Nous avons demandé des évaluations récentes du financement ou des coûts liés aux chirurgies réalisées couramment en consultation externe et avons constaté que le Ministère ne fait pas un suivi adéquat des renseignements sur les coûts. Il a mis en oeuvre l'Initiative ontarienne de coût par cas (IOCC), une base de données qui permet de faire le suivi des coûts associés aux soins fournis par les hôpitaux (y compris les soins de patients en établissement, les chirurgies d'un jour et les traitements ambulatoires). Les hôpitaux fournissent leurs renseignements financiers

à l'IOCC sur une base annuelle. Nous avons toutefois relevé des problèmes qui empêchent une analyse raisonnable des coûts à l'échelle provinciale. Ainsi :

- À l'heure actuelle, la communication de renseignements à l'IOCC n'est pas obligatoire et moins de la moitié des hôpitaux de l'Ontario font rapport à l'IOCC, dont bon nombre sont des hôpitaux d'enseignement situés dans de grandes régions urbaines. Par conséquent, les données sur les coûts ne sont peut-être pas représentatives des coûts réels des chirurgies effectuées à l'échelle de la province, comme dans les hôpitaux des régions rurales ou éloignées, où les coûts des soins peuvent varier.
- Il existe un risque de déclaration incohérente des coûts à l'IOCC, d'où l'impossibilité de procéder à des comparaisons entre les organisations. Le Ministère a également affirmé que les changements apportés à la méthode d'établissement des coûts et les problèmes de qualité des données pourraient avoir une incidence sur la capacité de comparer les données d'une année à l'autre.

Il existe de nombreuses raisons pour lesquelles les coûts des chirurgies peuvent changer au fil du temps. Par exemple, les nouvelles technologies et méthodes de réalisation des chirurgies pourraient contribuer à réduire les coûts par chirurgie. De plus, l'augmentation des coûts de personnel et l'inflation pourraient engendrer la hausse des coûts des chirurgies. En l'absence d'examen périodiques des coûts, le Ministère ne sait pas si les taux de financement qu'il fournit dans le cadre de la méthode de financement des actes médicaux et des affectations fondées sur le volume (selon lesquelles les chirurgies touchent un financement fondé sur le nombre d'interventions) couvrent ou dépassent les coûts réels associés à la réalisation des interventions chirurgicales. Le Ministère pourrait donc sous-financer ou surfinancer certaines chirurgies.

Par le passé, notre Bureau a relevé la question du financement désuet, ainsi que le décalage entre le financement et les besoins dans d'autres secteurs du régime de soins de santé. Par exemple, dans notre

audit de l'optimisation des ressources de 2019 sur la gestion de la maladie rénale chronique, nous avons constaté que le financement de 25 000 \$ pour une greffe du rein provenant d'un donneur décédé n'avait pas changé depuis plus de 23 ans (depuis 1988) et que les centres de greffes du rein déclaraient un coût moyen d'environ 40 000 \$. Nous avons recommandé que le Réseau Trillium pour le don de vie (qui relève maintenant de Santé Ontario) procède à un examen du financement afin de confirmer les rajustements jugés nécessaires. Toutefois, lors de notre suivi de 2021, nous avons constaté que Santé Ontario avait commencé à recueillir auprès des hôpitaux des renseignements sur l'intervention et la fréquence des donneurs, mais qu'il n'avait pas encore examiné le taux de financement.

Financement octroyé aux établissements de santé autonomes

Nous avons également examiné le financement octroyé pour les chirurgies aux établissements de santé autonomes (ÉSA) et constaté que le Ministère n'avait pas effectué d'analyse des coûts pour déterminer si le financement fourni par le passé correspond aux coûts actuels des chirurgies effectuées en consultation externe dans ces établissements.

Dans le cadre de leur processus annuel de rapprochement, les ÉSA ne sont tenus de déclarer que le nombre de chirurgies financées par l'État qu'ils ont effectuées. Si le nombre prévu au budget est respecté, aucune autre mesure n'est prise. Toutefois, si un ÉSA déclare un nombre de chirurgies inférieur à celui qui est prévu au budget, le Ministère recouvre le financement sur une base proportionnelle. Au cours des cinq dernières années, il n'y a pas eu de recouvrement important, car la plupart des ÉSA ont déclaré respecter le nombre de chirurgies prévues au budget.

Contrairement aux hôpitaux publics, les ÉSA ne reçoivent pas de financement global pour les aider à couvrir leurs dépenses d'exploitation générales et leurs frais généraux. Le financement des ÉSA par le Ministère, appelé frais d'établissement, couvre plutôt les frais généraux liés aux chirurgies financées

par l'État. Ces établissements offrent souvent des chirurgies payées par le secteur privé également, et ces revenus aident aussi à couvrir les coûts d'exploitation de leur entreprise.

Le Ministère n'obtient des ÉSA aucun renseignement sur les coûts qu'il pourrait utiliser pour examiner les coûts des chirurgies en consultation externe en particulier qui sont financées par l'État. Le Ministère ne reçoit que leurs états financiers audités ou leurs rapports financiers, qui ne distinguent pas toujours les coûts d'exécution des chirurgies en consultation externe financées par l'État des coûts globaux de fonctionnement de leur organisation. Sans cette information, le Ministère ne sait pas s'il surpaye ou sous-paye les ÉSA.

Financement octroyé à l'hôpital privé qui effectue des chirurgies en consultation externe

Bien que le financement du seul hôpital privé de l'Ontario qui réalise des chirurgies en consultation externe n'ait pas changé au cours des quatre années précédant 2020-2021 (voir la **figure 8**), nous avons remarqué que le Ministère avait préparé une analyse des coûts en 2020 pour comparer les coûts de cet hôpital privé à ceux de certains autres grands hôpitaux de la même région du Réseau local d'intégration des services de santé (Centre). L'examen de l'année de coût la plus récente, soit 2018, a révélé ce qui suit :

- Les coûts moyens des deux chirurgies les plus courantes réalisées par un hôpital privé étaient presque égaux au coût de la réalisation du même type de chirurgie dans un grand hôpital de la même région. Par exemple, une chirurgie de la cataracte coûtait environ 19 \$ de moins par chirurgie que celle des grands hôpitaux et une chirurgie du genou ne coûtait que 3 \$ de plus par chirurgie que celle des grands hôpitaux.
- Toutefois, les coûts des chirurgies moins courantes étaient légèrement plus élevés à l'hôpital privé. Par exemple, une intervention chirurgicale aux sinus coûtait 83 \$ de plus par chirurgie à l'hôpital privé.

L'analyse des coûts de 2020 n'a révélé aucun écart significatif, mais elle montre qu'il existe des écarts entre les hôpitaux privés et publics.

Bien que peu d'efforts aient été déployés au Canada pour comparer le coût des chirurgies en consultation externe dans différents milieux, le ministère de la Santé de la Saskatchewan a comparé en 2012 les coûts de 34 types d'interventions de jour (en consultation externe) dans des cliniques privées et des hôpitaux. Il a constaté que le coût total des interventions dans les cliniques était de 26 % inférieur à celui des hôpitaux. L'Ontario n'a pas effectué d'analyse semblable. Il sera utile pour le Ministère de surveiller de façon continue les coûts des chirurgies de tous les fournisseurs de services de la province afin de déterminer les gains d'efficacité et les économies possibles sans nuire aux résultats des chirurgies et à la qualité des soins.

RECOMMANDATION 9

Afin de mieux harmoniser le financement avec le coût réel des chirurgies en consultation externe, le ministère de la Santé doit :

- collaborer avec les experts cliniques pour déterminer des façons précises de saisir les coûts des chirurgies réalisées en consultation externe dans différents milieux avec des mises à jour périodiques au besoin afin d'éviter de surfinancer ou de sous-financer certains types de chirurgies;
- procéder à des examens périodiques (tous les cinq ans par exemple) des renseignements sur les coûts soumis par différents fournisseurs de services de chirurgie en consultation externe afin de déterminer s'il est nécessaire de rajuster le financement et de relever les gains d'efficacité et les économies possibles.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère collaborera avec Santé Ontario et d'autres intervenants du système pour déterminer s'il existe des façons plus précises de saisir les données sur les coûts des chirurgies

en consultation externe. Les travaux tiendront compte du fait qu'il faut beaucoup de ressources pour les petits organismes qui participent au programme d'établissement des coûts par cas de l'Ontario, car la mise en oeuvre d'un logiciel d'établissement des coûts implique des coûts liés et à la technologie et aux ressources humaines. À l'heure actuelle, seuls quelques petits hôpitaux ont mis en oeuvre l'établissement des coûts par cas pour ces raisons.

