



Rapport du Vérificateur général du Québec  
à l'Assemblée nationale pour l'année 2018-2019

Mai 2018

## Audit de performance et observations du commissaire au développement durable

# Services chirurgicaux

Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Hôpital de Chicoutimi (Centre intégré universitaire de santé  
et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean)  
Hôpital général juif (Centre intégré universitaire de santé  
et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal)  
Hôpital régional de Saint-Jérôme (Centre intégré de santé  
et de services sociaux des Laurentides)

CHAPITRE

6



# Faits saillants

## Objectifs des travaux

En 2015-2016, quelque 635 000 chirurgies ont été effectuées dans les blocs opératoires du Québec, pour des dépenses directes de 1,9 milliard de dollars.

Nos travaux visaient :

- à nous assurer que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) prend des mesures pour optimiser l'accès aux services chirurgicaux, leur qualité ainsi que l'utilisation des ressources, qu'il effectue le suivi de leurs résultats, apporte les ajustements nécessaires et fait preuve de transparence en ce qui a trait à ces activités ;
- à évaluer si les établissements audités ont mis en œuvre des mesures pour assurer l'accès aux services chirurgicaux, leur qualité ainsi que l'utilisation optimale des ressources, et qu'ils déterminent et instaurent des mesures correctrices au besoin.

Le rapport entier est disponible au [www.vgq.qc.ca](http://www.vgq.qc.ca).

## Résultats de l'audit

Nous présentons ci-dessous les principaux constats que nous avons faits lors de l'audit concernant les services chirurgicaux.

**La statistique suivie par le ministère sur le délai d'attente pour une chirurgie constitue une partie importante, mais incomplète, de l'ensemble du temps d'attente d'un patient.** Les données utilisées pour le calcul de ce délai ne sont pas fiables.

**Bien que la virulence de certaines maladies requière une intervention plus rapide, les cibles établies par le ministère sur les délais à respecter pour pratiquer une chirurgie ne tiennent pas compte de l'urgence de réaliser celle-ci.** De plus, une partie importante des patients en oncologie attendent plus de 28 jours pour une chirurgie, ce qui ne respecte pas la cible déterminée par le ministère.

**Le MSSS n'a pas de vision globale de la répartition optimale des services chirurgicaux.** Une telle vision lui permettrait, entre autres, d'assurer une offre optimale qui tiendrait compte des besoins en fonction des particularités de chacun des établissements. De plus, le financement des services chirurgicaux ne considère pas suffisamment les besoins de la population et les soins à lui prodiguer ; il est plutôt établi sur une base historique.

**Les blocs opératoires sont vétustes dans deux des trois centres hospitaliers audités.** De plus, des équipements de chirurgie et de stérilisation ayant atteint leur durée de vie utile sont encore utilisés dans ces centres hospitaliers.

**Pendant de nombreuses années, le ministère a apporté peu de soutien aux établissements quant à l'informatisation des activités de la trajectoire chirurgicale.** Dans l'ensemble du réseau, il existe une multiplicité de systèmes d'information et de bases de données qui ne sont pas intégrés ni compatibles. Une telle intégration et une telle compatibilité amélioreraient l'efficacité de la trajectoire chirurgicale.

**La gestion de la préadmission des patients, le fonctionnement journalier au bloc opératoire ainsi que l'utilisation des salles d'opération et de la salle de réveil pourraient être améliorés dans les trois centres hospitaliers audités.**

**Deux des trois centres hospitaliers audités réduiraient leurs coûts de fonctionnement par une meilleure gestion des fournitures et des instruments du bloc opératoire.**

**Plusieurs indicateurs permettent d'évaluer la performance de la trajectoire chirurgicale, mais ils sont peu utilisés dans les centres hospitaliers audités.** Nous avons dû déployer des efforts considérables pour rendre l'information comparable. L'adoption d'indicateurs standards permettrait de mesurer la performance des centres hospitaliers et de les comparer dans une perspective d'amélioration.

## Recommandations

Le Vérificateur général a formulé des recommandations à l'intention du MSSS, de l'Hôpital de Chicoutimi, de l'Hôpital général juif et de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme. Celles-ci sont présentées intégralement ci-contre.

Les entités auditées ont eu l'occasion de transmettre leurs commentaires, qui sont reproduits dans la section Commentaires des entités auditées.

Nous tenons à souligner qu'elles ont adhéré à toutes les recommandations.

### Recommandations au ministère

- 1** Revoir la méthode de calcul des délais d'attente et les cibles, et contrôler la qualité des données utilisées.
- 2** Établir une répartition optimale de l'offre de services chirurgicaux et la mettre en œuvre.
- 3** Réviser le mode de financement afin qu'il soit en lien avec les soins prodigués aux patients.
- 4** Instaurer des mécanismes d'échange et de diffusion des meilleures pratiques en matière de services chirurgicaux dans l'ensemble du réseau, lesquels visent à améliorer l'utilisation de ces pratiques.
- 5** Soutenir les établissements en matière d'informatisation de la trajectoire chirurgicale.
- 8** Mettre en place des mécanismes pour s'assurer de la qualité des données servant à mesurer la performance et la qualité des soins, et pour s'assurer de l'uniformité dans l'interprétation et le traitement de ces données.

---

### Recommandations au ministère et aux établissements audités

- 6** S'assurer de l'efficacité des stratégies d'intervention afin d'améliorer l'état des immobilisations et des équipements utilisés pour les services chirurgicaux.
- 9** Élaborer des mesures d'évaluation de la performance et de la qualité des soins offerts sur la trajectoire chirurgicale, les mettre en œuvre et en faire le suivi périodique.
- 10** Entreprendre des démarches, en collaboration avec les établissements, afin d'avoir accès aux données de la Régie de l'assurance maladie du Québec concernant les services chirurgicaux réalisés et, pour une meilleure gestion des fonds publics, considérer les coûts liés à ces services si cela est nécessaire.

---

### Recommandation aux établissements audités

- 7** Analyser en cogestion les étapes de la trajectoire chirurgicale, de l'inscription du patient sur la liste d'attente jusqu'à son retour à domicile, afin de déterminer les améliorations possibles et d'apporter les correctifs nécessaires.
-

# Table des matières

## Audit de performance

<b>1 Mise en contexte</b>	<b>6</b>
<b>2 Résultats de l'audit</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Temps d'attente pour une chirurgie</b>	<b>10</b>
Intégralité du temps d'attente	
Méthode de calcul du délai d'attente et qualité des données	
Cibles nationales	
Respect des cibles pour une chirurgie	
Recommandation	
<b>2.2 Mesures de soutien du ministère</b>	<b>22</b>
Organisation de l'offre de services sur le territoire	
Financement	
État des immobilisations et des équipements	
Échange, diffusion et utilisation des meilleures pratiques	
Systèmes d'information	
Recommandations	
<b>2.3 Trajectoire chirurgicale</b>	<b>32</b>
Fonctionnement	
Gestion des fournitures et des instruments	
Recommandation	
<b>2.4 Évaluation de la performance</b>	<b>43</b>
Mesure de la performance dans les centres hospitaliers	
Suivi du ministère	
Recommandations	

## Observations du commissaire au développement durable

**48**

Commentaires des entités auditées **55**

Annexes et sigles **61**

## Équipe

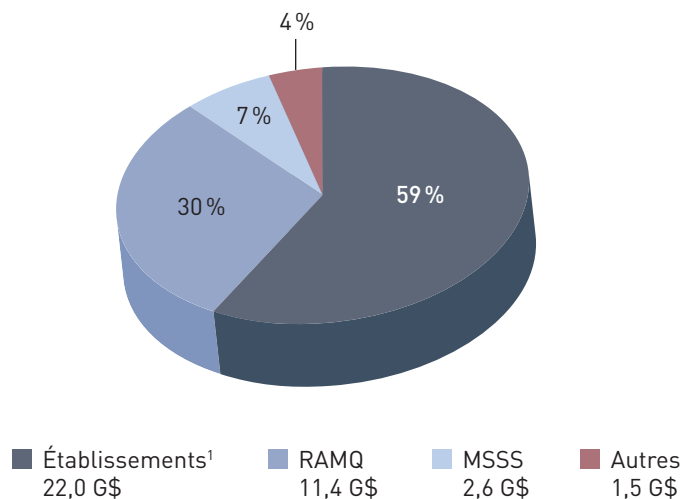
Alain Fortin  
Directeur principal d'audit  
Carole Bédard  
Directrice d'audit  
Jean-François Bélanger  
France Bêty  
Ida Thais Bindutiye  
Laurence Harvey  
Nicolas Pellerin  
Fabienne Richer  
Sébastien Tessier

# 1 Mise en contexte

1 Les services chirurgicaux fournis dans les centres hospitaliers permettent d'offrir des traitements spécialisés pour combattre et solutionner des problèmes de santé complexes. Ils exigent un effort financier important de la collectivité. Ils doivent être bien organisés, tant sur le plan de l'optimisation des activités dans les centres hospitaliers que sur le plan de l'offre de services sur le territoire, afin que le meilleur accès possible à la population soit garanti. Dans un contexte où le vieillissement graduel de la population et les progrès médicaux favorisent l'augmentation continue de la demande pour les services chirurgicaux, il est encore plus important de bien gérer ce type de services afin de répondre aux besoins présents et futurs.

2 Au 31 mars 2016, les dépenses totales du secteur de la santé et des services sociaux ont représenté une somme de 37,5 milliards de dollars, laquelle inclut notamment la rémunération des médecins qui est versée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). La figure 1 présente la répartition de ces dépenses.

**Figure 1** Dépenses du secteur de la santé et des services sociaux en 2015-2016



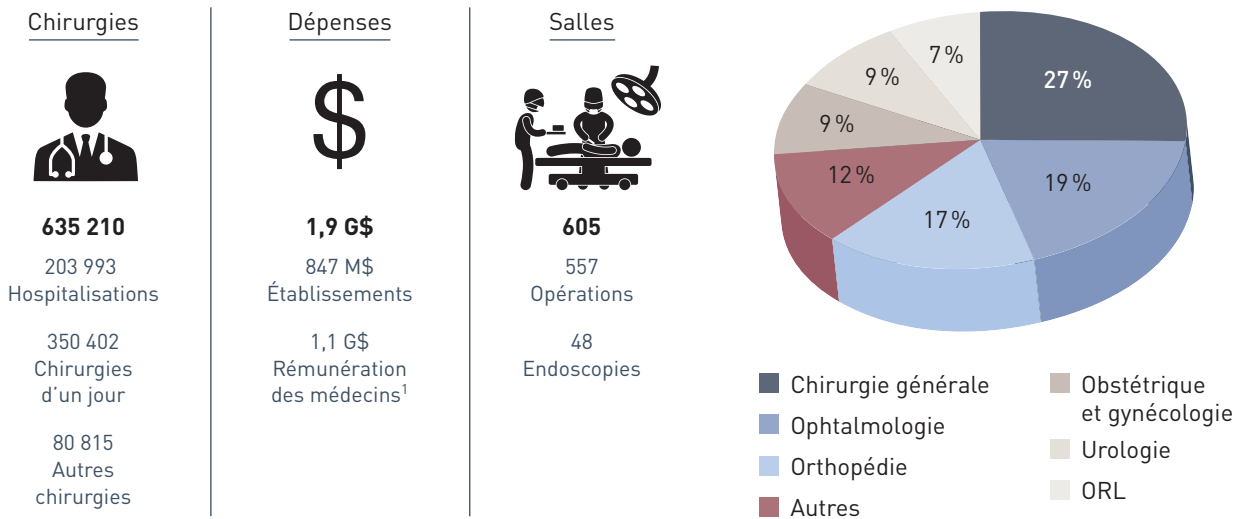
1. Il s'agit de 34 établissements de santé et de services sociaux et de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik.

MSSS - Ministère de la Santé et des services sociaux

3 En 2015-2016, quelque 635 000 chirurgies ont été effectuées dans les blocs opératoires du Québec, pour des **dépenses directes d'établissement** de 847 millions de dollars. La majorité d'entre elles étaient des chirurgies électorales (planifiées), alors que les autres (31%) représentaient des chirurgies urgentes (nécessaires à la survie des patients et réalisées rapidement). Certaines nécessitent une hospitalisation (32%), d'autres non (chirurgies d'un jour). La figure 2 présente quelques données sur les chirurgies effectuées en 2015-2016.

Les dépenses directes d'établissement sont des dépenses associées directement à l'intervention. Elles excluent les coûts indirects, tels que ceux en lien avec le séjour hospitalier.

**Figure 2 Chirurgies effectuées au Québec en 2015-2016 et répartition par spécialités**



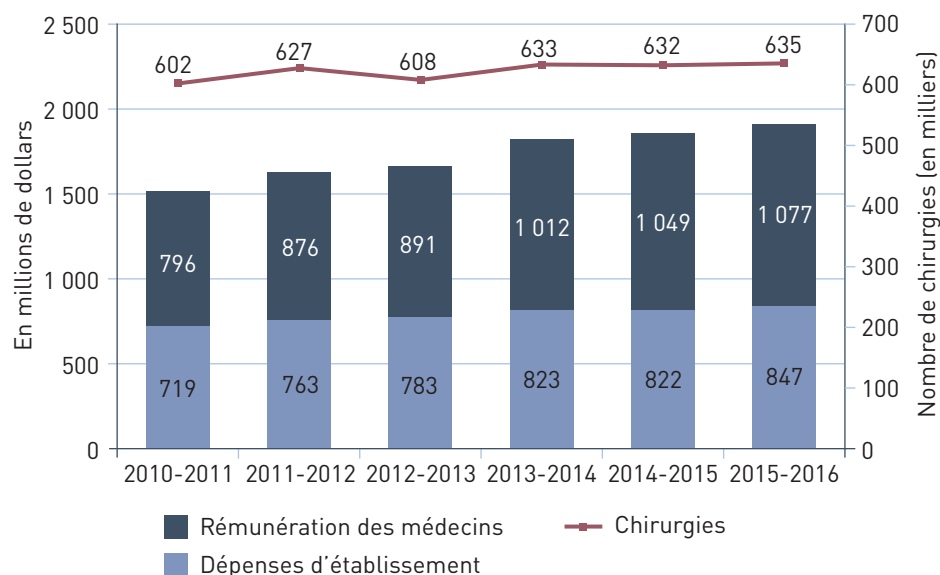
1. Il s'agit de la rémunération relative à la chirurgie, à l'anesthésiologie et à l'assistance opératoire qui est versée par la RAMQ.

Sources : MSSS, RAMQ.

ORL Oto-rhino-laryngologie

4 Comme le montre la figure 3, au cours des derniers exercices, l'évolution des dépenses est beaucoup plus importante que la variation du nombre de chirurgies. Sur une période de six ans, le nombre de chirurgies a augmenté de 5,5%, comparativement à une croissance des dépenses directes d'établissement pour les chirurgies de 17,9% et à une hausse de la rémunération des chirurgiens et des anesthésiologistes, y compris l'assistance opératoire, de 35,2%.

**Figure 3 Nombre de chirurgies, dépenses d'établissement et rémunération des médecins pour les services chirurgicaux au Québec**



Sources : MSSS, RAMQ.

5 Au cours des dernières années, différentes actions pouvant avoir un impact sur le fonctionnement des blocs opératoires ont été entreprises. En voici certaines.

- 
- 2008 et 2009 ■ Un groupe de travail composé du MSSS et de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) a été créé pour évaluer la performance de 23 blocs opératoires dans le réseau. Voici quelques constats relatifs aux travaux de ce groupe :
- Parmi les salles des blocs opératoires visités, 20 % demeuraient fermées.
  - Pour neuf blocs opératoires, seulement 60 % des salles étaient utilisées.
  - Plus de 50 % des établissements sous-utilisaient les services de préadmission.
  - Plus de 70 % des premières chirurgies du matin débutaient par un retard important.
- 
- 2011 ■ Le MSSS a publié le *Guide des bonnes pratiques au bloc opératoire*, basé sur les résultats de l'évaluation des 23 blocs opératoires.
- 
- 2015 et 2016 ■ La *Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée* (projet de loi n° 20) a été sanctionnée. Elle vise à améliorer entre autres l'accès aux médecins spécialistes, mais elle les expose à des sanctions financières en cas de non-respect des **obligations**. La FMSQ est d'avis que cette loi n'est pas la solution appropriée pour corriger les problèmes d'accessibilité.
- Le MSSS et la FMSQ ont signé une entente de principe qui prévoit un engagement gouvernemental de ne pas mettre en vigueur certaines dispositions du projet de loi n° 20 dans la mesure où les cibles d'accès aux services spécialisés prévues dans l'entente sont atteintes. Cette entente vise à augmenter l'accessibilité aux soins spécialisés puisqu'elle agit notamment sur :
    - l'amélioration de l'accès aux consultations avec un spécialiste selon les délais associés à la priorité clinique attribuée à un patient ;
    - la priorisation des interventions chirurgicales pour des patients en attente depuis plus d'un an.
- 
- 2017 ■ La *Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux* (projet de loi n° 130) a été sanctionnée. Elle a un impact sur la pratique des médecins exerçant dans un centre hospitalier, notamment quant aux obligations rattachées aux **privileges** qui leur sont accordés. Ces obligations doivent avoir pour objectif d'assurer la participation des médecins aux responsabilités de l'établissement, notamment en ce qui a trait à l'accès aux services, à leur qualité et à leur pertinence. Ces obligations doivent entrer en vigueur au plus tard en mai 2018.
- Un comité pour la négociation de la rémunération avec les médecins spécialistes a été mis en place. Les parties ont convenu d'inclure dans les discussions les modalités de travail liées à la pratique médicale, en particulier les obligations relatives à l'octroi des privilèges dans les établissements (projet de loi n° 130).
- 

Par exemple, les spécialistes ont notamment comme obligation de participer au mécanisme d'accès priorisé aux services spécialisés. À défaut pour un médecin de se conformer aux obligations prévues par la loi, celle-ci prévoit la réduction de sa rémunération.

Les privilèges en matière de pratique sont accordés à un médecin par le conseil d'administration d'un établissement. Ils déterminent la nature et le champ des activités médicales qu'un médecin est en droit d'exercer dans un département déterminé.



- 
- 2018
- Le gouvernement et la FMSQ ont signé un nouvel accord qui prévoit notamment la prolongation de l'entente de principe et repousse d'un an l'échéancier pour l'atteinte des cibles d'accès aux services spécialisés (projet de loi n° 20). Cet accord suspend aussi pour une période limitée l'ajout de certaines obligations rattachées aux privilèges prévus dans le projet de loi n° 130 et vient introduire un mécanisme de concertation pour établir ces obligations.
- 

6 Par ailleurs, la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* est entrée en vigueur en 2015. Cette loi a modifié l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux par l'abolition des agences et par la création de centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), lesquels sont issus de la fusion des anciens centres de santé et de services sociaux (CSSS). Les centres hospitaliers sont des installations des CISSS ou des CIUSSS.

7 À l'intérieur des établissements, les médecins ont un statut particulier. Contrairement aux autres professionnels, ils ne sont pas des employés de l'établissement. Ils doivent cependant respecter un certain nombre de règles en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. D'ailleurs, les directeurs des services professionnels et les chefs de département ont un rôle à jouer à l'égard du respect de ces règles, notamment quant à l'imposition de sanctions administratives.

8 Les entités auditées dans le cadre de notre audit sont le MSSS et les centres hospitaliers suivants :

- Hôpital de Chicoutimi (CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean) ;
- Hôpital général juif (CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal) ;
- Hôpital régional de Saint-Jérôme (CISSS des Laurentides).

9 Les rôles et responsabilités des entités auditées sont décrits à l'annexe 2 et leur portrait est présenté à l'annexe 3. Depuis la fusion, l'Hôpital de Chicoutimi fait partie des cinq hôpitaux ayant un bloc opératoire du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean. L'Hôpital général juif, pour sa part, est le seul hôpital ayant un bloc opératoire du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Quant au CISSS des Laurentides, il compte cinq hôpitaux ayant un bloc opératoire.

10 Les objectifs de l'audit, les critères d'évaluation ainsi que la portée des travaux sont présentés à l'annexe 1.

## 2 Résultats de l'audit

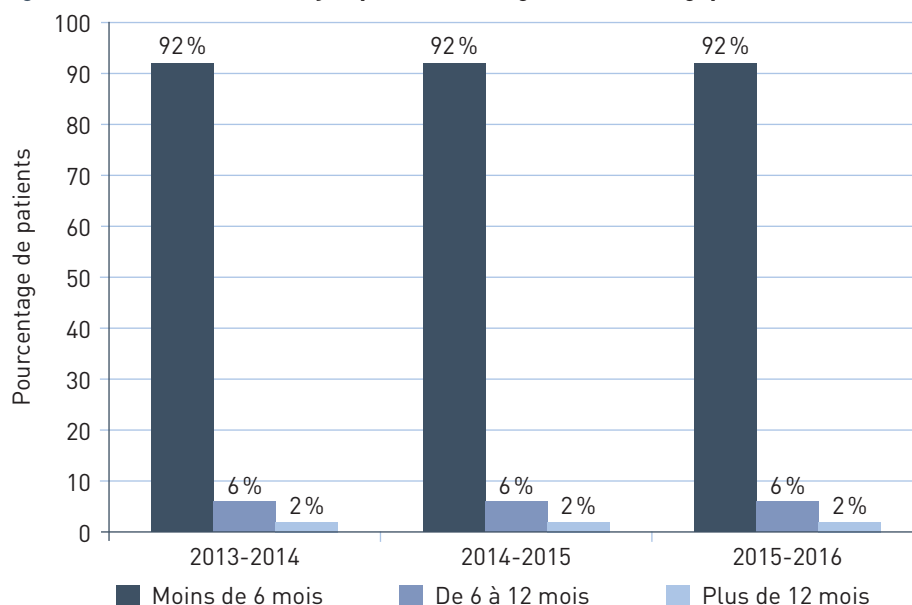
11 Les travaux se sont articulés autour de quatre axes, soit le temps d'attente pour une chirurgie, les mesures de soutien du ministère, la trajectoire chirurgicale et l'évaluation de la performance.

### 2.1 Temps d'attente pour une chirurgie

12 Depuis le 1<sup>er</sup> juin 2007, tous les établissements du Québec doivent inscrire les patients en attente d'une chirurgie élective sur une liste d'attente centralisée. La saisie des données est effectuée dans chacun des établissements, de l'inscription sur la liste jusqu'à l'enregistrement de la date de l'opération. À partir de l'information produite par les établissements, le MSSS collecte des données sur l'accès aux services spécialisés en chirurgie par l'intermédiaire du Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS). Il est à noter que, pour les chirurgies cardiaques, le ministère utilise un autre système. Celles-ci sont exclues des analyses effectuées dans la présente section.

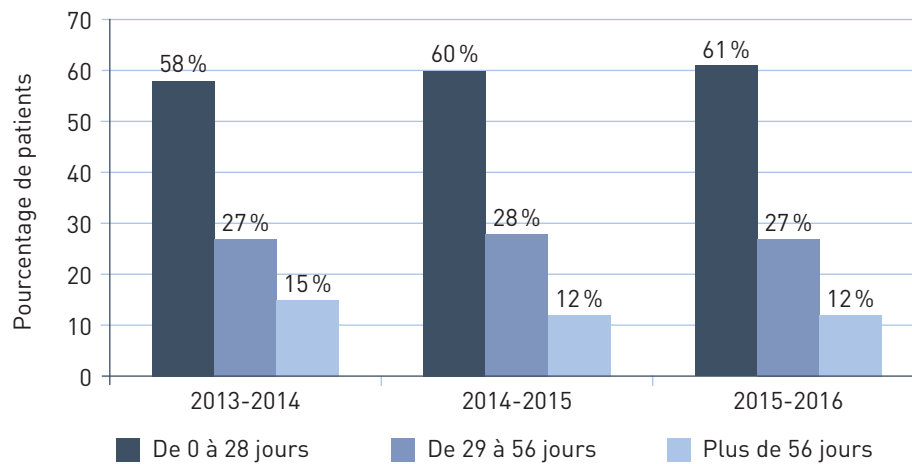
13 Le MSSS et les centres hospitaliers audités suivent l'évolution des listes d'attente pour une chirurgie et l'atteinte des cibles. Le ministère diffuse de l'information sur le nombre de chirurgies réalisées dans les délais et sur le nombre de chirurgies en attente. Voici les délais d'attente moyens pour les chirurgies réalisées du 1<sup>er</sup> avril 2013 au 31 mars 2016 (figures 4 et 5). Comme le montrent ces figures, l'évolution est plutôt stable. Les résultats doivent cependant être interprétés avec prudence, compte tenu des risques mentionnés dans la section portant sur la méthode de calcul du délai d'attente et la qualité des données.

**Figure 4** Délai d'attente moyen pour les chirurgies non oncologiques



Source : MSSS.

**Figure 5** Délai d'attente moyen pour les chirurgies oncologiques



Source : MSSS.

14 À des fins de gestion et afin de donner une information complète et pertinente à la population, il est intéressant de considérer l'intégralité du temps d'attente. Il faut aussi s'assurer que la méthode de calcul du délai d'attente et la qualité des données sont adéquates, que les délais sont assortis de cibles pertinentes et que celles-ci sont respectées.

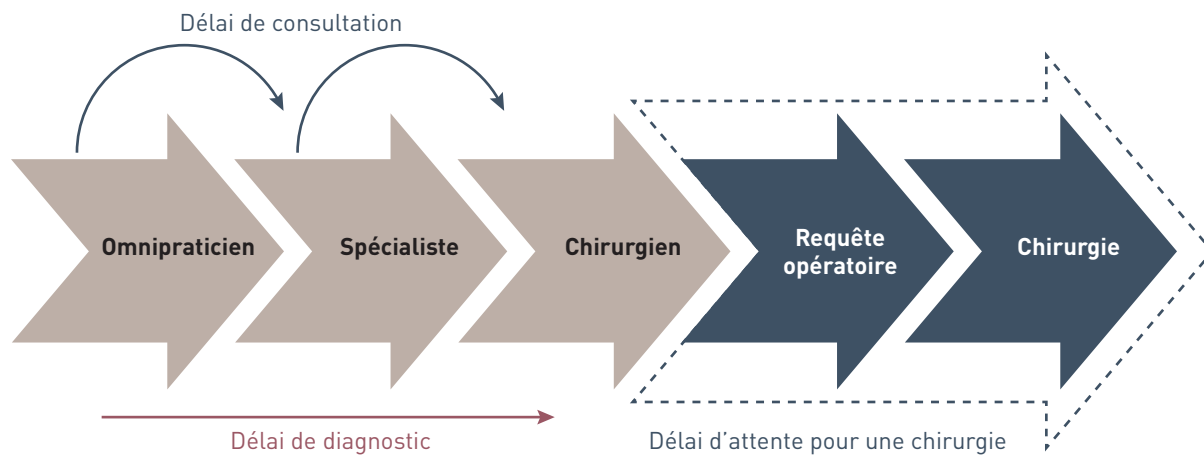
## Intégralité du temps d'attente

15 Lorsqu'une chirurgie est nécessaire, il est important d'y avoir recours au moment opportun pour prévenir la détérioration de l'état de santé du patient. Selon la maladie, de longs délais peuvent augmenter le risque de morbidité et de mortalité, la durée de séjour à l'hôpital et la détresse psychologique. De plus, des coûts peuvent être associés à une chirurgie tardive, tels que ceux liés à des complications postopératoires. Enfin, une chirurgie tardive peut nuire à la qualité de vie du patient et à ses chances de réhabilitation.

16 La statistique sur le délai d'attente pour une chirurgie qui est suivie par le ministère constitue une partie importante, mais incomplète, de l'ensemble du temps d'attente d'un patient.

17 La figure 6 présente les divers délais d'attente. Dans son suivi, le ministère considère seulement le dernier segment, soit le délai d'accès à la chirurgie (en pointillé). Ce délai débute par la décision du chirurgien d'opérer le patient.

**Figure 6 Divers délais d'attente jusqu'à la chirurgie**



Une requête opératoire est une demande d'accès à un service chirurgical effectuée par le chirurgien pour son patient. Elle sert au préenregistrement de ce dernier sur la liste d'attente. Elle contient notamment de l'information sur le patient, la date et l'heure désirées pour la chirurgie, le diagnostic pré-opératoire, l'intervention prévue, le nom du chirurgien et la durée prévue de l'intervention proposée.

18 Ainsi, bien que la mesure du délai d'attente pour une chirurgie électorale commence au moment où le médecin signe la **requête opératoire** et se termine à la réalisation de la chirurgie, il demeure que le chemin du patient pour arriver à la décision de réaliser une chirurgie peut être composé de plusieurs étapes entre lesquelles des délais peuvent s'ajouter. Il est à noter que ces délais ne s'appliquent pas lorsque l'état de santé du patient nécessite que celui-ci ait recours directement à l'urgence d'un hôpital. Voici ces délais.

Description		Délai d'attente <sup>1</sup>																								
<b>Première ligne : consultation de l'omnipraticien (médecin de famille)</b>																										
Inscription au guichet d'accès à un médecin de famille et attribution d'un omnipraticien	Une consultation avec un omnipraticien qui nécessite un suivi médical requiert généralement d'avoir un médecin de famille. Pour ce faire, le patient peut s'inscrire au guichet d'accès à un médecin de famille.	Le délai est de six mois à plus d'un an selon le niveau de priorité de santé qui est accordé au patient.																								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Priorité de santé</th> <th>Délai moyen d'attente</th> <th>Cible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3"><b>Patients prioritaires</b></td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>6 mois</td> <td>&lt; 7 jours</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>Plus d'un an</td> <td>≤ 14 jours</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>9 mois</td> <td>≤ 21 jours</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>Patients non prioritaires</b></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>11 mois</td> <td>≤ 1 mois</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>10 mois</td> <td>≤ 3 mois</td> </tr> </tbody> </table>	Priorité de santé	Délai moyen d'attente	Cible	<b>Patients prioritaires</b>			A	6 mois	< 7 jours	B	Plus d'un an	≤ 14 jours	C	9 mois	≤ 21 jours	<b>Patients non prioritaires</b>			D	11 mois	≤ 1 mois	E	10 mois	≤ 3 mois
Priorité de santé	Délai moyen d'attente	Cible																								
<b>Patients prioritaires</b>																										
A	6 mois	< 7 jours																								
B	Plus d'un an	≤ 14 jours																								
C	9 mois	≤ 21 jours																								
<b>Patients non prioritaires</b>																										
D	11 mois	≤ 1 mois																								
E	10 mois	≤ 3 mois																								
Consultation avec un omnipraticien	Une consultation de première ligne avec un omnipraticien est généralement nécessaire pour obtenir une première consultation avec un spécialiste.	L'information n'est pas disponible (aucun suivi du ministère).																								

Source : MSSS au 31 décembre 2017.

1. Les données proviennent du MSSS.

**Diagnostic par un omnipraticien** Des analyses, des tests de laboratoire et des examens (imagerie médicale, endoscopie, etc.) peuvent être requis pour poser un diagnostic. Le délai de diagnostic se compose du temps requis pour avoir un rendez-vous, obtenir les résultats et revoir le médecin.

Certains délais sont évalués, dont ceux relatifs au temps de réponse aux résultats diagnostiques en pathologie (suivis par la Direction générale de cancérologie) et ceux pour l'ensemble des examens d'imagerie médicale.

Par exemple, au 31 décembre 2017, un peu plus de 36 % des patients ont attendu plus de 90 jours pour une imagerie par résonance magnétique (IRM).

	90 jours et moins	Plus de 90 jours
IRM	63,8 %	36,2 %
TDM	83,2 %	16,8 %
Échographies mammaires	71,1 %	28,9 %
Échographies cardiaques	56,6 %	43,4 %
Échographies obstétricales	96,7 %	3,3 %
Autres échographies	55,2 %	44,8 %

Source : MSSS.

TDM Tomodensitométrie

### Deuxième ligne : consultation du spécialiste (qui peut être chirurgien)

**Consultation avec un spécialiste** Depuis octobre 2016, les centres de répartition des demandes de services (CRDS) sont le point de chute pour les demandes de consultation en médecine spécialisée effectuées par un omnipraticien.

Le délai moyen est de 5 à 124 jours selon le niveau de priorité médicale pour 9 des 26 spécialités (première phase d'implantation des CRDS).

Priorité médicale	Ensemble du Québec	Cible
A	4,6	≤ 3 jours
B	12,9	≤ 10 jours
C	38,5	≤ 28 jours
D	78,9	≤ 3 mois
E	124,1	≤ 12 mois

Les délais ne sont pas disponibles pour les autres spécialités, car l'implantation n'est pas réalisée. Les patients doivent généralement faire leurs propres démarches.

**Diagnostic par un spécialiste** Même si l'omnipraticien pose un diagnostic, le spécialiste, en vertu de sa pratique, doit le faire également. De plus, des consultations avec d'autres spécialistes peuvent être requises pour poser un diagnostic.

Les mêmes délais d'attente que ceux relatifs au diagnostic posé par un omnipraticien sont évalués.

## Méthode de calcul du délai d'attente et qualité des données

19 Du point de vue du patient en attente d'une chirurgie, le délai d'attente devrait s'amorcer dès que le chirurgien prend la décision de l'opérer. Il correspond au nombre de jours entre la date de signature de la requête opératoire et la date réelle de la chirurgie.

20 La méthode de calcul du délai d'attente est variable selon que la chirurgie est oncologique ou non. De plus, les données utilisées pour ce calcul ne sont pas de qualité.