Le Ministère examine actuellement chaque année les taux de financement des actes médicaux fondés sur la qualité (qui comprennent de nombreuses chirurgies en consultation externe) en fonction des changements apportés à l'indice des groupes clients (IGC), qui reflète le niveau des besoins des patients qui obtiennent des services. Le Ministère envisagera également des processus pour effectuer des examens périodiques du taux de base des AMQ (le coût par cas pondéré de la province). Le financement des interventions en consultation externe non liées aux AMQ au moyen du modèle de croissance et d'efficacité du Ministère est également mis à jour chaque année.

Afin de favoriser l'efficacité et les économies, plusieurs interventions sont financées suivant un taux mixte qui comprend les interventions auprès des patients hospitalisés et en consultation externe. Cela encourage les fournisseurs à opter pour des services de consultation externe plus économiques lorsque cela est approprié sur le plan clinique. Le Ministère continuera de surveiller le recours à des chirurgies en consultation externe avec des cliniciens experts et mettra à jour ses modèles de financement, au besoin, pour favoriser l'efficacité et la rentabilité des soins.

4.5.2 Le Ministère ne surveille pas adéquatement le nombre et la facturation déraisonnables de chirurgies réalisées en consultation externe

Les médecins qui effectuent des chirurgies en consultation externe financées par l'État facturent directement le Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO). Étant donné que les chirurgies ne sont pas définies comme étant des chirurgies en consultation externe ou avec hospitalisation, la facturation des médecins pour la chirurgie proprement dite ne dépend pas du fait que le patient doit être hospitalisé ou traité en consultation externe à la suite de la chirurgie.

Nous avons examiné les données du RASO sur les chirurgies courantes effectuées en consultation externe et avons relevé le nom de médecins dont la facturation était considérablement élevée ou déraisonnable. Par exemple, quatre ophtalmologistes ont chacun facturé au Ministère plus de 2 000 chirurgies de la cataracte en 2019-2020 et ont ainsi chacun touché entre 860 000 \$ et près de 1,1 million de dollars en paiements pour les chirurgies de la cataracte seulement (cela n'inclut pas les paiements d'autres services assurés comme les évaluations et les tests). Nous avons examiné les données sur les demandes de paiement de ces quatre ophtalmologistes et constaté que le nombre maximal de chirurgies de la cataracte pratiquées par jour variait de 34 à 47. Bien que certains ophtalmologistes nous aient informés qu'il était possible d'effectuer un grand nombre de chirurgies dans une journée avec le personnel et les salles d'opération nécessaires, nous avons remarqué qu'à la suite de notre audit, le Ministère avait procédé à un examen approfondi des demandes de paiement de 307 ophtalmologistes, y compris ces quatre ophtalmologistes à forte facturation. Nous avons toutefois remarqué que l'examen portait uniquement sur les codes d'évaluation facturés le jour même de la chirurgie de la cataracte et qu'en conséquence, des lettres d'information précisant quand cette facturation est admissible ont été envoyées. Les demandes de

paiement de deux de ces quatre ophtalmologistes à forte facturation avaient fait l'objet d'examen plus détaillés au cours des années précédentes.

Nous avons examiné les autres travaux effectués par le Ministère à l'égard des demandes de paiement présentées par les médecins au titre du RASO et avons constaté qu'au cours des cinq dernières années, le Ministère n'a examiné les dossiers que de 47 médecins environ ayant présenté des demandes de paiement de chirurgies.

Voici certains des problèmes courants relevés par le Ministère dans le cadre de son examen des demandes de paiement présentées par des médecins au cours des cinq dernières années :

- **Demandes de paiement inappropriées** : Des médecins et des chirurgiens auraient facturé des codes du RASO erronés pour le travail effectué, ce qui a donné lieu habituellement à des paiements supérieurs à ceux qui auraient dû être effectués en contrepartie du service fourni.
- **Prestation de services non médicalement nécessaires** : Des médecins et des chirurgiens fournissaient des services qui n'étaient pas médicalement nécessaires. Par exemple, ils ont effectué des tests sur des patients qui ne semblaient présenter aucun symptôme justifiant de tels tests.
- **Nombre inhabituel de demandes de paiement** : Des médecins et des chirurgiens ont traité, semble-t-il, un nombre anormalement élevé de patients.

Voici quelques exemples récents de problèmes relevés par le Ministère dans le cadre d'examen des demandes de paiement à l'Assurance-santé se rapportant à des chirurgiens :

- Un ophtalmologiste qui a effectué des chirurgies de la cataracte en consultation externe a présenté des demandes de paiement au RASO pour avoir traité en moyenne 70 patients par jour et en avoir traité 227 un jour donné (ce qui inclut non seulement les chirurgies, mais aussi les évaluations, les tests et les consultations). Après un examen plus approfondi, le Ministère a constaté qu'entre 2016-2017 et 2019-2020, les

services facturés par l'ophtalmologiste incluaient des montants pour le travail effectué par de nombreux adjoints qualifiés. Le Ministère interdit aux médecins de facturer le travail effectué par d'autres personnes dans ces circonstances. Toutefois, le Ministère n'a pas poussé cette affaire plus loin et a envoyé au chirurgien en cause en 2019-2020 une lettre lui fournissant des renseignements et l'informant que les chirurgiens ne peuvent déléguer les évaluations ou les interventions à des adjoints et soumettre ensuite des demandes de paiement pour ces services.

- Un chirurgien orthopédiste a présenté à plusieurs reprises des demandes de paiement pour certains services et évaluations en particulier. Un examen par le Ministère des demandes de paiement soumises par ce chirurgien de 2012-2013 à 2017-2018 a révélé qu'il présentait des demandes de paiement erronées pour plusieurs codes de tarif. Le Ministère a recouvré environ 258 000 \$ auprès de ce chirurgien. Toutefois, il n'a effectué aucun examen de suivi pour confirmer si le chirurgien a cessé de soumettre des demandes de paiement erronées.
- Un oto-rhino-laryngologiste présentait des demandes de paiement pour un code de tarif unique qui n'est pas payable lorsque d'autres codes de tarif de chirurgie sont également facturés. En 2019-2020, le Ministère a recouvré environ 102 000 \$ auprès de ce chirurgien en paiements erronés liés à des demandes de paiement soumises entre 2012-2013 et 2016-2017.

Les exemples de facturation élevée ou déraisonnable que nous avons relevés et les facturations incorrectes que le Ministère a relevées dans le cadre de ses examens de la facturation de certains chirurgiens montrent qu'il existe toujours un risque que des médecins dont la facturation est inhabituelle ou élevée se fassent payer pour des services non admissibles.

Bien que le Ministère soit chargé de surveiller l'exactitude et l'admissibilité de la facturation des médecins, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (l'Ordre) a pour mandat de surveiller et

de maintenir les normes de pratique et de prendre des mesures disciplinaires contre les médecins et chirurgiens qui font preuve d'inconduite ou d'incompétence professionnelle. Toutefois, l'Ordre n'a pas le mandat ni l'information nécessaires pour utiliser les activités d'un médecin ou sa facturation comme raison de sélectionner ce dernier pour un examen. Souvent, l'Ordre n'est mis au courant de ces questions que lorsqu'un médecin a déjà été sélectionné pour se soumettre à une évaluation ou lorsqu'une plainte est déposée ou qu'un tuyau lui est fourni.

Bien qu'il ait parfois communiqué de l'information à l'Ordre s'il avait reçu des plaintes au sujet d'actes répréhensibles possibles de la part de médecins, le Ministère n'a pas désigné de façon proactive des actes répréhensibles possibles en se fondant sur des anomalies dans la facturation et des visites inhabituelles de patients pour en faire part à l'Ordre.