21 Une fois la requête opératoire remplie par le chirurgien, elle est saisie ou transférée dans le système de gestion des chirurgies du centre hospitalier, qui alimente le système SIMASS.

22 D'abord, nous avons observé que la date de début du calcul du délai d'attente varie en fonction de la chirurgie. Comme il est indiqué dans une directive du ministère, le calcul débute à la signature de la requête opératoire pour les chirurgies oncologiques. Pour les autres chirurgies, il commence seulement au moment de l'inscription du patient sur la liste d'attente. Ainsi, pour ces chirurgies, le délai de transmission et le délai de saisie des requêtes opératoires n'entrent pas dans le calcul du ministère, même s'ils constituent tout de même des délais d'attente pour le patient (figure 7).

**Figure 7 Délais d'attente non inclus dans le calcul du ministère pour les chirurgies non oncologiques**



23 Afin d'évaluer le délai de transmission et le délai de saisie des requêtes opératoires pour les chirurgies non oncologiques, nous avons utilisé les données provenant du système SIMASS. Nous avons exclu les chirurgies oncologiques car, selon la directive du ministère, le délai d'attente pour celles-ci débute au moment de la signature de la requête. Nous avons ensuite comparé la date de signature de la requête enregistrée dans le système SIMASS par rapport à la date d'inscription du patient sur la liste d'attente. Le tableau 1 présente le nombre de jours d'écart par strate pour les trois centres hospitaliers audités du 1<sup>er</sup> avril 2013 au 31 mars 2016.

**Tableau 1 Proportion de requêtes selon le délai entre leur date de signature et la date d'inscription du patient sur la liste d'attente pour les chirurgies non oncologiques de 2013-2014 à 2015-2016**

	Hôpital de Chicoutimi	Hôpital général juif	Hôpital régional de Saint-Jérôme	Province
Le jour même	32%	33%	19%	40%
De 1 à 7 jours	57%	52%	52%	42%
De 8 à 14 jours	7%	7%	13%	8%
15 jours et plus	4%	8%	16%	10%

Source : MSSS.

24 Un autre élément que nous avons observé, c'est que plusieurs facteurs ont un impact sur l'exactitude du calcul du délai d'attente et sur le respect des cibles. Toutefois, peu de contrôles sont en place à l'égard de ceux-ci :

- inscription de la date de signature sur la requête opératoire et son exactitude ;
- validité de la date inscrite sur la liste d'attente ;
- validité de la période de non-disponibilité du patient pour des raisons **médicales** ou **personnelles** (la période de non-disponibilité fait qu'il y a un arrêt du décompte du nombre de jours d'attente).

25 Nous avons effectué des travaux pour vérifier l'inscription de la date de signature sur les requêtes opératoires ainsi que la validité de la date d'inscription du patient sur la liste d'attente qui est enregistrée dans le système SIMASS. À cet égard, nos travaux sur 40 cas par centre hospitalier révèlent qu'il y a des inexactitudes ou des incohérences dans l'information inscrite dans ce système. Voici des exemples :

- Pour l'Hôpital de Chicoutimi, l'information inscrite dans le système SIMASS est adéquate pour 22 des 40 requêtes analysées. Pour les 18 autres requêtes, il y a des écarts ou encore l'information ne peut être validée, dont 9 requêtes sans date.
- Pour l'Hôpital général juif, dans 55% des cas examinés, il y a incohérence de l'information, car la date de signature par le patient du formulaire de consentement à la chirurgie est antérieure à la date de signature de la requête inscrite dans le système.
- Enfin, à l'Hôpital régional de Saint-Jérôme, l'information inscrite dans le système SIMASS est cohérente pour 85% des cas analysés.

26 Dans un premier temps, nous avons estimé l'importance du nombre de périodes de non-disponibilité et de leur durée. Pour l'Hôpital de Chicoutimi et l'Hôpital régional de Saint-Jérôme, nos analyses révèlent qu'environ 19% des patients opérés ont eu une période de non-disponibilité et la durée moyenne de cette période était d'environ 81 jours. À l'Hôpital général juif, bien que la proportion de patients ayant une période de non-disponibilité soit peu élevée (3%), la durée moyenne était de 105 jours.

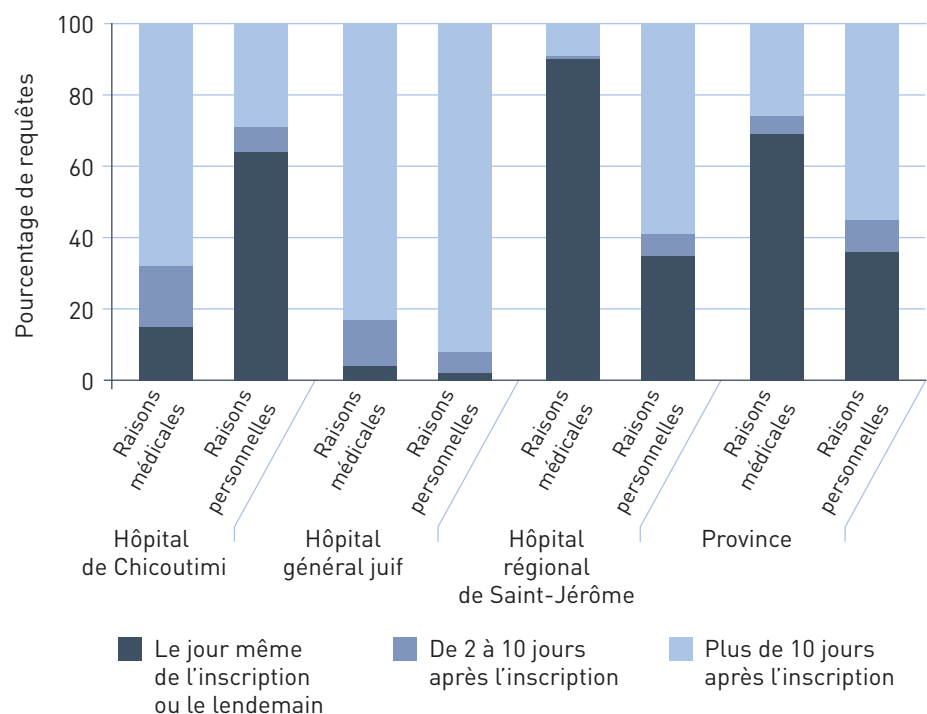
Le patient ne peut subir l'intervention lorsqu'une raison médicale l'en empêche, comme des traitements de chimiothérapie ou la maladie.

Le patient n'est pas disponible pour l'intervention pour des raisons personnelles, comme un voyage ou le mariage d'un parent.

27 Dans un deuxième temps, nous avons tenté d'évaluer la raisonnable de l'enregistrement de ces périodes de non-disponibilité. Certaines données soulèvent des questionnements, plus particulièrement lorsqu'une période de non-disponibilité du patient débute dès les premiers jours de son inscription sur la liste d'attente. Par exemple, comme le montre la figure 8, à l'Hôpital de Chicoutimi, 64 % des périodes de non-disponibilité pour des raisons personnelles débutent le jour même ou le lendemain de l'inscription du patient sur la liste d'attente. Les représentants du centre hospitalier nous ont informés qu'ils inscrivent une période de non-disponibilité lorsque le patient choisit entre trois dates qui lui sont proposées. Cela est conforme à l'interprétation du ministère qui juge que le refus des premières dates est « comme s'il [le patient] mentionnait qu'il n'est pas disponible pour les deux premières dates proposées ». Ce traitement est inapproprié.

28 À l'échelle provinciale, 69 % des patients non disponibles pour des raisons médicales le sont le jour même de l'inscription ou le lendemain. Selon le ministère, la non-disponibilité pour des raisons médicales est fréquente en oncologie en raison des traitements préalables. La proportion de périodes de non-disponibilité pour des raisons médicales relatives à des chirurgies oncologiques était de 4 % de 2013-2014 à 2015-2016.

**Figure 8** Proportion de requêtes selon le nombre de jours entre l'inscription du patient sur la liste d'attente et le début de sa période de non-disponibilité de 2013-2014 à 2015-2016



Source : MSSS.

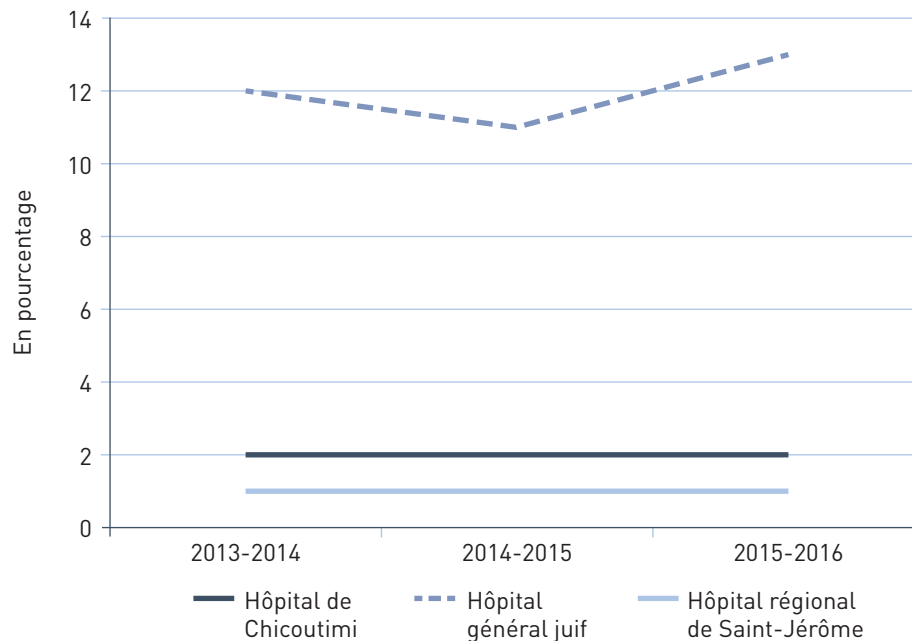


29 L'analyse d'un cas porté à notre attention a permis d'exposer le problème. Le patient a été enregistré comme non disponible pour des raisons personnelles dès son inscription sur la liste d'attente alors que, durant cette période, il a passé des tests et a assisté à une rencontre préparatoire. Le patient n'a pas été avisé de l'inscription d'une période de non-disponibilité à son dossier. Selon l'interprétation de l'hôpital, ce traitement est adéquat, car le calcul du délai commence seulement lorsque tous les bilans de santé et les rencontres préparatoires sont effectués. Nous ne sommes pas de cet avis, car l'ensemble des examens préopératoires nécessaires à la réalisation de la chirurgie fait partie du temps d'attente. Il s'agit d'un indicateur important pour ajuster l'accessibilité aux services.

30 D'autre part, il y a un manque d'uniformité entre les centres hospitaliers audités sur le plan de la saisie, de l'interprétation et du traitement des données dans le système de gestion des chirurgies, qui alimente le système SIMASS. Il est donc impératif que les définitions soient uniformisées pour l'information qui sert à mesurer l'accès aux services spécialisés, ce qui n'est pas le cas selon les analyses présentées dans la section Trajectoire chirurgicale.

31 Nos analyses démontrent que certaines requêtes sont supprimées dans le système de gestion des chirurgies. Bien que les centres hospitaliers audités aient invoqué diverses raisons, dont la création de requêtes en double, le nombre de requêtes supprimées, particulièrement pour l'Hôpital général juif, soulève des questionnements sur la qualité des données. La figure 9 présente l'évolution de la proportion de requêtes supprimées par rapport à l'ensemble des requêtes.

**Figure 9** Proportion de requêtes supprimées



Source : Centres hospitaliers audités.

32 Enfin, pour respecter les délais d'attente exigés, l'Hôpital général juif et l'Hôpital régional de Saint-Jérôme privilégient de limiter le nombre de patients inscrits sur la liste d'attente s'ils pensent ne pas être en mesure de les opérer dans le temps opératoire alloué aux chirurgiens. Pour ce faire, ces derniers sont invités à contrôler le nombre de nouveaux patients.

## Cibles nationales

33 Pour la période de notre audit, le ministère visait à ce que les chirurgies soient réalisées à l'intérieur des cibles suivantes :

- Pour les chirurgies oncologiques, 90 % devaient être réalisées à l'intérieur de 28 jours et 100 % dans les 56 jours, sans différenciation des types de cancers.
- Pour les autres chirurgies, 90 % devaient être réalisées à l'intérieur de 6 mois et 100 % dans l'année, sans différenciation des types de chirurgies.

34 Dans les comptes rendus des rencontres entre le sous-ministre et les présidents-directeurs généraux des établissements, l'information véhiculée depuis mars 2016 est que la totalité des autres chirurgies doit être réalisée à l'intérieur de six mois. Cependant, même si les engagements des établissements envers le MSSS pour garantir l'atteinte des cibles d'accès à la chirurgie sont prévus dans les ententes de gestion, selon le ministère, les cibles de six mois ne feront pas partie de la révision des ententes de gestion 2018-2019.

35 Les cibles nationales ne considèrent pas adéquatement l'urgence de réaliser la chirurgie.

36 Que ce soit pour une chirurgie oncologique ou encore pour une chirurgie non oncologique, en raison des conséquences potentielles des délais d'attente pour une chirurgie, la virulence de certaines maladies requiert une intervention plus rapide alors que, dans d'autres situations, l'intervention peut attendre plus longtemps sans causer de préjudices à la santé du patient. Ainsi, pour que les cibles soient plus pertinentes, elles devraient tenir compte de l'urgence de réaliser la chirurgie.

37 La volonté des établissements de vouloir respecter les **cibles** d'accès actuelles peut entraîner un effet pervers. Certains cas, qui devraient normalement être prioritaires, risquent d'être retardés au profit des cas moins urgents, seulement pour que les cibles soient respectées. Selon le MSSS, les cibles d'accès à la chirurgie sont générales plutôt qu'associées à la malignité, ce qui affecte la priorisation des chirurgies. D'ailleurs, un des centres hospitaliers audités mentionne qu'il préfère traiter les patients en fonction de leur état de santé plutôt qu'en fonction des cibles ministérielles. Mentionnons que le ministre a mandaté l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) afin qu'il détermine si d'autres administrations publiques ou organisations ont modulé les cibles pour les chirurgies oncologiques et les niveaux de priorisation relatifs à l'accès aux traitements. Ainsi, le MSSS pourrait moduler les cibles d'accès en fonction de la malignité tumorale.

L'Australie a conçu des catégories d'urgence pour les chirurgies électives. Trois délais (cibles) sont utilisés pour la priorisation des interventions :

- catégorie 1 : à l'intérieur de 30 jours ;
- catégorie 2 : à l'intérieur de 90 jours ;
- catégorie 3 : à l'intérieur de 365 jours.

## Respect des cibles pour une chirurgie

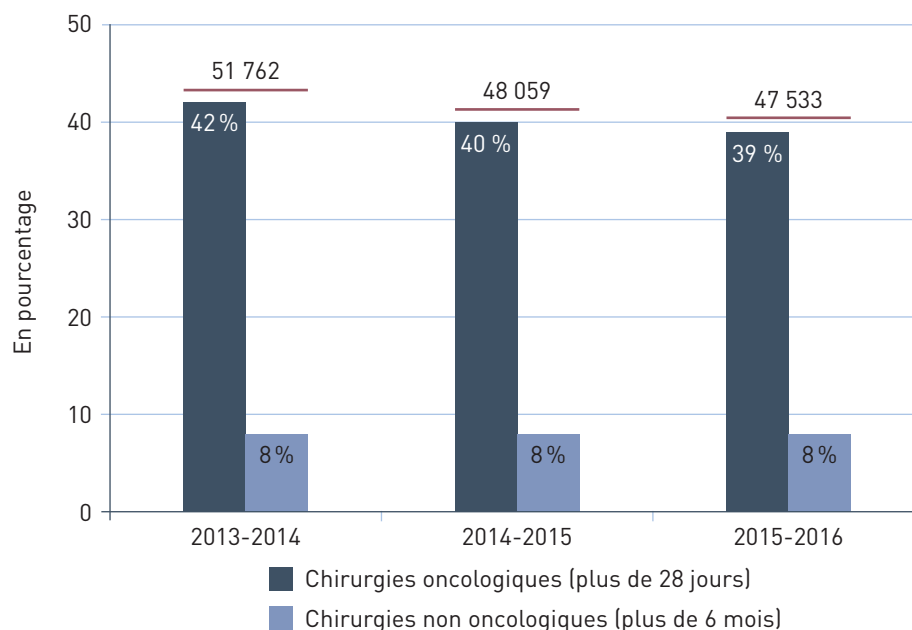
38 En raison des lacunes liées à la qualité des données et du fait que les cibles nationales n'ont pas été définies en fonction de l'urgence de réaliser la chirurgie, la pertinence d'évaluer le respect des cibles nationales en est diminuée d'autant. En effet, les résultats d'une telle analyse devraient être interprétés avec une très grande prudence. Malgré cela, nous trouvons intéressant d'effectuer une comparaison des délais d'attente avec certaines cibles afin de dresser un portrait global.

39 Pour ce faire, nous avons comparé les délais d'attente avec une cible de 6 mois pour les chirurgies non oncologiques et une cible de 28 jours pour les chirurgies oncologiques. Nous avons choisi ces cibles car, selon les cibles nationales du ministère, 90 % des chirurgies devaient être réalisées dans ces délais.

40 Selon les données du ministère, dans les trois centres hospitaliers audités et à l'échelle provinciale, une partie importante des patients attendent plus de 28 jours pour une chirurgie oncologique. Par ailleurs, la variation du temps d'attente des patients entre les centres hospitaliers audités soulève des préoccupations quant à l'accès aux services chirurgicaux.

41 Selon les données produites par le MSSS, environ 40 % des chirurgies oncologiques ont été réalisées après plus de 28 jours et 8 % des chirurgies non oncologiques ont été effectuées après plus de 6 mois, ce qui représente plus de 145 000 chirurgies sur trois ans. La figure 10 montre l'évolution de ces chirurgies électives pour la province.

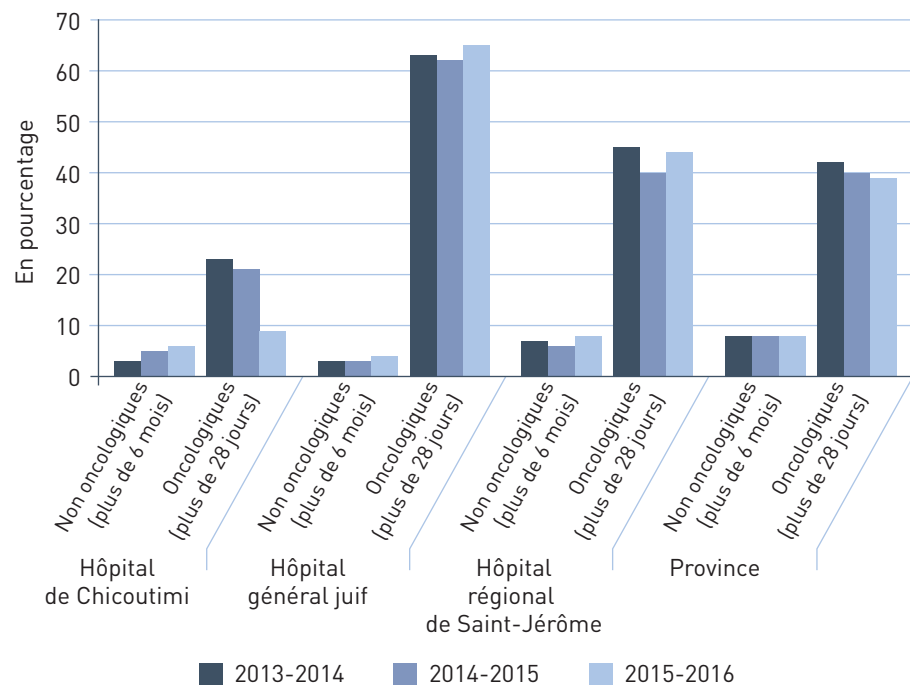
**Figure 10** Chirurgies électives réalisées au Québec au-delà des cibles de 28 jours et de 6 mois



Source : MSSS.

42 Pour les centres hospitaliers audités, le nombre de patients dont la chirurgie a été réalisée dans les délais est très variable, ce qui soulève des questionnements sur l'équité entre les patients de ces régions. Quoique la proportion de chirurgies oncologiques réalisées après plus de 28 jours à l'Hôpital général juif soit plus importante, celui-ci nous a mentionné qu'il traite les patients en fonction de leur état de santé. Selon ce centre hospitalier, les cibles nationales sont générales ; elles ne sont pas adaptées aux caractéristiques de chacune des chirurgies oncologiques. La figure 11 présente, par centre hospitalier audité, la proportion de chirurgies réalisées au-delà des cibles de 28 jours ou de 6 mois. Mentionnons que cela correspond à plus de 10 000 chirurgies sur une période de trois ans pour les trois centres hospitaliers audités.

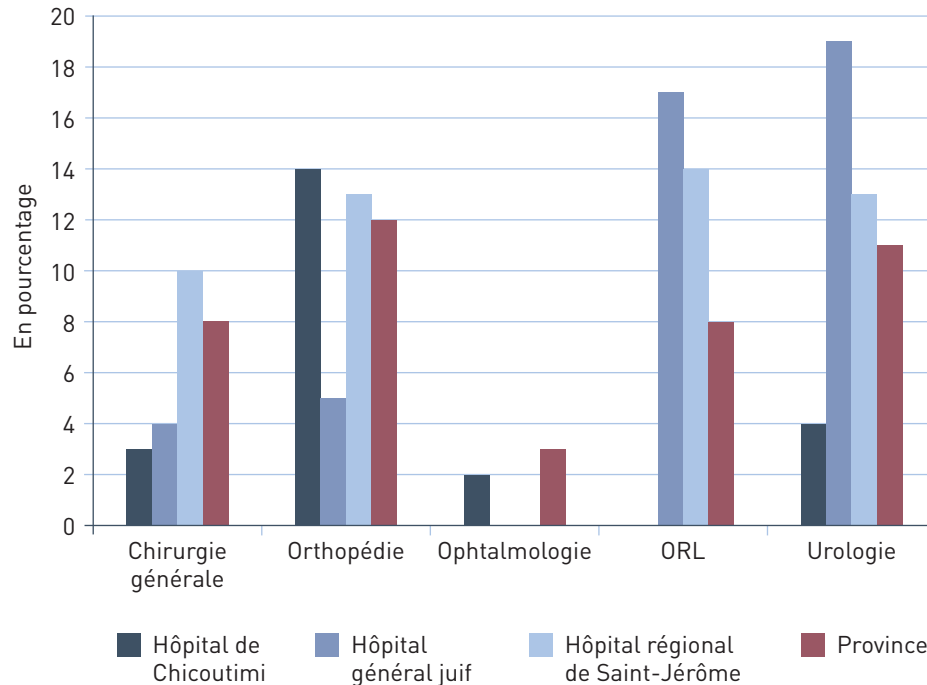
**Figure 11** Proportion de chirurgies réalisées dans les centres hospitaliers audités et au Québec au-delà des cibles de 28 jours et de 6 mois



Source : MSSS.

43 Par ailleurs, nous avons également analysé les résultats relatifs à certaines spécialités. La figure 12 présente la proportion de chirurgies non oncologiques pour ces spécialités. Les résultats varient entre les centres hospitaliers audités, notamment en ce qui concerne les chirurgies en urologie.

**Figure 12 Proportion de chirurgies non oncologiques réalisées après six mois par spécialité en 2015-2016**



Source : MSSS.

## Deuxième offre

44 En vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, lorsque l'établissement constate que le chirurgien ne peut pas réaliser une chirurgie dans le délai prescrit, une deuxième offre doit être proposée au patient. Ce dernier a le choix de l'accepter ou de la refuser. Cette offre doit comprendre les options suivantes :

- chirurgie effectuée par un autre chirurgien du même hôpital ;
- chirurgie effectuée dans un autre hôpital de la même région ;
- chirurgie effectuée dans un autre hôpital à l'extérieur de la région ;
- chirurgie effectuée dans un **centre médical spécialisé**.

45 Aucun mécanisme (processus, formulaire, etc.) ne favorise la mise en œuvre de la deuxième offre dans les centres hospitaliers. Un tel mécanisme faciliterait le transfert d'information aux patients sur les délais d'attente et sur les options de la deuxième offre. Étant donné que rien n'est officialisé, nous ne pouvons affirmer qu'une deuxième offre est proposée ou non au patient.

Un centre médical spécialisé est un lieu aménagé hors d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux. Il permet d'offrir des services médicaux spécialisés, tels qu'une arthroplastie de la hanche ou du genou ou encore une extraction de la cataracte avec implantation d'une lentille intraoculaire.

## Recommandation

46 La recommandation suivante s'adresse au ministère.

- 1** Revoir la méthode de calcul des délais d'attente et les cibles, et contrôler la qualité des données utilisées.

## 2.2 Mesures de soutien du ministère

47 Le ministère a la responsabilité de s'assurer de la meilleure utilisation des ressources. Pour ce faire, il doit notamment répartir de façon optimale les services sur le territoire, mettre en place un financement équitable, maintenir l'état de ses immobilisations et de ses équipements, diffuser les meilleures pratiques et favoriser l'utilisation de systèmes d'information performants.

### Organisation de l'offre de services sur le territoire

48 Une gestion efficace et efficiente des centres hospitaliers nécessite une bonne organisation de l'offre de services chirurgicaux sur le territoire. Ces services exigent beaucoup d'effectifs médicaux (médecins spécialistes) et de ressources professionnelles spécialisées. L'offre doit être planifiée sur les plans local et national afin que la bonne intervention soit effectuée au bon moment et au bon endroit, à l'aide de l'expertise et de la technologie appropriées. De plus, l'expertise de pointe doit être regroupée dans un même lieu afin de traiter une masse critique de patients et d'assurer la qualité optimale des interventions. La concentration des services chirurgicaux en un même endroit améliore la standardisation des pratiques et en favorise la répétitivité, ce qui contribue à la qualité des soins offerts et à l'utilisation optimale des ressources.

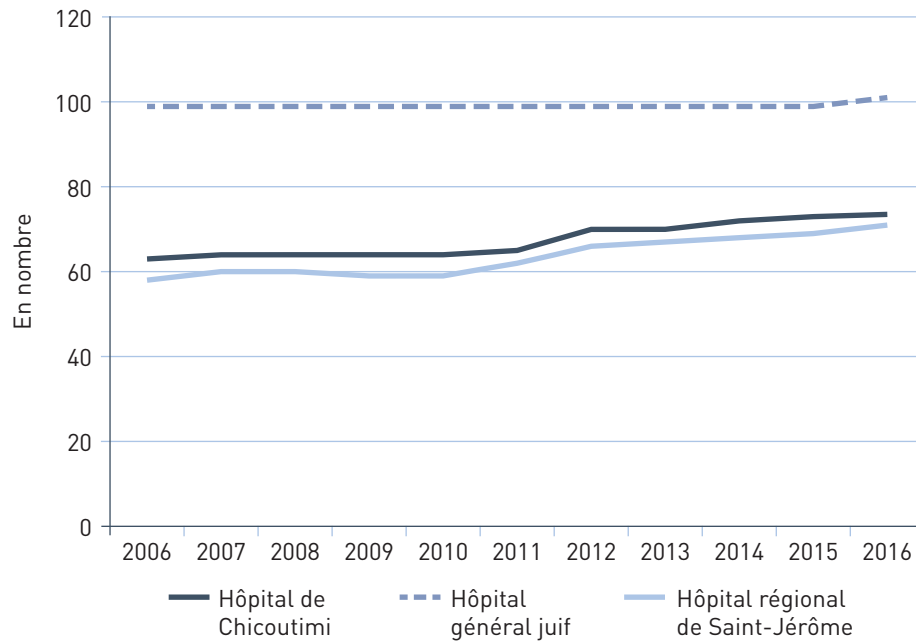
49 Le MSSS n'a pas de vision globale de la répartition optimale des services chirurgicaux.

En août 2016, le ministère a amorcé une démarche (portfolio des établissements), qui est toujours en cours, afin d'établir un portrait des services médicaux offerts par chacun des établissements. Ce portrait vise, ultimement, une meilleure répartition des spécialités médicales entre les établissements.

50 Le ministère ne nous a pas fourni de **portrait** précis de l'offre de services chirurgicaux pour l'ensemble des établissements du Québec, y compris des spécialités et surspécialités offertes dans certains hôpitaux. Bien qu'il ait un portrait de la répartition des médecins spécialistes par établissement, il ne connaît pas le type d'interventions qu'ils réalisent. Par exemple, même s'il sait qu'un chirurgien orthopédique est affecté à un hôpital, il ne connaît pas sa spécialisation (genou, hanche ou autres) ni ses pratiques, notamment quant à l'utilisation de prothèses.

51 Le ministère autorise annuellement les plans d'effectifs médicaux. La répartition des médecins spécialistes par établissement est effectuée sur une base historique, c'est-à-dire que l'offre de services chirurgicaux s'est établie au fil du temps en fonction des spécialités médicales disponibles dans les centres hospitaliers. Notons que le nombre de médecins spécialistes autorisé n'est pas adapté à la réalité actuelle, car les plans considèrent un effectif seulement comme à temps plein. Par exemple, les médecins travaillant à temps partiel (départ progressif à la retraite, conciliation travail-famille, etc.) sont considérés comme des médecins occupant un emploi à temps plein. La figure 13 montre, pour les trois centres hospitaliers audités, l'évolution du nombre de médecins spécialistes de 2006 à 2016 pour les services de chirurgie et d'anesthésiologie.

**Figure 13** Effectifs médicaux autorisés pour les services de chirurgie et d'anesthésiologie



Source : MSSS.

52 Ainsi, chaque centre hospitalier a établi son offre de services au fil du temps en fonction des besoins perçus localement et continue de formuler des demandes pour accueillir de nouveaux médecins en fonction des objectifs qu'il s'est donnés.

53 Afin de déterminer une offre de services qui soit optimale, le ministère devrait entre autres tenir compte, dans son analyse, des besoins de la population, de l'impact de ne pas réaliser les chirurgies au moment opportun, de la masse critique de patients qui est requise pour assurer la qualité optimale des interventions, des coûts, de l'état des immobilisations et des équipements, de l'évolution des technologies ainsi que de la capacité des professionnels et des chirurgiens. Les sous-sections suivantes montrent, par exemple, l'impact de la capacité des salles d'opération et du temps opératoire des chirurgiens.

### Capacité des salles d'opération

54 Dans le cadre de la répartition optimale des services, le ministère doit tenir compte de la capacité des salles d'opération. Nos travaux démontrent qu'elles ne sont pas toutes ouvertes. En effet, en 2017, le ministère a évalué que 32 **salles** disponibles n'étaient pas ouvertes. Le tableau 2 présente la proportion de salles ouvertes par rapport aux salles disponibles pour les trois centres hospitaliers audités. Le portrait des salles d'opération de chacun d'eux est présenté à l'annexe 3.

En novembre 2016, le ministre a annoncé un investissement de 20 millions de dollars pour mettre en fonction 18 salles d'opération additionnelles, dont 3 à l'Hôpital général juif. Cet investissement vise à résorber les chirurgies en attente depuis plus de 6 mois et à maintenir ensuite les délais à moins de 6 mois. En février 2018, le ministre a annoncé un nouvel investissement de 2,5 millions de dollars pour effectuer 1 000 chirurgies additionnelles.

**Tableau 2 Proportion de salles ouvertes par rapport aux salles disponibles au 31 mars 2016**

	Hôpital de Chicoutimi <sup>1</sup>	Hôpital général juif	Hôpital régional de Saint-Jérôme <sup>2</sup>
Proportion de salles ouvertes par rapport aux salles disponibles	13,6/15	17/20	11/11

1. Une salle est ouverte trois jours par semaine.

2. Une salle du bloc majeur est trop petite pour être utilisée en chirurgie. Elle n'est pas considérée.

Source : Centres hospitaliers audités.

55 Selon certains intervenants, une raison expliquant la fermeture de certaines salles est que les sommes accordées par le ministère ne couvrent pas les dépenses de fonctionnement de ces salles. Une plus grande utilisation de la capacité des salles entraîne une hausse des coûts, tels que ceux liés à l'entretien et à la rémunération du personnel. D'autres raisons peuvent expliquer un taux d'utilisation moins élevé, soit les besoins plus faibles dans certaines régions, la non-disponibilité des chirurgiens, des anesthésiologistes et des professionnels de la santé ou encore la spécialisation de certaines salles.

### Temps opératoire des chirurgiens

56 Un autre élément dont le ministère doit tenir compte lors de la répartition optimale des services est le temps opératoire des chirurgiens, communément appelé « priorité opératoire », soit les heures d'accès au bloc opératoire attribuées à chaque chirurgien en termes de journée ou de demi-journée.

57 Selon les experts que nous avons consultés, les chirurgiens pourraient opérer davantage de patients, car le temps opératoire disponible est une ressource limitée qui doit être répartie entre les spécialités offertes. Ainsi, les chirurgiens sont en compétition pour l'accès au bloc opératoire. Selon le ministère, la distribution du temps opératoire pourrait être bonifiée pour tenir compte des listes d'attente et des besoins des patients. Le tableau 3 présente le nombre moyen de jours d'opération par chirurgien pour certaines spécialités en 2015-2016.



**Tableau 3** Nombre annuel moyen de jours d'opération par chirurgien pour certaines spécialités en 2015-2016

	Hôpital de Chicoutimi	Hôpital général juif	Hôpital régional de Saint-Jérôme
Chirurgie générale	58	38	57
Chirurgie orthopédique	79	51	61
Ophthalmologie	43	20	39
ORL	39	27	22
Urologie	52	35	35
Chirurgie vasculaire	67	50	70
Chirurgie thoracique	52	20	65
Neurochirurgie	50	72	s.o.
Obstétrique-gynécologie	37	17	21
Plastie	50	27	35
Chirurgie cardiaque	13	84	s.o.