Notre Bureau a déjà soulevé la question des factures inhabituelles et de la nécessité de collaborer avec l'Ordre. Ainsi :

- Dans notre audit de l'optimisation des ressources sur la facturation des médecins en 2016, nous avons constaté que le Ministère n'avait pas enquêté sur de nombreuses factures anormales des médecins, y compris de nombreux médecins et chirurgiens qui facturaient un nombre élevé de jours travaillés ou un nombre élevé de services fournis par rapport à leurs confrères. Afin de renforcer la surveillance des paiements effectués en faveur des médecins pour veiller à ce que les fonds destinés aux soins de santé ne soient consacrés qu'aux interventions médicalement nécessaires et que l'argent des contribuables soit entièrement recouvré en cas de facturation injustifiée, nous avons formulé un certain nombre de recommandations au Ministère. Par exemple, nous lui avons recommandé de travailler avec des professionnels de la santé pour établir des normes et des lignes directrices fondées sur des données probantes; de surveiller la facturation pour s'assurer que les médecins corrigent leur facturation inappropriée en temps opportun;

d'établir un mécanisme efficace de recouvrement des trop payés auprès des médecins lorsqu'une facturation inappropriée est confirmée; et de rationaliser le processus actuel d'examen de la facturation des médecins et d'éducation sur celle-ci. Toutefois, dans le suivi de 2021 de notre audit de 2016 sur la facturation des médecins, nous avons confirmé que la plupart des mesures recommandées n'avaient pas été entièrement mises en oeuvre, mais qu'elles sont maintenant en voie de l'être d'ici 2022.

- Dans notre audit de l'optimisation des ressources 2020 sur les soins virtuels : Dans le cadre de l'audit sur l'utilisation des technologies de communication pour les soins aux patients, nous avons constaté que des médecins qui avaient signalé avoir reçu en consultation un nombre déraisonnable de patients dans une journée et constaté que le Ministère ne prend pas l'initiative de communiquer les données à l'Ordre pour l'aider à s'acquitter de son mandat. Nous avons recommandé au Ministère de collaborer avec l'Ordre pour évaluer la qualité des soins virtuels fournis par les médecins ayant effectué un nombre déraisonnable de consultations virtuelles;

RECOMMANDATION 10

Pour prévenir et décourager la facturation inappropriée de chirurgies en consultation externe, le ministère de la Santé doit :

- surveiller régulièrement les données sur la facturation des chirurgies afin de déceler les signaux d'alarme et les risques qui justifient des examens plus approfondis;
- effectuer des examens en temps opportun lorsque des tendances déraisonnables ou inhabituelles sont constatées;
- collaborer avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario pour évaluer la qualité clinique des chirurgies et des soins fournis par des chirurgiens dont l'activité et la facturation des visites de patients sont déraisonnables, et déterminer et prendre les mesures appropriées.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

En se fondant sur les recommandations formulées dans l'audit de 2016 sur la facturation des médecins effectué par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario, le Ministère a récemment amélioré sa capacité de surveiller efficacement les factures inappropriées et de veiller à ce que les médecins corrigent celles-ci en temps opportun.

Le Ministère continue d'utiliser les outils analytiques existants pour surveiller les factures et sélectionner les demandes à examiner et pour appuyer la correction des comportements de facturation inappropriés et le recouvrement en temps opportun des trop payés lorsque des factures inappropriées ont été repérées.

Dans le cadre de son engagement d'amélioration continue, le Ministère continue d'explorer de nouveaux logiciels d'analyse pour rationaliser la surveillance aujourd'hui et à l'avenir.

La plupart des problèmes de facturation sont reçus par le Ministère au moyen de dénonciations ou de plaintes du public, des employés de la santé, d'autres médecins, des secteurs de programmes gouvernementaux ou des organismes de réglementation, y compris l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (l'Ordre).

Lorsque des problèmes de facturation sont relevés, le Ministère effectue des examens en temps opportun sur la foi des renseignements fournis. Si le Ministère soupçonne l'existence de problèmes concernant la sécurité des patients ou les normes de pratique, le médecin est dirigé vers l'Ordre, qui a pour mandat de veiller à ce que les médecins fournissent des soins de qualité.

4.6 Aucune surveillance provinciale ne protège les patients contre la facturation de frais inappropriés pour des chirurgies financées par l'État

4.6.1 Les pratiques de vente des fournisseurs de services de chirurgie prévoient la communication de renseignements trompeurs et la facturation d'ajouts inutiles aux patients

Les chirurgies réalisées en consultation externe qui sont nécessaires sur le plan médical sont entièrement couvertes par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) et par le financement que le Ministère octroie aux fournisseurs de services. Les fournisseurs de services, notamment les chirurgiens ou les cliniques pour lesquelles ils travaillent, peuvent également offrir des services ou des produits complémentaires non assurés aux patients moyennant des frais supplémentaires en conjonction avec certaines chirurgies assurées. Toutefois, aucune surveillance n'est exercée à l'échelle provinciale à l'égard des fournisseurs de services de chirurgie (les chirurgiens ou les cliniques pour lesquelles ils travaillent) qui pourraient avoir fourni des renseignements trompeurs à des patients qui ne connaissent pas leur droit à des chirurgies financées par l'État et qui pourraient être mal informés au sujet de ces frais supplémentaires.

Les frais supplémentaires couramment facturés se rapportent spécifiquement aux chirurgies de la cataracte, qui représentent le plus grand nombre de chirurgies en consultation externe en Ontario, comme le montre la **figure 1**. Les patients atteints d'une cataracte peuvent subir une chirurgie entièrement payée par le RASO. Ils ont toutefois le choix de payer — directement ou par l'entremise d'un régime privé d'assurance-santé — une lentille oculaire modifiée qui n'est pas couverte par le RASO. Lorsqu'ils optent pour une lentille modifiée, les patients sont habituellement appelés à payer la différence entre la lentille standard médicalement nécessaire qui est couverte par le RASO et la lentille modifiée, plus les frais d'essai supplémentaires non assurés. Le chirurgien soumettra tout de même une demande de paiement au RASO

pour la chirurgie et tout examen de la vue financé par l'État. Les patients qui subissent la chirurgie dans n'importe quel milieu (hôpital public, hôpital privé ou établissement de santé indépendant) peuvent opter pour une lentille modifiée. La décision de subir la chirurgie et la décision concernant tout ajout, comme une lentille modifiée, sont prises par le patient et son ophtalmologiste avant la chirurgie. Habituellement, la clinique d'ophtalmologie facture les ajouts au patient, tandis que l'hôpital public, l'hôpital privé ou l'établissement de santé autonome fournit à l'ophtalmologiste les ressources dont il a besoin, comme une salle d'opération, pour réaliser l'intervention chirurgicale.

Les frais supplémentaires pour une lentille modifiée et les tests supplémentaires varient selon le fournisseur, mais ils peuvent aller de quelques centaines de dollars à quelques milliers. Ces frais seraient payés directement par le patient ou le fournisseur privé d'assurance des soins de santé du patient.

Les patients ne sont pas adéquatement informés de leur droit à une chirurgie financée par l'État

En discutant avec des ophtalmologistes et en examinant les recherches médicales, nous avons constaté que la chirurgie standard de la cataracte couverte par le RASO est suffisante pour régler le problème médical de la cataracte à l'oeil. Le fait de payer pour passer des examens supplémentaires et obtenir une lentille modifiée dans le cadre de la chirurgie de la cataracte pourrait procurer des avantages non médicaux (comme une vision améliorée ou l'élimination de la nécessité de porter des lunettes après la chirurgie). Par conséquent, bien que les patients aient droit à une chirurgie standard en Ontario sans avoir à payer de frais de leur poche, certains peuvent choisir de payer une lentille modifiée s'ils le souhaitent, tout comme certains patients optent pour une chirurgie oculaire au laser pour éliminer la nécessité de porter des lunettes (une intervention non couverte par le RASO). Les ophtalmologistes doivent discuter de tous les services non assurés avec les patients qui subissent une chirurgie de la cataracte et

les informer de la possibilité de recevoir des examens et des lentilles nécessaires sur le plan médical sans payer de frais supplémentaires.