Source : Centres hospitaliers audités.

58 En théorie, un médecin qui travaille à temps complet dispose d'environ 210 jours de travail par année. Cependant, l'activité des médecins varie de l'un à l'autre. Ils peuvent travailler à différents endroits (clinique, centre hospitalier, université, etc.) et occuper différentes fonctions (services médicaux, enseignement, gestion, etc.). Le tableau 3 montre que les chirurgiens ne travaillent pas à temps plein au bloc opératoire. Par ailleurs, le nombre moyen de jours varie passablement entre les spécialités.

## Financement

59 Les ressources doivent être allouées en fonction, notamment, des besoins de la population et des soins à lui prodiguer afin que leur répartition soit équitable.

60 Les modes de financement des services chirurgicaux ne tiennent pas suffisamment compte des besoins de la population et des soins à lui prodiguer.

61 Les services chirurgicaux sont financés de deux façons, soit un financement global par région, soit un financement par l'intermédiaire du Programme d'accès à la chirurgie.

Le statut socioéconomique des personnes est établi en fonction du niveau de scolarité, de l'occupation (le fait de travailler ou non), du type d'emploi et du revenu. Ces caractéristiques socio-économiques ont une très grande influence sur l'état de santé de la population.

La dépense de référence par programme correspond au budget établi sur une base historique et ajusté en fonction de certains facteurs, tels que l'indexation et les allocations spéciales.

La dépense attendue, établie par le MSSS, représente la somme dont chaque région devrait disposer pour offrir des services à sa population, compte tenu des besoins dans chacun des programmes. À la dépense attendue s'ajoutent des sommes qui tiennent compte des caractéristiques régionales et de la mobilité des personnes.

62 Le ministère accorde une enveloppe globale par région pour le financement de l'ensemble des soins de santé. Cette enveloppe est déterminée sur une base historique et ajustée selon une dimension populationnelle, qui consiste à répartir les ressources selon le **statut socioéconomique** et l'évolution démographique de la population. À cette enveloppe s'ajoutent des sommes pour considérer la mobilité des personnes. Par la suite, l'enveloppe est distribuée entre les établissements, puis versée aux centres hospitaliers qui décident de la part de leur budget qui sera allouée aux blocs opératoires. Ce mode de financement n'établit pas de lien entre le patient, les soins prodigués et leur financement.

63 Le ministère évalue les écarts par région en comparant la **dépense de référence** et la **dépense attendue**. Bien que ces écarts ne soient pas propres au financement des services chirurgicaux, ils démontrent qu'il y a un problème à l'égard du financement. Le tableau 4 présente l'écart global en 2014-2015 pour chacune des régions où sont situés les centres hospitaliers audités. Selon notre analyse, le MSSS reconnaît un sous-financement de 68 millions de dollars dans les Laurentides.

**Tableau 4 Écarts régionaux en 2014-2015 (en millions de dollars)**

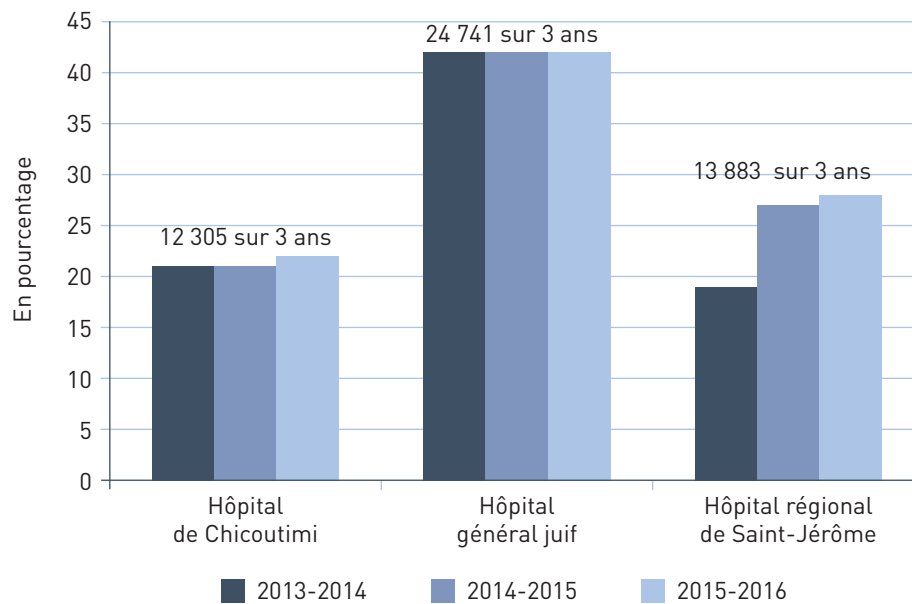
Région	Dépense de référence	Dépense attendue	Écart régional	Écart par rapport à la dépense de référence
Saguenay-Lac-Saint-Jean	719	695	24	3,3%
Montréal	6 480	6 285	195	3,0%
Laurentides	941	1 009	(68)	(7,2%)
<b>Province</b>	<b>19 487</b>	<b>19 487</b>	<b>–</b>	<b>–</b>

Source : MSSS.

64 Le MSSS a implanté en 2004-2005 le Programme d'accès à la chirurgie pour couvrir les coûts des chirurgies additionnelles effectuées par rapport à celles qui ont été réalisées en 2002-2003. La somme versée en 2015-2016 s'est élevée à environ 225 millions de dollars pour les activités chirurgicales seulement.

65 Ce soutien financier exclut des composantes importantes comme les activités pré et postopératoires, par exemple l'hospitalisation. De plus, dans les situations où plus d'une intervention est réalisée lors d'une même chirurgie, seule l'intervention principale est financée. La figure 14 présente le taux d'interventions secondaires par centre hospitalier audité du 1<sup>er</sup> avril 2013 au 31 mars 2016.

Figure 14 Taux d'interventions secondaires



Source : Centres hospitaliers audités.

66 Un projet de réforme du financement amorcé en 2016 est toujours en cours au sein du MSSS : le **financement axé sur le patient**. Ce projet a pour objectif de mettre en œuvre un mode de financement qui établit un lien direct entre le patient, les soins prodigués et leur financement. La mise en place d'un tel mode de financement requiert une connaissance approfondie de l'ensemble des étapes liées à la prestation de soins adaptés à chaque patient ainsi que de leur coût de revient. Dans ce contexte, le ministère a mis en place un projet pilote pour comparer les coûts relatifs à la chirurgie entre les établissements publics et les cliniques privées. En 2017, il a aussi acquis une solution informatique ayant pour objectif de déterminer les coûts par parcours de soins et de services. Les travaux d'implantation dans les établissements du Québec sont en cours et il est prévu qu'ils se poursuivent jusqu'au printemps 2020.

En février 2014, un rapport du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients faisait part de questionnements concernant le financement actuel en raison, notamment, d'importantes disparités entre les régions. Le groupe d'experts a traité précisément des problèmes d'accès aux services chirurgicaux.

## État des immobilisations et des équipements

67 Les services chirurgicaux nécessitent des infrastructures coûteuses. Le bloc opératoire est un secteur névralgique du centre hospitalier où l'organisation et le contrôle de l'environnement physique doivent répondre à des standards élevés. Des sommes importantes sont nécessaires pour maintenir l'état des immobilisations et des équipements ou les renouveler afin notamment d'assurer la santé et la sécurité des personnes et de réduire la probabilité de défaillance.

68 Les blocs opératoires, y compris l'espace d'entreposage stérile et l'unité de stérilisation des instruments et du matériel, sont vétustes dans deux des trois centres hospitaliers audités. De plus, des équipements de chirurgie et de stérilisation ayant atteint leur durée de vie utile sont encore utilisés dans ces centres hospitaliers.

69 En mars 2017, le ministère a mis à jour son plan annuel de gestion des investissements publics en infrastructures. Pour 79 % des centres hospitaliers inspectés, ce plan fait mention d'un déficit de maintien d'actifs de 158 millions de dollars au 31 janvier 2017 pour les centres hospitaliers qui ont un indice de vétusté physique supérieur à 15%. Ce plan ne mentionne toutefois pas le déficit de maintien d'actifs propre aux blocs opératoires.

70 Nous avons examiné l'état des blocs opératoires des trois centres hospitaliers audités. Les blocs opératoires sont vétustes pour deux d'entre eux. Selon des représentants de ces centres hospitaliers, la vétusté des blocs opératoires ne favorise pas leur fonctionnement optimal et nuit à l'efficacité et à la qualité du travail.

71 L'Hôpital régional de Saint-Jérôme utilise 10 salles dont la superficie est inférieure, en termes d'espace et d'architecture, à ce qui est prévu dans le guide de planification immobilière du MSSS, intitulé *Unité du bloc opératoire, incluant le Service de chirurgie d'un jour*. Son plan clinique fait état de plusieurs problèmes, notamment des limites du système de ventilation, du manque de continuité entre les unités de soins et des problèmes en lien avec le transport des patients, ce qui représente des risques d'infection et limite la productivité. De plus, dans le plan clinique de l'Hôpital de Chicoutimi, l'organisation spatiale du bloc opératoire, de la salle de réveil et du secteur de la chirurgie d'un jour ne répond pas aux recommandations et aux critères de conception et d'aménagement du ministère. Pour ces deux centres hospitaliers, le matériel stérilisé croise celui qui n'est pas stérilisé et les corridors sont encombrés de matériel. Il existe donc des risques de contamination croisée et les déplacements dans les corridors sont plus difficiles.

72 Il y a de nombreuses années, ces deux centres hospitaliers ont soumis au ministère des projets de réaménagement de leur bloc opératoire. Voici quelques détails :

- Le projet de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme est étudié depuis 2001, mais aucune autorisation n'a été obtenue. Le coût total est estimé à 443 millions de dollars pour l'aménagement complet du bloc opératoire, de l'**unité de stérilisation**, des unités de soins critiques et d'hospitalisation de courte durée, de l'unité de cardiologie et du centre mère-enfant.
- Le projet de l'Hôpital de Chicoutimi est étudié depuis 2004. Le coût total est estimé à 83,3 millions de dollars pour la relocalisation du bloc opératoire, du secteur de la chirurgie d'un jour et de l'unité de stérilisation. En janvier 2018, le MSSS a donné l'autorisation de démarrer des études pour le projet d'agrandissement et de réaménagement du bloc opératoire de 14 salles, du secteur de la chirurgie d'un jour et de l'unité de stérilisation.

Afin de faciliter la compréhension, nous utilisons le terme « unité de stérilisation » pour remplacer l'expression « unité de retraitement des dispositifs médicaux » utilisée dans le milieu.

73 Enfin, le tableau 5 présente le **taux de vétusté** des équipements médicaux stratégiques ou d'une valeur de plus de 100 000 dollars, dont les équipements de chirurgie et de stérilisation aux 31 mars 2015, 2016 et 2017. Comme le montre ce tableau, au moins le tiers des équipements médicaux utilisés pour la chirurgie à l'échelle provinciale est vétuste.

Le taux de vétusté est le taux d'équipements médicaux détenus par le centre hospitalier qui ont atteint la fin de leur durée de vie utile.

**Tableau 5 Taux d'équipements médicaux vétustes (en pourcentage)**

	31 mars 2015	31 mars 2016	31 mars 2017
<b>Chirurgie</b>			
Hôpital de Chicoutimi	18	24	25
Hôpital général juif <sup>1</sup>	38	40	37
Hôpital régional de Saint-Jérôme	8	8	25
Province	37	33	33
<b>Stérilisation</b>			
Hôpital de Chicoutimi	17	–	–
Hôpital général juif <sup>1</sup>	30	40	64
Hôpital régional de Saint-Jérôme	40	22	22
Province	28	25	27
<b>Ensemble des équipements<sup>2</sup></b>			
Hôpital de Chicoutimi	10	14	17
Hôpital général juif <sup>1</sup>	17	61	62
Hôpital régional de Saint-Jérôme	15	15	16
Province	23	22	22

1. L'information saisie ou mise à jour par le centre hospitalier n'est pas complète. Une partie des équipements neufs du pavillon K n'ayant pas été inscrite dans l'inventaire, cela a pour effet d'augmenter le taux d'équipements vétustes.

2. Comme les parcs peuvent compter plusieurs équipements, l'âge moyen de ceux-ci a été pris en compte dans nos analyses.

Source : MSSS.

74 Le ministère a créé une enveloppe budgétaire spécifique pour les équipements médicaux vétustes depuis le 1<sup>er</sup> avril 2016. Cette enveloppe est répartie proportionnellement à la valeur de remplacement des équipements vétustes de chaque établissement. Selon les données de l'inventaire provincial, l'Hôpital général juif a un taux d'équipements médicaux vétustes élevé, qui ne reflète pas l'état réel de ses équipements. Ces derniers sont beaucoup moins vétustes que ceux des deux autres centres hospitaliers audités. Le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal a reçu une somme annuelle de plus de 4,6 millions de dollars en 2016-2017 et en 2017-2018 destinée presque exclusivement à l'Hôpital général juif, tandis que le CISSS des Laurentides, auquel l'Hôpital régional de Saint-Jérôme est rattaché, a reçu en 2016-2017 un peu plus de 3 millions à répartir entre six de ses installations dont les équipements sont vétustes. Au regard de nos analyses, le ministère a décidé d'effectuer des vérifications plus approfondies de l'inventaire des équipements de l'Hôpital général juif, plus particulièrement de ceux du **pavillon K**.

En janvier 2016, le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal a inauguré le pavillon K de l'Hôpital général juif. Sa construction a permis de relocaliser 18 services, dont les services chirurgicaux, ce qui correspond à près de 60 % des activités cliniques de l'hôpital. L'agrandissement permet encore d'offrir 16 salles d'opération et une salle d'accouchement.

75 Il est à noter que la contribution financière de la fondation d'un centre hospitalier est une aide qui peut faire la différence. Le soutien financier se traduit notamment par l'acquisition de meilleurs équipements et par la rénovation des installations. Selon le rapport d'avancement de la campagne de financement de la fondation de l'Hôpital général juif, la campagne Le don de guérir a permis d'amasser près de 211 millions de dollars du début de cette campagne en avril 2010 jusqu'au 31 mars 2016. Selon les données obtenues des deux autres centres hospitaliers, les dons totaux reçus du 1<sup>er</sup> avril 2013 au 31 mars 2016 se sont élevés à 2 millions pour l'Hôpital régional de Saint-Jérôme et à 4,8 millions pour le CSSS de Chicoutimi (et pour les installations de Chicoutimi après le 1<sup>er</sup> avril 2015). Par ailleurs, la fondation de l'Hôpital général juif a appuyé de façon importante la construction du pavillon K, notamment en couvrant les dépassements de coûts du projet à hauteur de 7 millions au 31 mars 2017. Les achats d'équipements soutenus par les fondations doivent être autorisés par le MSSS, car l'entretien de ces équipements et généralement leur remplacement sont ensuite financés par le système public.

Selon un rapport de 2013 du vérificateur législatif de la Nouvelle-Galles-du-Sud (Australie), des études produites aux États-Unis ont démontré, à l'aide de critères de pertinence, que de nombreuses chirurgies électives étaient surutilisées. En 2015, l'INESSS a amorcé un chantier sur la pertinence clinique qui comprend quatre volets, mais aucun ne porte sur les chirurgies.

La cardiologie tertiaire est une spécialité médicale de troisième ligne. Elle représente le volet le plus spécialisé des soins médicaux offerts dans les centres hospitaliers aux personnes éprouvant des problèmes cardiaques.

## Échange, diffusion et utilisation des meilleures pratiques

76 L'un des rôles du ministère est de diffuser les meilleures pratiques et d'en favoriser l'utilisation. Une dimension importante de ces pratiques concerne la **pertinence** des soins. L'enjeu de la pertinence touche la qualité des soins et l'utilisation efficiente des ressources disponibles. D'ailleurs, des discussions ont cours ailleurs dans le monde pour déterminer les circonstances dans lesquelles certaines interventions chirurgicales doivent avoir lieu, notamment à cause de l'augmentation significative de certains types de chirurgies et des coûts qui y sont liés.

77 Sauf dans les secteurs de la cancérologie et de la cardiologie tertiaire, le MSSS n'a pas mis en place de mécanismes pour favoriser les échanges sur la pertinence et la justesse de certaines interventions chirurgicales ainsi que sur la méthode d'intervention, ni pour diffuser les meilleures pratiques et en favoriser l'utilisation.

78 Le MSSS a publié, en 2011, un guide de bonnes pratiques au bloc opératoire et, en 2015, un guide sur l'aménagement physique du bloc opératoire et de l'unité de stérilisation, et ce, afin d'accroître la performance fonctionnelle de ces endroits. L'utilisation de ces bonnes pratiques n'est pas obligatoire.

79 Par contre, sauf dans les secteurs de la cancérologie et de la **cardiologie tertiaire**, le ministère n'a pas réalisé de travaux sur la standardisation, que ce soit en ce qui concerne les interventions à réaliser ou les fournitures à utiliser, ni n'a mis en place de mécanismes de diffusion des meilleures pratiques sur le sujet. De plus, il n'a pas instauré de mécanismes afin que des critères standards soient élaborés pour évaluer la pertinence de l'intervention chirurgicale et de la méthode à utiliser. Par exemple, dans le cas d'un problème de genou ou de hanche, il n'y a pas de critères pour déterminer si la chirurgie est la meilleure option, ni de critères pour choisir la méthode ou la prothèse la plus appropriée.

80 D'ailleurs, selon un récent rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé, jusqu'à 30 % de certains examens, traitements et interventions effectués au Canada pourraient ne pas être nécessaires. Le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec a indiqué publiquement que le surdiagnostic et le surtraitement engendreraient des coûts d'environ 600 millions de dollars par année pour le gouvernement. En offrant des soins pertinents, on améliore la qualité de vie des patients tout en effectuant une utilisation optimale des ressources disponibles.

81 Par ailleurs, le ministère joue un rôle important pour la trajectoire de soins en cancérologie. Il a notamment :

- diffusé des bonnes pratiques portant sur l'accès aux soins, l'optimisation de la trajectoire en cancérologie pulmonaire et la qualité des soins ;
- contribué au développement d'algorithmes d'investigation, de traitement et de suivi d'un certain nombre de **cancers** ;
- mandaté l'INESSS afin qu'il produise deux études sur les chirurgies mammaires.

En 2011, le MSSS a mis sur pied le Registre québécois du cancer. Il s'agit d'une base de données centrale dans laquelle sont enregistrés tous les cas de cancers diagnostiqués dans la population québécoise. Le registre permet de dresser un portrait de la situation du cancer grâce à des indicateurs.

## Systemes d'information

82 Le ministère a la responsabilité de favoriser l'utilisation des technologies de l'information de manière à réaliser des gains d'efficacité et de productivité. D'ailleurs, son guide de bonnes pratiques au bloc opératoire, publié en 2011, mentionnait qu'un système d'information performant est un outil essentiel à la bonne gestion et au bon fonctionnement du bloc opératoire.

83 Le ministère accorde peu de soutien aux établissements en ce qui a trait à l'informatisation de la trajectoire chirurgicale sur le plan opérationnel. L'état des systèmes d'information varie d'un centre hospitalier audité à l'autre. Des économies potentielles et une optimisation de leur utilisation sont possibles.

84 Dans l'ensemble du réseau, la majorité des systèmes d'information découlent d'initiatives locales et ont été développés au fil du temps en fonction de besoins spécifiques. Il en a résulté une multiplicité de systèmes d'information et de bases de données qu'il est difficile d'utiliser à d'autres fins que celles pour lesquelles ils ont été conçus.

85 Ainsi, le ministère a accordé peu de soutien aux établissements pendant de nombreuses années. Depuis 2010, différents moratoires sur les projets informatiques ont été imposés. Cela a ralenti, par périodes, les investissements en matière de **technologies de l'information**, et ce, malgré la mise en place des CISSS et des CIUSSS qui requéraient la consolidation des systèmes. Le dernier moratoire imposé, qui date de juillet 2015, est toujours en cours.

Selon le rapport de février 2014 du Groupe d'experts pour un financement axé sur les patients, les sommes consacrées aux technologies de l'information dans le secteur de la santé au Québec ont représenté environ 2,5 % des dépenses totales de fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux en 2012-2013. Selon une étude de Gartner, ce taux était d'environ 4,3 % pour l'ensemble des pays sondés.

86 Bien que les trois centres hospitaliers audités utilisent le même système d'information principal pour la gestion de leur bloc opératoire (Centricity Opera), les versions et les modules utilisés varient d'une installation à l'autre. Soulignons également que les hôpitaux ne disposent pas des codes sources de l'application et que, de ce fait, tous les changements doivent être effectués par le fournisseur lors de l'implantation de nouvelles versions. Nous avons observé que seul l'Hôpital général juif a informatisé la requête opératoire remplie par ses médecins. Par ailleurs, les trois centres hospitaliers audités utilisent d'autres systèmes d'information sur le parcours du patient pour la chirurgie (analyses de laboratoire, tests diagnostiques, médicaments, gestion des stocks, etc.). Ces systèmes ne sont pas intégrés et sont incompatibles, ce qui nuit à l'efficacité.

## Recommandations

87 Les recommandations suivantes s'adressent au ministère.

- 2** Établir une répartition optimale de l'offre de services chirurgicaux et la mettre en œuvre.
- 3** Réviser le mode de financement afin qu'il soit en lien avec les soins prodigués aux patients.
- 4** Instaurer des mécanismes d'échange et de diffusion des meilleures pratiques en matière de services chirurgicaux dans l'ensemble du réseau, lesquels visent à améliorer l'utilisation de ces pratiques.
- 5** Soutenir les établissements en matière d'informatisation de la trajectoire chirurgicale.

88 La recommandation suivante s'adresse au ministère et aux établissements audités.

- 6** S'assurer de l'efficacité des stratégies d'intervention afin d'améliorer l'état des immobilisations et des équipements utilisés pour les services chirurgicaux.

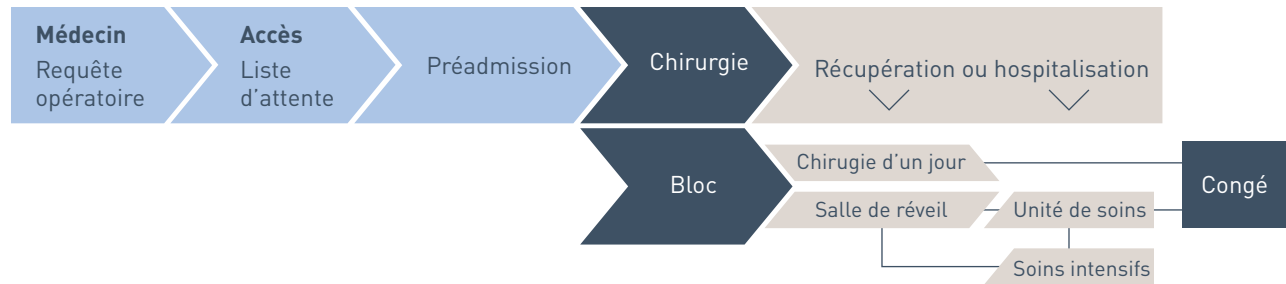
## 2.3 Trajectoire chirurgicale

Le terme « chirurgie d'un jour », utilisé dans les hôpitaux, désigne aussi le lieu où les patients sont rencontrés pour la préparation avant la chirurgie et pour l'obtention de leur congé après la chirurgie.

89 Afin d'optimiser le processus chirurgical, il est nécessaire de considérer le fonctionnement de toutes les étapes de la trajectoire chirurgicale du patient dans le centre hospitalier (figure 15), soit de son inscription sur la liste d'attente jusqu'à son retour à domicile (avant, pendant et après la **chirurgie**). Il faut également tenir compte de la gestion des fournitures et des instruments.



Figure 15 Trajectoire chirurgicale type



## Fonctionnement

90 En 2010, le ministère a publié un guide sur la planification des activités chirurgicales dans lequel il a fait part de deux objectifs à cet égard : assurer un processus fluide permettant le respect des dates d'opération attribuées et optimiser l'utilisation et le fonctionnement des blocs opératoires.

91 Pour les trois centres hospitaliers audités, des améliorations sont possibles en ce qui concerne la préadmission des patients, le déroulement journalier au bloc opératoire ainsi que l'utilisation des salles d'opération et de la salle de réveil.

92 Dans cette section, nous présentons les résultats de notre analyse des données provenant des systèmes d'information des trois centres hospitaliers audités relativement à différents volets de la trajectoire chirurgicale, notamment la préadmission, le taux de fermeture des salles, le taux d'utilisation des salles ouvertes, le déroulement journalier au bloc opératoire, la salle de réveil et les interventions suivies d'une hospitalisation.

### Préadmission

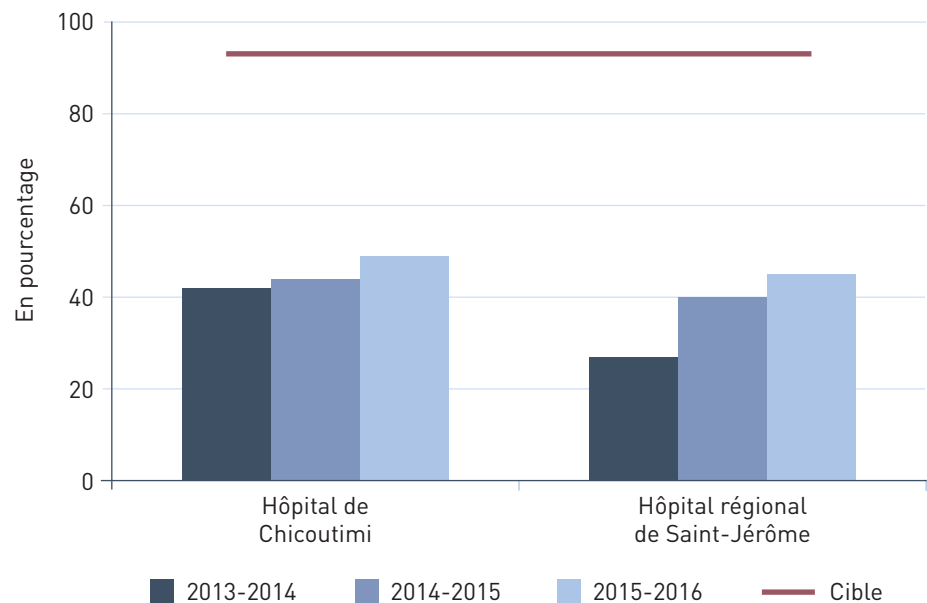
93 La clinique de préadmission permet de préparer le patient à la chirurgie, par téléphone ou en clinique. Elle permet notamment de procéder à une analyse complète du dossier médical, de s'assurer que tous les examens préalables à l'intervention chirurgicale ont été pratiqués et que les comorbidités ont été détectées, de veiller à ce que le patient et sa famille aient reçu l'**enseignement** nécessaire au déroulement du processus chirurgical et de planifier le congé de l'hôpital. Si ce n'est déjà fait, il importe, lors de la consultation en clinique de préadmission, de s'assurer que le formulaire de consentement préopératoire est dûment signé par l'utilisateur et versé à son dossier.

L'enseignement est nécessaire à la bonne compréhension du rôle particulier que jouent le patient et sa famille dans le déroulement du processus chirurgical, y compris dans la planification de la convalescence.

94 Une mauvaise gestion de cette première étape peut entraîner des conséquences multiples, telles que des annulations de chirurgies ou la reprise d'examens échus.

95 Selon le ministère, de 90 à 95% des patients ayant subi une chirurgie élektive devraient avoir fréquenté la clinique de préadmission. Les résultats de notre analyse laissent supposer que des améliorations sont possibles (figure 16). L'Hôpital général juif utilise un système différent pour suivre les activités de la clinique de préadmission, ce qui fait que ses données ne peuvent être comparées avec celles de l'Hôpital de Chicoutimi et de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme.

**Figure 16 Taux de prise en charge des patients à la préadmission**

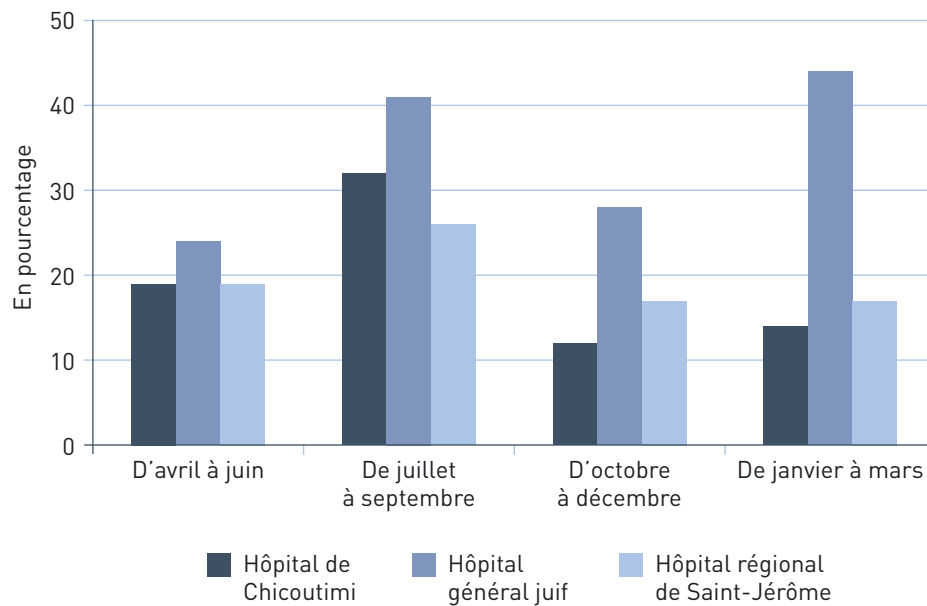


Source : Centres hospitaliers audités.

### Taux de fermeture des salles

96 Nos travaux nous ont permis de déterminer des périodes pendant lesquelles le niveau d'activités est réduit ou des salles d'opération sont fermées, soit durant les mois d'été, la période des Fêtes et le congé scolaire de mars. Contrairement à une urgence, un centre hospitalier peut choisir de réduire le nombre de chirurgies élektives à réaliser, ce qui peut devenir un moyen pour respecter le budget. Nous avons d'ailleurs analysé la fermeture de salles par période, comme le montre la figure 17. Les résultats démontrent qu'il y a un potentiel inutilisé des salles d'opération.

**Figure 17 Taux de fermeture des salles par période en 2015-2016**



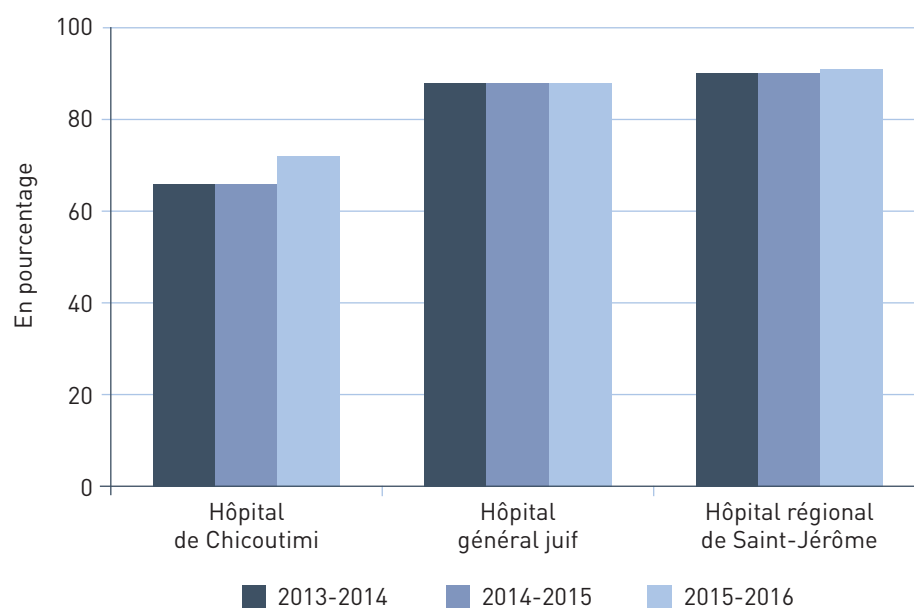
Source : Centres hospitaliers audités.

## Taux d'utilisation des salles ouvertes

97 Il est important d'optimiser l'utilisation de chacune des salles ouvertes, à tout le moins durant la période normale d'ouverture du bloc opératoire. Dans les centres hospitaliers audités, les salles d'opération sont généralement utilisées aux fins de chirurgies électives durant des périodes d'environ huit heures, du lundi au vendredi, les jours fériés étant exclus. Aucune chirurgie élective n'est prévue les fins de semaine. Les chirurgies urgentes sont effectuées au besoin durant la semaine, à toute heure du jour, et elles peuvent occasionner le report de chirurgies électives.

98 Nous avons analysé le taux d'utilisation des salles d'opération des centres hospitaliers audités en fonction de leur horaire de jour. Selon le ministère, le taux réel d'occupation (patient dans la salle) doit être de 90 % du temps disponible (horaire de jour). Si l'on inclut le temps de nettoyage de la salle, une utilisation de 100 % du temps disponible des salles ouvertes est attendue. Nous avons analysé le temps d'utilisation des salles (le temps que le patient est présent dans la salle plus le temps de nettoyage). Comme le montre la figure 18, nos analyses démontrent que des améliorations sont possibles pour les trois centres hospitaliers audités.