Nous avons examiné les politiques et les ententes du Ministère et constaté que les chirurgiens ou les organisations ne sont tenus de tenir ou communiquer aucune documentation obligatoire confirmant qu'ils ont informé un patient de son droit à une chirurgie financée par l'État sans avoir à payer de frais. Le Ministère n'exige pas, par exemple, qu'ils fournissent aux patients des documents sur leurs droits ou qu'ils obtiennent les signatures des patients confirmant qu'ils en ont été informés adéquatement.

Notre examen des plaintes reçues par l'Ombudsman des patients de l'Ontario et le Ministère a révélé des cas où les patients n'étaient pas adéquatement informés au sujet des services standards assurés par le RASO ou encore des cas où ces services ne leur étaient pas offerts; ils étaient souvent facturés pour des ajouts. Par exemple, une personne s'est plainte du fait qu'elle a dû payer pour subir une chirurgie de la cataracte alors que celle-ci aurait dû être couverte par le RASO, qu'elle ait été effectuée dans une clinique publique ou privée. Une autre personne s'est plainte d'avoir dû payer pour subir une chirurgie de la cataracte parce que le chirurgien ne l'avait pas informée qu'elle avait droit à une chirurgie standard gratuite par l'entremise du RASO. Les patients peuvent donc finir par payer tous les coûts d'une chirurgie de la cataracte s'ils ont été induits en erreur.

Bien que les services non assurés puissent offrir de la valeur aux patients et que ceux-ci puissent choisir et payer des ajouts, il existe un risque pour les patients qui ne sont pas suffisamment informés de leurs droits à une chirurgie financée par l'État. Un article publié en 2015 dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* (une revue médicale générale évaluée par les pairs) souligne également cette préoccupation dans les termes suivants : [traduction] « Les patients qui comprennent mal la nature facultative des services non assurés peuvent faire des sacrifices considérables pour payer une chirurgie de la cataracte. Ils peuvent aussi décider de reporter la

chirurgie ou d’y renoncer jusqu’à ce qu’ils aient les moyens d’assumer les coûts non assurés, de sorte qu’ils seront atteints inutilement plus longtemps d’une déficience visuelle qui pourrait être corrigée. »

En l’absence d’une surveillance provinciale et en raison du manque de connaissances du public au sujet des ajouts optionnels, les personnes qui ne connaissent pas leur droit à des chirurgies financées par l’État pourraient ne pas réaliser qu’elles sont mal informées et qu’elles peuvent ou devraient déposer des plaintes au Ministère ou à l’Ordre des médecins et chirurgiens de l’Ontario. Cela signifie que la question des frais de patients inappropriés et inhabituels pourrait être beaucoup plus répandue que ce que laissent croire les plaintes déposées auprès de l’Ombudsman des patients de l’Ontario et du Ministère.

Les consommateurs anonymes reçoivent des renseignements trompeurs et incohérents

Afin de mieux comprendre et d’évaluer l’ampleur des pratiques de vente trompeuses et des écarts de prix entre les fournisseurs, nous avons retenu les services d’une entreprise de recherche professionnelle pour effectuer des « évaluations anonymes » en faisant 80 appels téléphoniques à un total de 25 fournisseurs et cliniques réalisant des chirurgies en consultation externe. Les fournisseurs et les cliniques comprenaient des établissements de santé autonomes, un hôpital privé et des ophtalmologistes ou cliniques ophtalmologiques (qui sont des cliniques privées où les ophtalmologistes fournissent des soins et des évaluations, comme des examens de la vue et des consultations). La démarche « anonyme » a consisté à communiquer avec ces cliniques, car la plupart des ophtalmologistes qui réalisent des chirurgies dans des hôpitaux publics sont propriétaires de leur propre clinique privée ou travaillent dans une clinique privée, où ils offrent des services de consultation et des soins aux patients. Les ophtalmologistes effectuent habituellement des chirurgies en milieu hospitalier, mais le gros des consultations et de la prise de décisions se déroulent en clinique.

Dans le cadre des « évaluations anonymes », des acteurs (les clients anonymes) ont appelé des organismes (des établissements de santé autonomes, un hôpital privé et des cliniques ophtalmologiques ou des services de consultations ophtalmologiques) à leur numéro de téléphone général à plusieurs reprises sur une période d’environ deux mois pour obtenir de l’information sur l’accès à une chirurgie financée par l’État, en particulier la chirurgie de la cataracte, la spécialité qui présente le plus grand risque de pratiques de vente trompeuses. Voici certaines des conclusions tirées par suite des appels des clients anonymes :

- L’information sur les prix n’est pas transparente, car il est très difficile pour le consommateur moyen d’obtenir cette information, comme le prix des lentilles spéciales, sans devoir être reçu en consultation. Presque toutes les cliniques ont dit aux consommateurs anonymes qu’elles ne pouvaient pas leur communiquer leurs listes de prix avant que le patient ne soit reçu en clinique. Certaines cliniques ont bien fourni des fourchettes de prix au téléphone, les chirurgies de la cataracte avec lentilles spécialisées coûtant au patient de 450 \$ à près de 5 000 \$ par oeil selon le type de lentilles utilisées. Bien que certains renseignements ne puissent être communiqués avant qu’une consultation ne soit effectuée, notamment en ce qui concerne la compatibilité d’un certain type de lentilles oculaires, le public devrait être informé du prix d’ajouts comme les lentilles spécialisées avant la consultation afin de pouvoir effectuer ses propres recherches et prendre une décision éclairée pour s’assurer qu’il n’est pas surfacturé ou facturé à tort par un fournisseur.
- De nombreuses cliniques ont mentionné que les lentilles spéciales sont facultatives et que les patients peuvent choisir de recevoir gratuitement la lentille standard couverte par le RASO. Toutefois, certaines cliniques ont mentionné que les lentilles spécialisées sont ou pourraient être nécessaires selon l’évaluation du chirurgien. Ainsi que nous en avons fait mention précédemment,

les lentilles spécialisées sont considérées comme étant un ajout et elles ne devraient jamais être obligatoires. Il en découle que ces cliniques ont fourni des renseignements trompeurs aux clients anonymes.

- Les clients anonymes ont obtenu des renseignements incohérents et contradictoires des mêmes cliniques, selon le moment de l'appel. Par exemple, lors de certains appels, les cliniques ont mentionné que la chirurgie de la cataracte standard est couverte par le RASO, mais ces mêmes cliniques ont mentionné lors d'autres appels que les patients devront assumer des coûts supplémentaires.
- Certaines cliniques ont dit que l'examen de la vue standard couvert par le RASO est de qualité inférieure et que les examens complémentaires donnent des résultats plus complets et exacts. Bien qu'il puisse y avoir des avantages à subir des tests complémentaires, particulièrement lorsqu'on opte pour une lentille spécialisée, ces cliniques induisent les patients en erreur lorsqu'elles leur disent que les examens couverts par le RASO sont de qualité inférieure.

Le problème concernant le manque de renseignements fournis aux patients sur leur choix de subir une chirurgie de la cataracte financée par l'État est une préoccupation de longue date en Ontario.

Voici quelques exemples :

- En 2008, la Coalition ontarienne de la santé, en partenariat avec les coalitions de la santé partout au Canada, a réalisé une étude visant à établir l'ampleur du problème de la facturation de frais supplémentaires aux patients dans le secteur privé et de la vente de l'accès aux soins. L'étude a révélé que des cliniques privées de chirurgie de la cataracte facturaient des frais pour une chirurgie de la cataracte avec lentilles spéciales, qu'elles tentaient de façon agressive de vendre aux patients, malgré le fait que le système de soins de santé public couvrait déjà tous les soins nécessaires associés à la chirurgie de la cataracte.
- En 2017, la Coalition ontarienne de la santé a mené une autre étude sur les cliniques de

chirurgie et les cliniques de chirurgie de la cataracte privées et mené un sondage auprès des patients qui ont subi une chirurgie de la cataracte. Près d'une décennie après sa première étude en 2008, l'étude de 2017 a révélé que le problème de la surfacturation était devenu plus manifeste et avait proliféré, la majorité des cliniques privées continuant de facturer des frais supplémentaires aux patients pour les chirurgies de la cataracte, et les patients n'étant pas toujours informés de leur droit de subir des chirurgies de la cataracte entièrement payées.