**Figure 18 Taux d'utilisation des salles ouvertes**



Source : Centres hospitaliers audités.

Dans ce rapport, nous utilisons le terme « prime d'assiduité » pour désigner une majoration d'honoraires en fonction de certaines plages horaires spécifiques.

Le chirurgien a droit à des honoraires additionnels de 105 dollars lorsqu'une chirurgie débute entre 7 h et 8 h du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés, et de 21 dollars par quart d'heure ou portion de quart d'heure lorsqu'une chirurgie a lieu entre 15 h et 19 h.

L'anesthésiologiste reçoit une rémunération majorée de 29% pour les cas faits entre 7 h et 8 h et entre 15 h et 19 h.

99 Enfin, en lien avec les heures d'ouverture du bloc opératoire, nous avons demandé à la RAMQ d'extraire les montants relatifs à la **prime d'assiduité** des **chirurgiens** et des **anesthésiologistes** pratiquant dans les blocs opératoires, pour la province et les trois centres hospitaliers audités (tableau 6). Rappelons que cette prime est versée à la demande du médecin même si, pour deux des trois centres hospitaliers, le bloc opératoire ouvre avant 8 h et que, dans les trois centres, il ferme après 15 h.

**Tableau 6 Prime d'assiduité versée aux médecins pour l'anesthésiologie et la chirurgie (en dollars)**

	Hôpital de Chicoutimi	Hôpital général juif	Hôpital régional de Saint-Jérôme	Province
<b>2013-2014</b>				
Anesthésiologie	374 026	436 369	238 058	13 695 564
Chirurgie	348 057	394 370	240 135	12 772 668
<b>2014-2015</b>				
Anesthésiologie	381 605	431 067	244 154	14 240 666
Chirurgie	356 356	391 135	254 210	13 268 241
<b>2015-2016</b>				
Anesthésiologie	389 414	437 022	265 355	14 674 810
Chirurgie	347 472	416 021	300 101	14 272 817

Source : RAMQ.

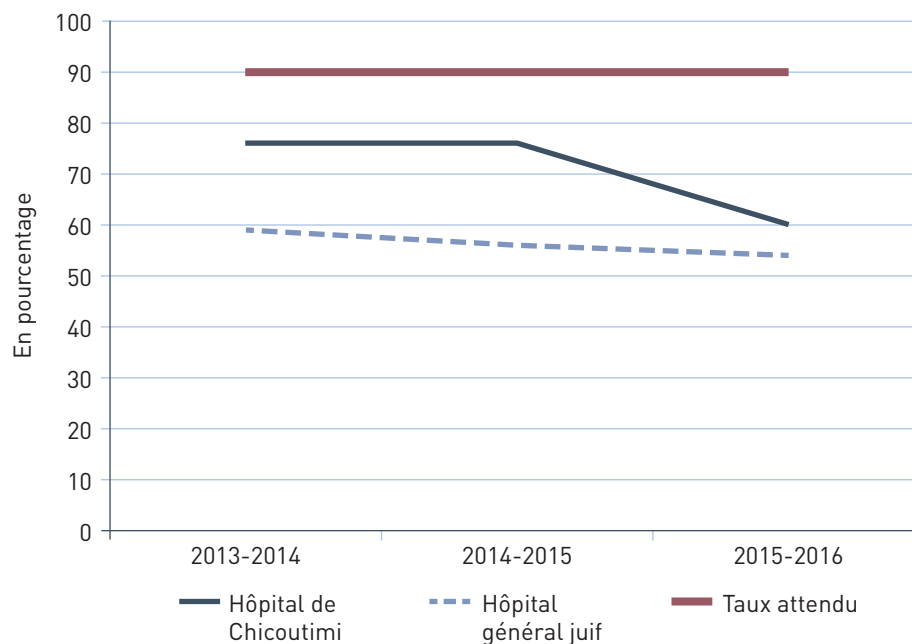
100 Étant donné que ces dépenses ne sont pas suivies par l'établissement et que la rémunération est versée par la RAMQ, l'application de contrôles à cet égard est plus difficile.

## Déroulement journalier au bloc opératoire

101 Différentes étapes se déroulent lors d'une chirurgie, de l'installation du patient en salle d'opération jusqu'à l'intervention chirurgicale. Une fois terminée, la salle est remise en état.

102 Selon un rapport de 2013 sur les blocs opératoires produit par le vérificateur législatif de la Nouvelle-Galles-du-Sud (Australie), de 85 à 95 % des premières chirurgies de la journée devraient débuter à temps. Le MSSS n'a pas diffusé de cible à ce sujet. Dans notre analyse, nous avons considéré, de façon prudente, qu'une chirurgie démarrait à temps lorsque le délai entre l'heure prévue et l'heure réelle de début ne dépassait pas 10 minutes. La figure 19 présente les résultats des centres hospitaliers. Malgré notre évaluation prudente, les résultats obtenus sont inférieurs au taux attendu, ce qui permet de croire que des améliorations sont possibles.

**Figure 19** Proportion de premières chirurgies électives de la journée débutant à l'intérieur de 10 minutes<sup>1</sup>

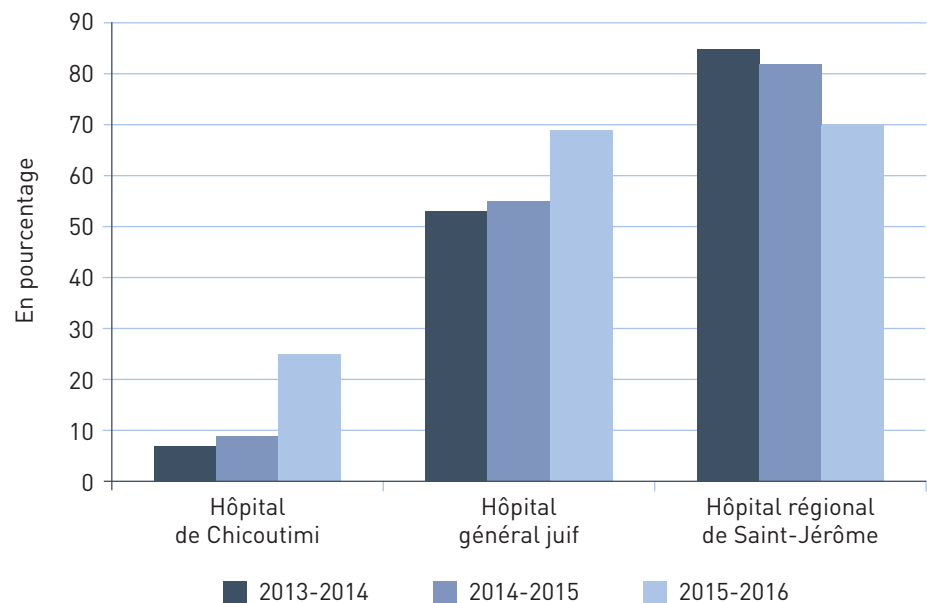


1. Les données de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme sont disponibles, mais elles ne sont pas comparables à celles des deux autres centres hospitaliers audités.

Source : Centres hospitaliers audités.

103 Par ailleurs, selon le ministère, le temps de préparation et de nettoyage de la salle peut être de 5 minutes pour une chirurgie mineure et de 20 minutes pour une chirurgie majeure. La figure 20 présente les résultats de notre analyse sur les chirurgies orthopédiques, qui sont assez différents d'un centre hospitalier à l'autre. Pour une proportion importante de chirurgies, le temps de préparation et de nettoyage de la salle dépasse 20 minutes.

**Figure 20 Proportion de chirurgies orthopédiques pour lesquelles le temps de préparation et de nettoyage de la salle est supérieur à 20 minutes**



Source : Centres hospitaliers audités.

Le terme « annulation » est utilisé lorsque la décision de ne pas opérer un patient prévu dans le programme opératoire est prise le jour même. Lorsque la décision est prise avant, on parle de report.

104 Enfin, selon le ministère, les **annulations** entraînent des dépenses importantes. Elles sont également très coûteuses pour le système puisqu'elles peuvent contribuer à la congestion des unités de soins et à l'annulation d'autres cas de chirurgies (effet domino). Tous les efforts doivent être déployés pour éviter les annulations de chirurgies électives. Ces annulations peuvent être causées par différents facteurs. Lorsqu'une chirurgie est annulée le jour même, cela peut occasionner l'arrêt de la salle d'opération, à moins que d'autres chirurgies puissent prendre la place de celle qui a été annulée. Voici quelques raisons pour lesquelles des chirurgies sont annulées le jour même.

Annulation par le centre hospitalier

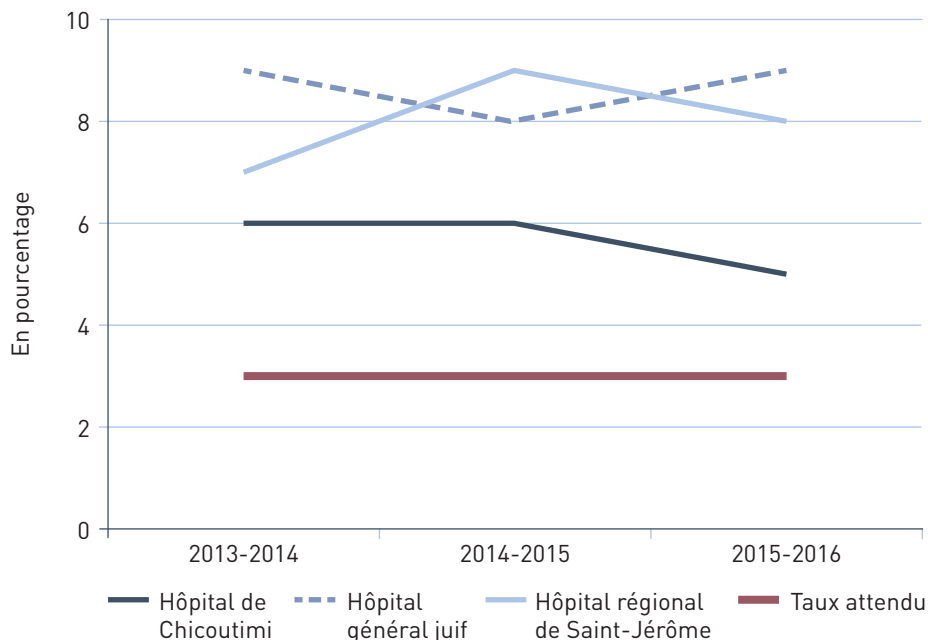
- Lits non disponibles pour une hospitalisation
- Cas urgents en priorité
- Chirurgien ou anesthésiologiste non disponible
- Programme opératoire surchargé (impossible de terminer les opérations planifiées)

Annulation par le patient

- Patient malade (fièvre ou éruption cutanée)
- Patient qui n'est pas à jeun
- Patient qui ne se présente pas
- Patient qui refuse l'opération

105 Selon le rapport de 2013 du vérificateur législatif de la Nouvelle-Galles-du-Sud (Australie), le taux attendu pour l'annulation de chirurgies électives le jour même de l'intervention devrait être d'environ 2%. Il est à noter que le ministère n'a pas établi de cible à cet égard, mais certains intervenants nous ont mentionné qu'une cible de 3% était véhiculée dans le réseau. Toutefois, le ministère indique que tous les efforts doivent être déployés pour éviter les annulations de chirurgies électives. La figure 21 présente les résultats des centres hospitaliers audités, lesquels démontrent que ceux-ci ont des taux d'annulations bien supérieurs au taux attendu. Notons que ces proportions sont minimales, car les données liées aux annulations qui figurent dans les systèmes excluent les chirurgies qui sont reportées.

**Figure 21** Proportion d'annulations le jour même de la chirurgie



Source : Centres hospitaliers audités.

106 Les **urgences** ont un impact sur le déroulement journalier au bloc opératoire. Selon les données du MSSS, la proportion de chirurgies urgentes par rapport à l'ensemble des chirurgies était d'environ 30% en 2015-2016. Il serait intéressant d'analyser les autres causes d'annulations pour déterminer les améliorations potentielles.

Selon un rapport de 2007 du Bureau du vérificateur général de l'Ontario, une pratique exemplaire consiste à réserver chaque jour pour les urgences du temps d'utilisation des salles d'opération, plutôt que de prolonger le temps d'utilisation à la fin de la journée. Selon ce rapport, des études réalisées aux États-Unis indiquent qu'en réservant une salle d'opération aux cas chirurgicaux urgents, on accroît l'efficacité des hôpitaux.

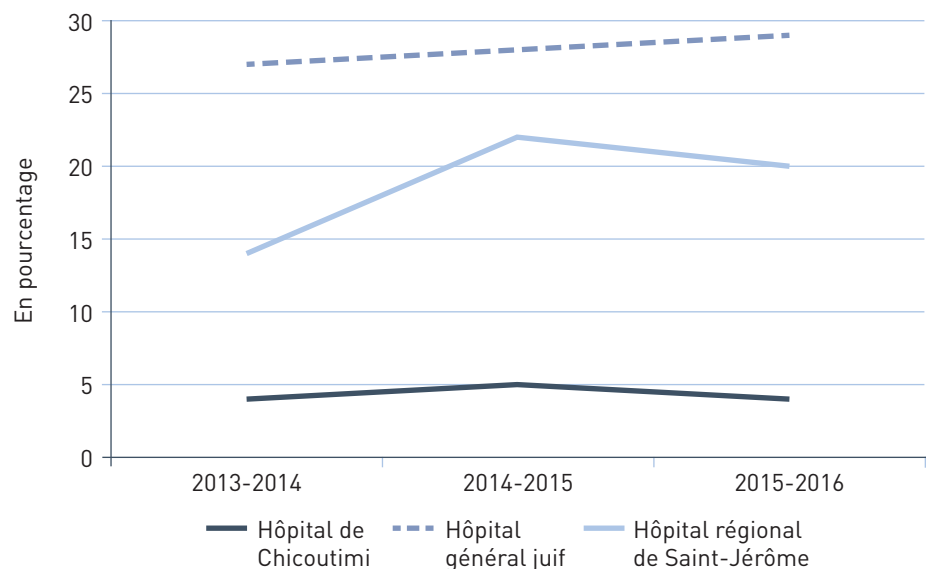
## Salle de réveil

107 Tous les usagers ayant subi une chirurgie au bloc opératoire et dont l'état nécessite une surveillance postopératoire, soit ceux qui ont eu une anesthésie générale ou régionale, doivent passer par la salle de réveil, à moins d'une exemption de la part de l'anesthésiologiste. Ce dernier est responsable de son patient et il doit autoriser son départ de la salle de réveil. En 2015-2016, dans les trois centres hospitaliers audités, la proportion de patients qui sont passés par la salle de réveil était de l'ordre de 61 à 70 %.

108 Parfois, la salle de réveil est un goulot d'étranglement, c'est-à-dire que, lorsqu'elle est pleine, elle limite les sorties du bloc opératoire et nuit par le fait même à la fluidité. Selon la cible fixée par le ministère sur la durée de récupération en salle, le patient doit passer en moyenne 45 minutes dans la salle de réveil. En 2015-2016, les patients ont passé environ une heure et quart dans la salle de réveil de l'Hôpital de Chicoutimi et de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme et près de trois heures dans celle de l'Hôpital général juif.

109 En l'absence de cible du MSSS sur le délai de sortie de la salle de réveil, des établissements se sont dotés de standards. Par exemple, le centre hospitalier de Trois-Rivières a véhiculé l'idée qu'un patient ne devrait pas passer plus de 20 minutes dans la salle de réveil après l'autorisation de sa sortie. La figure 22 présente les résultats en fonction de cette donnée, lesquels sont assez différents entre les trois centres hospitaliers audités.

**Figure 22** Proportion de patients prêts à sortir de la salle de réveil depuis au moins 20 minutes



Source : Centres hospitaliers audités.



## Interventions suivies d'une hospitalisation

110 Dans le contexte où la disponibilité des lits est un facteur à considérer pour la performance des services chirurgicaux, nous avons examiné un indicateur du MSSS qui permet de déterminer, selon certains critères, les chirurgies ayant nécessité une hospitalisation qui auraient pu, théoriquement, être remplacées par une chirurgie d'un jour. Comme le montre le tableau 7, les taux se sont élevés jusqu'à 12% en 2015-2016, ce qui permet de croire que des améliorations sont possibles.

**Tableau 7 Proportion de chirurgies ayant nécessité une hospitalisation et qui auraient pu théoriquement être remplacées par une chirurgie d'un jour**

Année	Hôpital de Chicoutimi	Hôpital général juif	Hôpital régional de Saint-Jérôme	Province
2013-2014	15,7%	8,5%	10,8%	12,9%
2014-2015	13,5%	8,3%	9,8%	12,1%
2015-2016	12,4%	8,2%	9,7%	11,9%

Source : MSSS.