Nous avons constaté que le Ministère ne surveille pas de façon proactive les pratiques des chirurgiens et des cliniques pour confirmer que les patients sont bien informés de leur droit de subir une chirurgie entièrement payée sans devoir payer quoi que ce soit. Le Ministère compte plutôt sur les plaintes qu'il reçoit de patients pour cerner les pratiques inappropriées des cliniques de chirurgie, mais comme nous l'avons mentionné précédemment, cette méthode est réactive et elle ne permet pas de protéger les patients qui pourraient payer des frais supplémentaires pour ces chirurgies parce qu'ils ne savent pas qu'ils peuvent subir une chirurgie couverte par le RASO sans devoir payer quoi que ce soit.

RECOMMANDATION 11

Pour prévenir la facturation de frais inappropriés aux patients tout en protégeant l'engagement de la province à financer les chirurgies médicalement nécessaires, le ministère de la Santé doit :

- évaluer la possibilité de recueillir des données sur les montants d'argent que certains chirurgiens facturent aux patients en plus des chirurgies couvertes par le RASO et de recueillir des données sur les patients auxquels ces montants d'argent sont facturés;
- déterminer les outils qui peuvent être utilisés pour informer la population ontarienne des chirurgies de la cataracte et prévenir la facturation de frais inappropriés aux patients;

- en collaboration avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, prendre des mesures disciplinaires contre les médecins et les organismes jugés avoir mal informé ou avoir omis d'informer les patients de leur droit à une chirurgie entièrement couverte par le RASO.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère saisit la raison d'être des deux premières mesures à prendre, car elles visent à protéger les patients qui souhaitent obtenir des services assurés par le RASO contre la facturation de frais inappropriés. Le Ministère examinera la possibilité de recueillir des données sur les honoraires que certains chirurgiens facturent aux patients pour des services non assurés qui sont exécutés en conjonction avec des chirurgies assurées par le RASO, ainsi que des données sur les patients auxquels ces honoraires sont facturés, conformément à toute loi pertinente sur la protection des renseignements personnels. Le Ministère continuera de chercher des outils qui pourraient être utilisés pour informer la population ontarienne des chirurgies de la cataracte et des frais inappropriés liés aux soins chirurgicaux de la cataracte qui sont assurés.

Le Ministère est d'accord pour encourager l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario à déterminer s'il convient, en vertu de son mandat, de prendre des mesures contre les médecins et les organismes qui ont mal informé ou omis d'informer les patients de leur droit à une chirurgie entièrement couverte par le RASO.

La *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé* (LEAAS) et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (l'Ordre) régissent la prévention et la dissuasion de la facturation de frais inappropriés aux patients. La LEAAS interdit à une personne ou à une entité de facturer à des personnes assurées par le RASO un service assuré ou une composante d'un service assuré (ce que l'on appelle la « surfacturation »), de payer ou de recevoir des

honoraires ou des avantages d'un assuré pour avoir offert un accès accéléré à un service assuré (ce qu'on appelle le resquillage) ou de rendre la prestation d'un service assuré conditionnel au paiement par un assuré de frais globaux pour des services non assurés. Le Ministère examine toutes les infractions possibles à la LEAAS qui sont portées à son attention au moyen de plaintes particulières de patients, et il procède à des examens résultant d'autres sources (dénonciations anonymes du public, des médias, d'organismes, etc.). Le Ministère ne régleme pas les frais facturés par les médecins pour des services non assurés. C'est plutôt l'Ordre, l'organisme qui régit la pratique de la médecine en Ontario, qui est chargé de régler les honoraires des médecins pour les services non assurés et de veiller à ce que les médecins fournissent des services de santé conformément aux lignes directrices professionnelles. Conformément aux règlements pris en vertu de la *Loi sur les médecins*, l'Ordre a établi une politique à l'intention des médecins et une fiche d'information à l'intention des patients concernant la facturation de services non assurés. Une partie de cette politique comprend des exigences relatives à la combinaison de services assurés et non assurés.

4.6.2 Le Ministère élargit l'accès aux chirurgies en consultation externe offertes par les cliniques privées sans régler les problèmes existants de facturation inappropriée et de pratiques de vente trompeuses

Tel qu'il est mentionné à la **section 2.2.2**, en plus d'être réalisées dans les hôpitaux publics et privés, les chirurgies en consultation externe sont effectuées dans 10 cliniques autorisées par le Ministère à titre d'établissements de santé autonomes (ÉSA) (voir la **figure 7**). Ces ÉSA, dont la plupart sont des organismes privés à but lucratif, existent depuis un certain nombre d'années et aident le système de santé à traiter le volume de chirurgies.

En 2014, le Ministère a lancé une demande de propositions (DP) aux organismes qui souhaiteraient obtenir un permis d'ÉSA pour chirurgies de la cataracte, qui se déroulent presque dans tous les cas en consultation externe. Toutefois, selon les modalités de la DP, pour être admissibles, les organismes devaient être des organismes sans but lucratif. Nous avons examiné les détails préliminaires du processus de DP et constaté que, même si le Ministère souhaitait ajouter de nouveaux ÉSA, le nombre total de chirurgies de la cataracte n'augmentait pas. En fin de compte, la DP n'a pas progressé.

En 2020, nous avons remarqué que le Ministère avait lancé un appel de demandes (terme utilisé en 2020 pour remplacer les demandes de propositions) à l'intention des fournisseurs de services de chirurgie de la cataracte, mais que cette fois-ci, il prévoyait aussi de hausser le nombre de chirurgies de la cataracte financées. Toutefois, contrairement à la DP lancée en 2014, l'appel de demandes lancé en 2020 permettait aux organismes privés à but lucratif de soumettre des demandes. De plus, conformément aux modalités de l'appel de demandes, ces organismes devraient fournir gratuitement aux patients des chirurgies couvertes par le RASO, mais ils pourraient également offrir d'autres services et d'autres soins non couverts par le RASO, que les patients devraient ensuite payer directement.

Ainsi qu'il est expliqué à la **section 4.3.2**, il y a des avantages potentiels à réaliser des chirurgies en milieu extrahospitalier. Toutefois, des réserves ont été formulées au sujet du recours à des établissements privés à but lucratif pour offrir des services de soins de santé financés par l'État en Ontario.

Nous avons examiné la rétroaction fournie au Ministère par les hôpitaux et les ophtalmologistes au sujet du récent appel de demandes et constaté que de multiples préoccupations avaient été soulevées. Ainsi :

- Les hôpitaux et les ophtalmologistes ont affirmé qu'ils n'avaient pas été consultés au sujet de la décision d'aller de l'avant avec un appel de demandes pour hausser le nombre d'ÉSA.
- Certains hôpitaux ont dit souhaiter répondre à l'appel de demandes afin de réaliser plus

de chirurgies de la cataracte. Le Ministère a toutefois précisé que cette initiative s'adressait spécifiquement aux ÉSA et que les hôpitaux auraient accès à d'autres initiatives, comme un financement temporaire, pour éliminer l'arriéré de chirurgies attribuable à la COVID-19.

- Certains ophtalmologistes ont dit craindre qu'un nombre accru d'ÉSA privés mène un plus grand nombre d'ophtalmologistes à choisir de travailler pour un ÉSA, de sorte que les hôpitaux pourraient perdre la capacité de soigner des patients nécessitant des soins ophtalmologiques.

Nous avons discuté avec l'ophtalmologiste en chef d'un établissement de santé autonome sans but lucratif et avec un ancien sous-ministre de la Santé. Ils ont affirmé qu'il y avait des avantages à offrir un plus grand nombre de chirurgies en consultation externe au sein de la collectivité (par exemple par des ÉSA) plutôt que dans un hôpital, mais que le recours à un plus grand nombre de centres de chirurgie de la cataracte à but lucratif suscite également des préoccupations et des risques. Plus précisément, il y a un risque accru que les organisations privées accordent la priorité aux profits en facturant des ajouts aux patients, alors que cette facturation ne serait pas adéquatement surveillée et examinée par le Ministère parce qu'elle n'a aucune incidence sur le financement public, de sorte que l'intérêt des patients ne serait pas protégé. Ainsi que nous l'avons mentionné à la **section 4.6.1**, ces préoccupations existent à l'heure actuelle, car le Ministère ne demande pas proactivement de renseignements sur les frais et les ajouts facturés aux patients ni n'examine ceux-ci. Par conséquent, en l'absence d'une surveillance provinciale adéquate et appropriée, la hausse du nombre de chirurgies effectuées en consultation externe par un nombre plus élevé d'organismes à but lucratif pourrait intensifier les préoccupations susmentionnées.

Tel qu'il a été mentionné à la **section 4.6.1**, il y a encore des préoccupations en rapport avec le fait que des patients se font facturer des services inutiles sans avoir été informés adéquatement de leur droit de subir une chirurgie payée par le RASO et que

des chirurgiens facturent des actes inutiles. Ces problèmes ne sont pas propres aux ÉSA, mais en ne s'attaquant pas comme il se doit à ces préoccupations, le Ministère expose les patients à un plus grand risque financier en permettant à d'autres organismes privés d'offrir des chirurgies financées par l'État tout en leur permettant de facturer directement aux patients des services supplémentaires non assurés afin de réaliser un profit, sans mettre en place des mécanismes de surveillance appropriés.

Nous avons également remarqué que certains fournisseurs de services de chirurgie en consultation externe actuels (des ÉSA et des hôpitaux publics) disposent d'une capacité excédentaire pour effectuer des chirurgies de la cataracte, comme il est expliqué à la **section 4.7.2**. Cette capacité excédentaire pourrait être mieux utilisée.

RECOMMANDATION 12

Si des mesures continuent d'être prises pour accroître le recours aux cliniques privées à but lucratif pour les chirurgies de la cataracte, le ministère de la Santé doit :

- collaborer avec les fournisseurs de soins de santé et les principaux intervenants pour déterminer les risques et les avantages du processus actuel d'appel de demandes;
- mettre en place des mécanismes de surveillance supplémentaires pour protéger les patients contre les pratiques de vente trompeuses et les politiques incohérentes.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le Ministère a fait appel à Santé Ontario tout au long du processus actuel d'appel de demandes, compte tenu de son rôle dans la planification du système de santé, et il mobilisera les fournisseurs de soins de santé et les principaux intervenants à l'avenir. De plus, pour protéger les patients, les formulaires d'appel de demandes comprenaient une section exigeant des demandeurs qu'ils démontrent comment les personnes assurées seront informées des

chirurgies de la cataracte qui sont offertes, des frais des services facultatifs non assurés et de la façon dont ils entendent obtenir le consentement pour les frais des services non assurés. Si des permis sont délivrés, l'entente de paiement de transfert comprendra des dispositions connexes visant à protéger les patients.

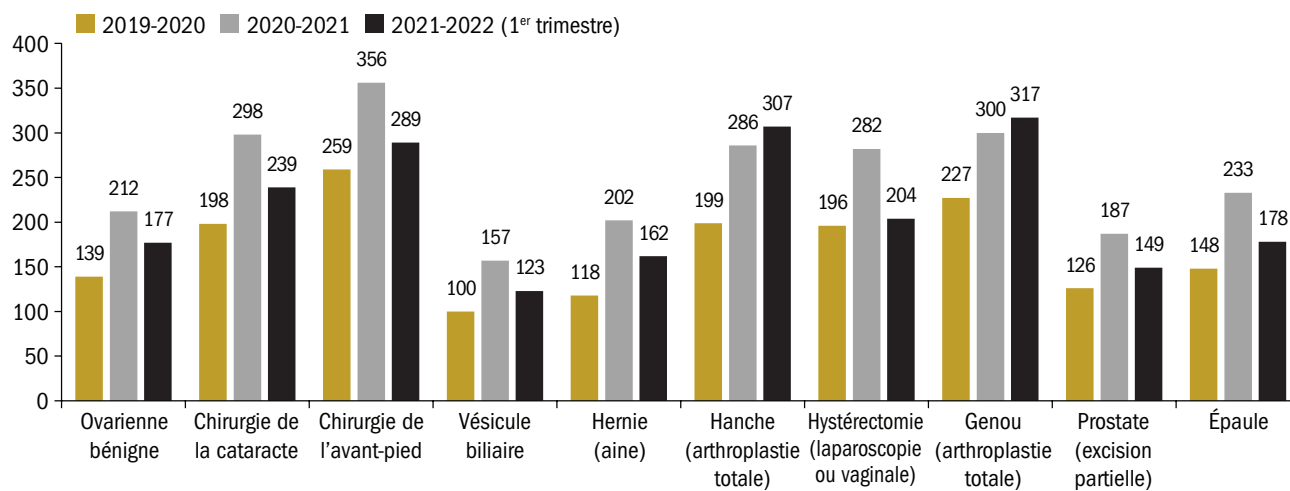
Les ÉSA titulaires d'un permis sont assujettis à un programme d'assurance de la qualité existant comme l'exige la *Loi sur les établissements de santé autonomes*. Le programme d'assurance de la qualité est administré par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (l'Ordre) et des évaluations sont effectuées à la demande du directeur des établissements de santé autonomes conformément aux paramètres de pratique clinique et aux normes d'établissement élaborées par l'Ordre. De plus, l'Ordre est chargé de régir la pratique de la médecine et de veiller à ce que les médecins fournissent des soins de santé conformément aux lignes directrices professionnelles. L'Ordre a établi une politique à l'intention des médecins en ce qui concerne la facturation de services non assurés à des patients.

4.7 La COVID-19 continue d'avoir des répercussions sur les chirurgies en consultation externe

Les chirurgies en consultation externe ont été fortement touchées par la pandémie de COVID-19 à partir de la mi-mars 2020, date à laquelle il a fallu annuler et reporter des chirurgies non urgentes, dont plusieurs sont des chirurgies en consultation externe. Il y a eu des périodes au cours desquelles les cas de COVID-19 ont diminué en août 2020, mais l'Ontario a dû faire face à une autre hausse du nombre de cas l'année suivante (autour des mois de mars et avril 2021), qui a mené finalement à d'autres annulations et retards dans les chirurgies en consultation externe.

Figure 17 : Temps d'attente (jours) pour une chirurgie en consultation externe, 2019-2020, 2020-2021 et premier trimestre de 2021-2022

Source des données : Santé Ontario



4.7.1 Les temps d'attente des chirurgies en consultation externe continuent d'être longs pendant la COVID-19, ce qui entraîne une détérioration de l'état de santé des patients et des arriérés de chirurgies

Ainsi qu'il en est fait mention à la **section 4.1.1**, les soins aux patients en consultation externe ont subi l'impact de la pandémie de COVID-19 et de la directive émise deux fois par le médecin hygiéniste en chef (MHC) à tous les fournisseurs de soins de santé de l'Ontario afin de préserver la capacité de dispenser des soins aux patients atteints de la COVID-19. Suivant cette directive, toutes les chirurgies non essentielles et non urgentes ont dû cesser ou leur nombre a dû être réduit au minimum pour que les hôpitaux aient une capacité suffisante pour traiter les patients atteints de la COVID-19. La directive du MHC s'est appliquée pour la première fois du 19 mars au 26 mai 2020. En 2021, le MHC a émis la directive une deuxième fois, avec application du 20 avril au 19 mai 2021. De nombreuses chirurgies en consultation externe ont été annulées ou retardées de nouveau après que la directive eut été émise une deuxième fois.

Nous avons examiné les temps d'attente des chirurgies qui sont couramment pratiquées en consultation externe et avons constaté que de

nombreux temps d'attente ont diminué au cours des trois premiers mois de 2021-2022. Toutefois, les temps d'attente pour la plupart des domaines de chirurgie demeurent plus longs que ce qu'ils étaient au 31 mars 2020. La **figure 17** présente des exemples de temps d'attente au 31 mars 2020, au 31 mars 2021 et au 30 juin 2021.

Nous avons discuté avec les fournisseurs de services de la façon dont les patients ont été touchés en raison des longs temps d'attente et des retards et annulations d'interventions chirurgicales en raison de la pandémie de COVID-19. Certaines de ces histoires de patients sont présentées à l'**annexe 4**. Ces histoires démontrent qu'en raison des annulations et des retards des chirurgies non urgentes, dont la plupart sont effectuées en consultation externe, pendant la COVID-19, de nombreux patients éprouvent de la difficulté à effectuer des activités quotidiennes en raison de douleurs intenses et d'une mobilité limitée, en plus de souffrir de complications liées à leurs maladies. Même si ces chirurgies ont repris graduellement en Ontario, les temps d'attente et l'arriéré de chirurgies demeurent longs.

Nos renseignements correspondent à un article publié récemment dans *The Lancet* (une revue médicale à comité de lecture) en février 2021. L'article fait état d'une étude qui s'est intéressée aux

répercussions de la COVID-19 sur les chirurgies non urgentes en mettant l'accent sur le remplacement articulaire, qui est l'un des types courants de chirurgies non urgentes pouvant être effectuées en consultation externe. Plus précisément, l'article a démontré qu'il [traduction] « faudra sans aucun doute de nombreuses années pour saisir toutes les conséquences du report des remplacements articulaires, tant en ce qui concerne les résultats à long terme pour la santé des patients que les coûts pour les systèmes de santé et les sociétés ». L'article a cité le remplacement articulaire en exemple, affirmant que les patients en attente d'un remplacement articulaire souffrent souvent de [traduction] « douleurs débilitantes qui compromettent la mobilité et nuisent aux activités quotidiennes ». L'article a également souligné que [traduction] « le report de la chirurgie chez les patients atteints de la maladie la plus grave peut mener à des chirurgies plus compliquées, à une consommation accrue de médicaments, à une convalescence plus difficile et à des résultats moins bons, notamment une hausse des taux de reprise d'une intervention et une diminution de la qualité de vie. Selon une étude récente, la probabilité de résultats moins bons est 50 % plus élevée lorsque la chirurgie est retardée de plus de six mois — ce qui est beaucoup moins long que ce que des milliers de patients ont déjà attendu. »

Comme nous l'avons mentionné dans notre audit de l'optimisation des ressources de 2021 sur les soins cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux (AVC), étant donné que de nombreux patients ne se faisaient pas soigner pour des affections moins graves, le nombre de ces patients « manquants » est inconnu, ce qui signifie que les temps d'attente (ainsi qu'il est indiqué à la **figure 17**) ne rendent probablement pas compte de la croissance réelle des besoins de la population ontarienne pendant la COVID-19. Bien que l'on ne sache pas encore quels seront les besoins de ces patients « manquants » et les répercussions sur les chirurgies en consultation externe au cours des prochaines années, ces besoins et répercussions auront probablement pour effet d'alourdir le fardeau des hôpitaux de l'Ontario à l'avenir.

4.7.2 Capacité inutilisée du système de soins de santé disponible pour aider à éliminer l'arriéré des chirurgies

Bien que le Ministère ait commencé à prendre des mesures pour éliminer l'arriéré des chirurgies, par exemple en fournissant un financement ponctuel pour augmenter le nombre de chirurgies réalisées, comme il est mentionné à la **section 2.2.2**, une partie de la capacité disponible du système de soins de santé demeure inutilisée ou sous-utilisée.

Des discussions avec des hôpitaux publics, un hôpital privé et des ÉSA qui offrent des chirurgies en consultation externe nous ont permis de constater que, même si certains de ces organismes ont encore une capacité disponible inutilisée, ils ne sont pas en mesure actuellement de réaliser des chirurgies supplémentaires. Cela s'explique souvent par des contraintes de financement et de ressources (c'est-à-dire la dotation) ou par un nombre de chirurgies prédéterminé qui limite le nombre de chirurgies assurées qu'ils peuvent effectuer.

Par exemple, un article de recherche publié en mai 2021 dans Longwoods (qui publie des rapports universitaires et scientifiques, des commentaires et de l'information sur les services de santé) a examiné les coûts des chirurgies de la cataracte avant la COVID-19 au Kensington Eye Institute, l'un des établissements de santé autonomes offrant des chirurgies en consultation externe en Ontario. Cet article a souligné que le nombre de chirurgies de la cataracte au Kensington Eye Institute en 2019 se situait à environ 50 % de sa capacité en raison des limites de financement.

Nous avons également appris que l'un des principaux défis auxquels font face les fournisseurs de services de chirurgie en consultation externe est le manque de clarté concernant le financement futur. Ainsi, un fournisseur a indiqué qu'il pourrait fournir une capacité supplémentaire, mais que pour ce faire, il devrait engager des dépenses en immobilisation qui ne seraient pas remboursées par le Ministère. Il est trop risqué pour lui d'engager ces dépenses en immobilisation pour fournir une capacité

supplémentaire sans aucune garantie de financement futur.

Le 28 juillet 2021, le gouvernement de l'Ontario a annoncé qu'il intensifierait ses efforts pour réduire les temps d'attente des chirurgies en versant au système de soins de santé un nouveau financement pouvant atteindre 324 millions de dollars en 2021-2022. De cette somme, 216 millions de dollars sont consacrés aux hôpitaux pour prolonger les heures d'ouverture des salles d'opération en soirée et les week-ends afin d'effectuer jusqu'à 67 000 chirurgies supplémentaires. Dans le cadre de l'annonce, le gouvernement a ajouté qu'il travaillerait avec Santé Ontario et les hôpitaux pour déterminer quels hôpitaux pourraient accroître leurs activités chirurgicales en fonction de leur situation locale. Il s'agit d'une occasion pour le Ministère et Santé Ontario de déterminer là où il existe une capacité et une demande en matière de chirurgies en consultation externe ainsi que de longs temps d'attente. Le Ministère et Santé Ontario peuvent ensuite se servir de cette information pour octroyer à l'avenir un financement visant à réduire les temps d'attente de longue date qui existaient avant la COVID-19, comme il est expliqué à la **section 4.1.1**.

RECOMMANDATION 13

Pour éliminer de manière efficace et efficiente l'arriéré des chirurgies en consultation externe, le ministère de la Santé doit :

- recueillir régulièrement des renseignements auprès des fournisseurs actuels de services de chirurgie en consultation externe, à savoir les hôpitaux publics, les établissements de santé autonomes et les hôpitaux privés, afin de déterminer la capacité inutilisée sans qu'il soit nécessaire de verser des fonds publics supplémentaires couvrant les dépenses en immobilisations;
- attribuer tout volume de chirurgies supplémentaires et le financement qui s'y rapporte aux fournisseurs par la voie d'une entente de financement pluriannuelle afin

d'éliminer l'arriéré de chirurgies dans les délais établis.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Les rapports dont est assorti le Programme d'objectifs en matière d'efficacité des soins chirurgicaux de Santé Ontario recueillent des données auprès des hôpitaux sur les mesures clés en matière d'efficacité des soins chirurgicaux, y compris la mesure dans laquelle les hôpitaux tirent parti du temps de salle d'opération. Des renseignements sur la capacité et les ressources chirurgicales disponibles dans les hôpitaux sont également recueillis et examinés par les cinq comités régionaux sur la reprise des interventions chirurgicales de Santé Ontario. Le Ministère s'efforcera également de recueillir périodiquement des renseignements auprès d'autres fournisseurs de services en consultation externe (les établissements de santé autonomes et l'hôpital privé qui effectue des chirurgies en consultation externe).

Le Ministère reconnaît l'importance d'un financement pluriannuel assuré pour permettre aux fournisseurs de soins de santé de relever les principaux défis liés à la reprise des soins de santé et poursuivra ses efforts dans ce sens en tenant compte des considérations et des paramètres du processus de planification pluriannuelle du gouvernement.

Annexe 1 : Établissements de santé autonomes réalisant des chirurgies en consultation externe

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Établissements de santé autonomes (ÉSA)	Domaine de spécialité	Exemples de chirurgies financées par l'État réalisées dans des ÉSA spécifiques
Kensington Eye Institute	Ophtalmologie	Chirurgies de la cataracte, chirurgies du glaucome, greffes de cornée et chirurgies vitréo-rétiniennes.
Stein Surgical Centre inc.	Ophtalmologie	Chirurgies de la cataracte, chirurgies oculaires au laser et chirurgies oculaires générales.
McLean Clinic	Chirurgie plastique	Chirurgies plastiques, comme la réduction mammaire ou la rhinoplastie à des fins médicales et la chirurgie de réassignation sexuelle (sein).
The Plastic Surgery Clinic Inc.	Chirurgie plastique	Chirurgies plastiques, comme la réduction mammaire ou la rhinoplastie à des fins médicales.
Rosedale Centre for Plastic Surgery	Chirurgie plastique	Chirurgies plastiques, comme la réduction mammaire à des fins médicales et l'ablation des cancers de la peau.
Optimum Medispa	Chirurgie plastique	Chirurgies plastiques, comme une reconstruction mammaire après mastectomie et des greffes cutanées.
Dr Leonard Harris	Chirurgie plastique	Chirurgies plastiques, comme la rhinoplastie à des fins médicales.
Niagara Plastic Surgery Centre	Chirurgie plastique	Chirurgies plastiques, comme la réduction mammaire à des fins médicales et l'ablation des cancers de la peau.
Cosmetic Surgery Clinic of Waterloo	Chirurgie plastique	Chirurgies plastiques, comme une reconstruction mammaire après mastectomie.
Astra Minimally Invasive Surgery Unit	Gynécologie	Services de gynécologie, comme les opérations plastiques tubaires (fibrinolyse, salpingostomie), les biopsies, les myomectomies et les avortements.

Annexe 2 : Critères d'audit

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

-
1. Il existe entre le ministère de la Santé, Santé Ontario et les fournisseurs de services une coordination efficace qui permet de veiller à ce que les patients aient un accès équitable et rapide aux chirurgies en consultation externe, peu importe où ils vivent.
-
2. Les rôles et les responsabilités de tous les intervenants dans la prestation des services de chirurgie en consultation externe sont clairement définis et des exigences en matière de reddition de comptes sont établies pour assurer la prestation, la coordination et la surveillance efficaces des services.
-
3. Le financement et les établissements pour les chirurgies en consultation externe sont attribués en fonction des besoins des patients, utilisés aux fins prévues et gérés dans le respect des principes d'économie et d'efficacité.
-
4. Des données opérationnelles suffisantes, exactes et opportunes sont recueillies et évaluées périodiquement pour orienter la prise de décisions de gestion au ministère de la Santé et à Santé Ontario.
-
5. Des mesures et des cibles de rendement appropriées sont établies et font l'objet d'un suivi constant par rapport aux résultats réels, afin que les résultats attendus soient atteints et que des mesures correctives soient prises en temps opportun lorsque des problèmes sont décelés.
-

Annexe 3 : Organisations contactées

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Type d'organisation	Organisation	Région
Hôpital public	Centre des sciences de la santé de Kingston	Est
	Centre des sciences de la santé de London	Ouest
	Hôpital général de North York	Centre
	St. Joseph's Health Care, London	Ouest
	Hôpital d'Ottawa	Est
	Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay	Nord
	Réseau universitaire de santé	Toronto
	Réseau de santé William-Osler	Centre
	Hôpital Women's College	Toronto
Établissement de santé autonome	Astra Minimally Invasive Surgery Unit	Centre
	Kensington Eye Institute	Toronto
	McLean Clinic	Centre
	Stein Surgical Centre inc.	Toronto
Hôpital privé	Don Mills Surgical Unit	Centre

Annexe 4 : Histoires de patients liées aux longs temps d'attente et aux délais attribuables à la COVID-19

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Exemple	Domaine de spécialité	Histoire de patients
Patient A	Ophthalmologie	La patiente A a dû subir une trabéculéctomie pour un glaucome dans un œil. Elle avait été initialement évaluée en janvier 2020, date à laquelle elle était traitée pour stabiliser son glaucome jusqu'à la chirurgie. Sa chirurgie a d'abord été retardée en raison de la pandémie de COVID-19, puis en raison de la nervosité de la patiente à l'idée de se rendre dans un hôpital pour une réévaluation et une chirurgie dans les mois suivants. Elle a choisi de se présenter à l'hôpital en octobre 2020, son niveau de confort le lui ayant alors permis, mais à ce moment-là sa perte de la vision auparavant modérée était avancée et répondait à la définition d'oeil aveugle. Sa chirurgie a été effectuée trois semaines après la réévaluation pour stabiliser son état, mais la perte de vision n'était pas réversible.
Patient B	Urologie	Le patient B a été informé qu'il avait besoin d'une urétroplastie en 2020 pour traiter un problème de rétrécissement de l'urètre. La chirurgie, qualifiée de non urgente, a été retardée en raison de la COVID-19. Le patient a ensuite atteint un point où son urine lui remontait dans les reins, ce qui a entraîné une insuffisance rénale aiguë. En 2021, l'urologue a dû faire venir le patient d'urgence pour soulager l'obstruction, mais le retard lui a causé des dommages permanents aux reins.
Patient C	Hanche	Le patient C a commencé à ressentir une douleur aiguë à la hanche en avril 2020. Il a tenté de gérer lui-même la douleur, mais sans succès. En janvier 2021, on lui a diagnostiqué une arthrose de la hanche osseuse et on l'a informé que le temps d'attente pour une chirurgie pouvait au mieux être de six à douze mois. Le patient C a commencé à avoir des idées suicidaires en février 2021 et c'est à ce moment-là que sa conjointe a défendu ses droits en exigeant une date de chirurgie accélérée; il a finalement été conduit en salle d'opération à titre prioritaire en mars 2021. Le patient C a dit : [traduction] « Je me demande combien d'autres personnes sont dans cette situation et n'ont personne pour les défendre. J'ai l'impression que le système a échoué si un patient est amené à attendre de six à douze mois avec un niveau de douleur similaire à celui que j'éprouvais. »
Patiente D	Cancer du sein (reconstruction mammaire)	Après avoir été traitée pour un cancer du sein en 2020, la patiente D a eu besoin d'une chirurgie de reconstruction mammaire. La chirurgie a été reportée en 2020 en raison de la COVID-19 et fixée au mois de mai 2021, puis repoussée à nouveau en raison de la directive provinciale alors en place. Fort contrariée par le fait que sa chirurgie de reconstruction ne répondait pas aux critères d'admissibilité et qu'elle ne pouvait donc être réalisée lorsque la directive provinciale de mettre fin aux chirurgies non urgentes a été émise pour la première fois en mars 2019, la patiente a expliqué qu'elle souffrait beaucoup et qu'elle devait continuer à prendre des médicaments pour contrôler la douleur. Elle a subi sa chirurgie en juin 2021.
Patient E	Ophthalmologie	Le patient E est diabétique et le déclin de ses fonctions cognitives s'est traduit par une démence légère. Atteint de cataractes aux deux yeux, il a subi sa première opération de cataracte en mars 2021. Sa deuxième opération a été reportée conformément à la directive de l'Ontario sur les interventions non urgentes, mais elle a finalement été réalisée à la fin du mois de mai 2021. Pendant ce temps, il lui a été difficile d'atteindre l'équilibre dans ses activités de tous les jours, puisqu'il avait subi une intervention à un œil seulement alors qu'il voyait flou de l'autre œil et était désorienté du fait des cataractes.



Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

20, rue Dundas Ouest, bureau 1530
Toronto (Ontario)
M5G 2C2
www.auditor.on.ca

ISSN 1911-7078 (En ligne)
ISBN 978-1-4868-5680-0
(PDF, 2021 ed.)

Photos en couverture :
© iStockphoto.com/YakobchukOlena