111 À la suite de toutes ces analyses, nous avons observé que des données étaient aberrantes ou absentes, ce qui démontre que la saisie de l'information est différente d'un centre hospitalier audité à l'autre ainsi qu'à l'intérieur d'un même centre. Cela a certainement un impact sur la mesure de la performance dont nous traitons dans la section Évaluation de la performance.

## Comité du bloc opératoire

112 Selon le ministère, le comité du bloc opératoire est responsable de l'administration et du bon fonctionnement du bloc opératoire. Il doit être actif (rencontres mensuelles) et efficace, car son rôle est d'une importance cruciale pour la bonne gestion des ressources humaines et matérielles. Il est composé notamment du coordonnateur médical, des chefs des départements de chirurgie et d'anesthésiologie, des chefs de spécialités chirurgicales, de l'infirmière-chef, du directeur de santé physique et du directeur des services professionnels. Ce comité est régi par le règlement du bloc opératoire.

113 Les trois centres hospitaliers audités ont un comité du bloc opératoire. Toutefois, le règlement qui régit ce comité n'a pas été mis à jour depuis 2009 à l'Hôpital régional de Saint-Jérôme et il n'est pas conforme au standard du ministère à l'Hôpital général juif. Par ailleurs, dans les dernières années, le nombre de rencontres du comité a été bien en deçà de ce que recommande le ministère pour l'Hôpital de Chicoutimi et l'Hôpital régional de Saint-Jérôme. La fusion des établissements a eu un impact sur la structure organisationnelle des centres hospitaliers audités, et ultimement, sur le comité du bloc opératoire.

114 De plus, nous avons observé dans les centres hospitaliers audités que la structure prévoit une cogestion, c'est-à-dire une gestion par un gestionnaire administratif, un coordonnateur médical et une infirmière-chef, ce qui est une bonne pratique.

115 Toutefois, à l'Hôpital régional de Saint-Jérôme, des intervenants rencontrés nous ont indiqué que les médecins étaient peu consultés quant aux décisions du bloc opératoire. Par ailleurs, il y a eu un roulement important de personnel aux postes clés du comité du bloc opératoire de ce centre hospitalier, ce qui pourrait nuire à l'efficacité du bloc.

## Gestion des fournitures et des instruments

116 Le bloc opératoire d'un centre hospitalier est une unité qui utilise des milliers de fournitures, d'où l'importance qu'il y ait une bonne gestion des stocks. De plus, chaque centre hospitalier doit veiller à ce que les instruments appropriés soient disponibles pour chaque chirurgie et à ce qu'ils soient nettoyés et stérilisés avant leur utilisation.

117 Deux des trois centres hospitaliers audités pourraient réaliser des économies par une meilleure gestion des fournitures et des instruments liés au bloc opératoire. De plus, dans les trois centres hospitaliers audités, le système de traçabilité des instruments est absent ou sujet à optimisation.

118 Nous avons observé une bonne pratique à l'Hôpital général juif. Dans la mesure du possible, ce centre hospitalier a normalisé le choix des instruments en fonction de l'intervention pratiquée, pour éviter que chaque chirurgien utilise des instruments différents et, par le fait même, en complexifie la gestion. Il a mis en place une équipe spécialisée en logistique qui a permis de standardiser le choix de fournitures et d'instruments, et de sensibiliser le personnel médical (par l'utilisation de bacs rouges) aux choix les plus coûteux par rapport à ceux qui ont été convenus. Cette standardisation permet de mieux gérer l'expiration des fournitures, donc le gaspillage. L'Hôpital général juif a diminué ses stocks de plus de 400 000 dollars de 2015-2016 à 2016-2017, ce qui représente des économies de 20 % par rapport aux stocks initiaux. Les deux autres centres hospitaliers audités n'ont pas mis en place une telle normalisation des instruments médicaux.

119 Par ailleurs, une bonne pratique est d'utiliser un **système** de gestion des instruments, par exemple un système utilisant des codes à barres, pour la traçabilité des instruments selon leur état (par exemple, en attente de nettoyage, instrument stérilisé et prêt à l'emploi, en cours d'utilisation ou en réparation). L'Hôpital régional de Saint-Jérôme n'a pas mis en place ce type de système, alors que les deux autres centres hospitaliers l'ont fait, mais non de façon intégrale. Ainsi, ils n'ont qu'une idée générale du nombre d'instruments chirurgicaux dont ils disposent.

Dans un rapport de 2007 du Bureau du vérificateur général de l'Ontario, il est fait état qu'en l'absence d'un tel système, beaucoup d'instruments ont été perdus (par exemple, des instruments jetés accidentellement).

## Recommandation

120 La recommandation suivante s'adresse aux établissements audités.

- 7 Analyser en cogestion les étapes de la trajectoire chirurgicale, de l'inscription du patient sur la liste d'attente jusqu'à son retour à domicile, afin de déterminer les améliorations possibles et d'apporter les correctifs nécessaires.**

## 2.4 Évaluation de la performance

121 Compte tenu de l'impact sur les citoyens et de l'ampleur des sommes investies, une évaluation de la performance du processus chirurgical est importante. Cette évaluation doit reposer sur des indicateurs et des cibles stratégiques et opérationnels, et être réalisée à l'aide d'une information suffisante et de qualité. Les indicateurs et les cibles doivent permettre d'évaluer notamment si les services offerts sont de qualité, pertinents, accessibles et sécuritaires, et si les ressources sont utilisées de manière économique et efficiente.

### Mesure de la performance dans les centres hospitaliers

122 Le conseil d'administration et les gestionnaires de chaque établissement doivent avoir accès en temps opportun à de l'information pertinente sur le fonctionnement du bloc opératoire, sur les coûts relatifs aux chirurgies ainsi que sur la qualité et la sécurité des soins afin d'évaluer la performance des services chirurgicaux.

123 Plusieurs indicateurs permettent d'évaluer la performance de la trajectoire chirurgicale, mais ils sont peu utilisés dans les centres hospitaliers audités. De plus, pour rendre les données mesurables et diffuser de l'information sur la performance, il est nécessaire de déployer des efforts considérables en matière de normalisation et de consolidation.

### Mesure de l'efficacité du fonctionnement du bloc opératoire

124 Dans le présent rapport, nous avons utilisé des indicateurs pertinents afin de mesurer la performance de la trajectoire chirurgicale, que ce soit pour la préadmission des patients, le déroulement journalier au bloc opératoire ou l'utilisation des salles. Nous avons dû déployer des efforts considérables afin de rendre l'information comparable. En effet, nous avons dû inclure ou exclure certaines données en raison d'un manque d'uniformité dans la saisie des données. De plus, nous avons observé que ces indicateurs sont peu utilisés dans les centres hospitaliers audités.

125 L'annexe 4 présente des exemples d'indicateurs à suivre pour évaluer la performance de la trajectoire chirurgicale, lesquels sont inspirés de ceux qui sont utilisés dans d'autres provinces et pays. L'adoption d'indicateurs standards permettrait de mesurer la performance des centres hospitaliers et de les comparer, dans une perspective d'amélioration.

## Mesure des coûts

126 Actuellement, l'information financière dont disposent les centres hospitaliers est peu utile pour l'évaluation de la performance des services chirurgicaux. D'une part, l'information se limite aux coûts liés au bloc opératoire et exclut les coûts relatifs notamment à la préadmission, à la salle de réveil et à l'hospitalisation. Ainsi, elle ne permet pas d'évaluer facilement un cas dans sa globalité, car la gestion en vase clos des suivis budgétaires par centres d'activités nuit à l'évaluation des coûts liés à une chirurgie dans toute la trajectoire de soins du patient.

127 D'autre part, depuis la fusion des établissements, l'information sur les coûts relatifs au bloc opératoire est disponible par établissement et non par centre hospitalier. Puisqu'un établissement peut avoir plusieurs centres hospitaliers, il s'avère difficile de les comparer. De plus, il existe des disparités dans l'interprétation de l'information et l'imputation des coûts aux différents centres d'activités, ce qui rend les données non comparables. Il y a aussi des incohérences selon les sources utilisées, notamment sur le plan du nombre de salles, du nombre de lits ou du nombre de chirurgies, ce qui complexifie l'analyse et l'interprétation des résultats.

## Mesure de la qualité et de la sécurité des soins

128 Les indicateurs suivis en matière de qualité et de sécurité des soins sont variables d'un centre hospitalier à l'autre. Ils concernent notamment les infections contractées au bloc opératoire, la réadmission hospitalière, la mortalité du patient 30 jours après une chirurgie et la durée moyenne de séjour.

129 Les infections contractées au bloc opératoire augmentent de façon importante la mortalité des patients qui en sont atteints ainsi que les coûts économiques directs. Ainsi, bien que leur suivi ne soit pas obligatoire au Québec, il est important de faire ce suivi. L'Hôpital régional de Saint-Jérôme n'effectue pas de suivi systématique de ces infections, tandis que l'Hôpital de Chicoutimi le fait peu, sauf pour la chirurgie cardiovasculaire. L'Hôpital général juif, pour sa part, le fait davantage puisqu'il suit cinq spécialités (orthopédie, chirurgie générale, urologie, chirurgie vasculaire et chirurgie colorectale) par l'intermédiaire du programme **NSQIP**, reconnu internationalement. Ce programme est utilisé dans quelques centres hospitaliers du réseau.

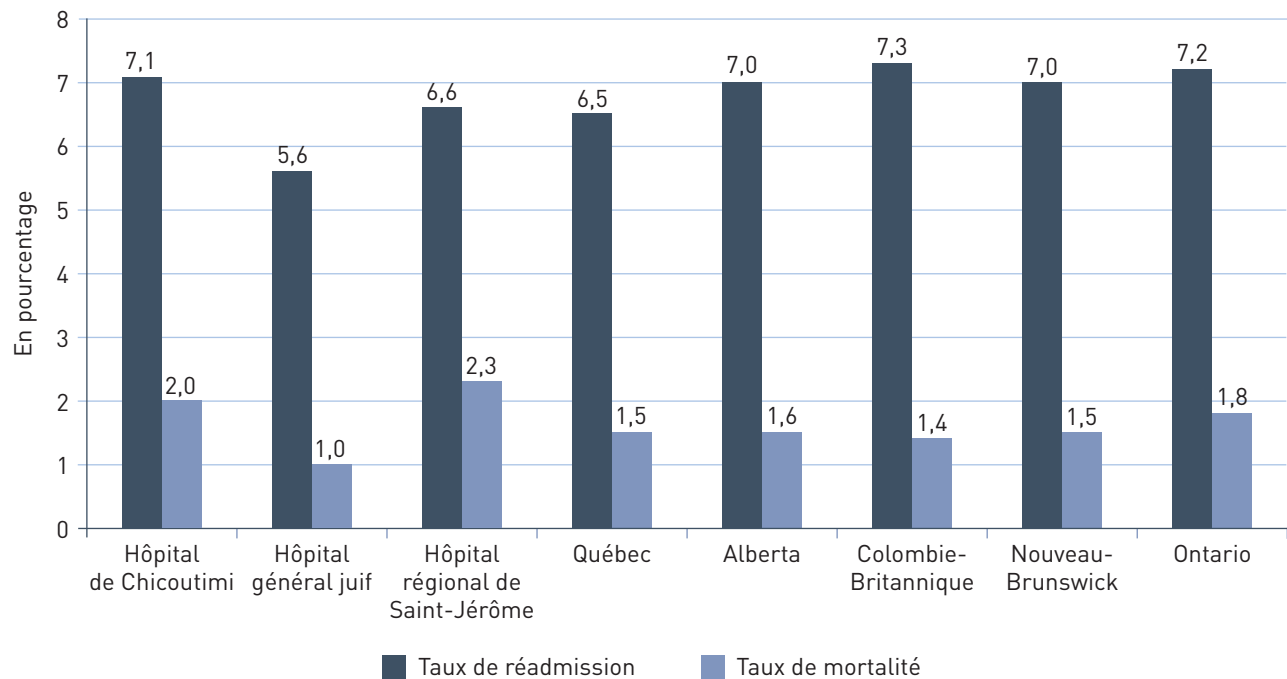
Le NSQIP (National Surgical Quality Improvement Program), reconnu sur la scène internationale, a été élaboré par l'American College of Surgeons. Il permet aux hôpitaux de recueillir, de mesurer et de comparer des données relatives aux soins chirurgicaux, aux taux de complications et aux résultats liés aux soins chirurgicaux. À travers le Canada, plus de 70 hôpitaux sont membres de ce programme qui porte sur plus d'une centaine de mesures de qualité des soins.

130 Le taux de réadmission hospitalière et le taux de mortalité à la suite d'une chirurgie majeure constituent des indicateurs standards en matière de qualité des soins, et ils sont utilisés internationalement. Ils ne font toutefois pas partie des indicateurs suivis régulièrement par l'Hôpital de Chicoutimi et l'Hôpital régional de Saint-Jérôme. De plus, la très grande majorité des spécialités de l'Hôpital de Chicoutimi ne produisent pas de **revues de mortalité et de morbidité**. Cette revue permet d'évaluer la qualité des pratiques des médecins et de formuler des recommandations.

Selon le Collège des médecins, la revue de mortalité et de morbidité doit être une activité périodique et s'effectuer en groupe au sein d'un service, d'un département ou d'une unité de soins.

131 En 2015-2016, le taux de réadmission hospitalière dans les 30 jours suivant la chirurgie a varié de 5,6 à 7,1%. Le taux moyen provincial s'est établi à 6,5%. Par ailleurs, le taux de mortalité a oscillé entre 1 et 2,3% pour les centres hospitaliers audités. Le taux provincial s'est élevé à 1,5%. La figure 23 présente les résultats observés pour les centres hospitaliers audités, le Québec et quelques provinces.

**Figure 23 Taux de réadmission hospitalière<sup>1</sup> et de mortalité<sup>2</sup> dans les 30 jours suivant une chirurgie majeure ayant nécessité une hospitalisation en 2015-2016**



1. Les chirurgies effectuées sur les personnes de moins de 20 ans et les accouchements ne sont pas considérés.

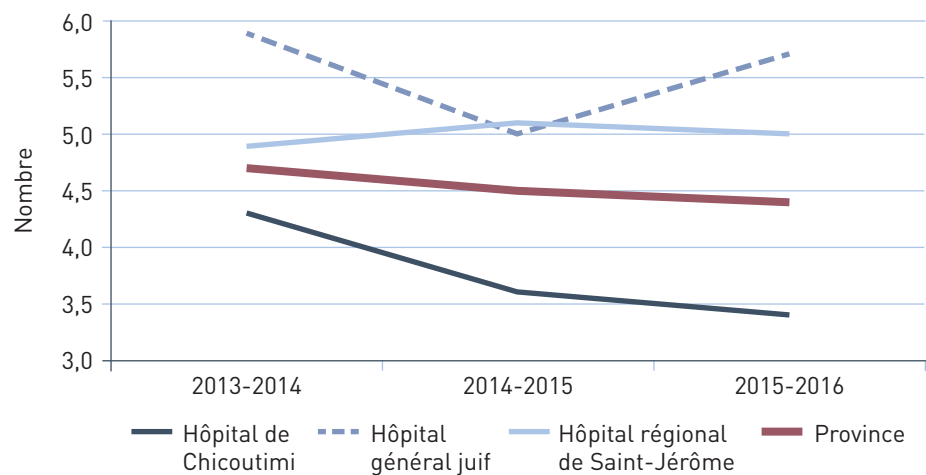
2. Les personnes âgées de moins de 20 ans à l'admission ne sont pas considérées.

Source : Institut canadien d'information sur la santé.

L'Institut canadien d'information sur la santé publie des données sur la durée moyenne de séjour par province et pour certaines spécialités chirurgicales. Le même indicateur est publié dans le panorama de la santé produit par l'Organisation de coopération et de développement économiques, même si cette dernière ne présente pas de données désagrégées par cause d'hospitalisation.

132 Un autre indicateur utilisé internationalement est la **durée moyenne de séjour**. Cet indicateur est suivi par les trois centres hospitaliers audités. La figure 24 présente l'évolution de la durée moyenne de séjours postchirurgicaux dans les centres hospitaliers audités et pour la province.

**Figure 24** Durée moyenne des séjours postchirurgicaux (en jours)



Source : MSSS.

133 La qualité et la sécurité des soins peuvent aussi se mesurer par le suivi des résultats de l'intervention : celle-ci a-t-elle effectivement amélioré l'état de santé du patient ? Toutefois, les centres hospitaliers audités n'effectuent pas ce type de suivi.

## Suivi du ministère

134 Le MSSS a notamment pour responsabilités de diffuser des orientations auprès des établissements et d'évaluer les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés, dans une perspective d'amélioration de la performance de ces établissements.

135 Sauf pour la cancérologie, le MSSS n'a pas élaboré de programme d'évaluation de la performance et il n'a pas diffusé d'indicateurs ni de cibles portant sur l'efficacité de la trajectoire chirurgicale. Par ailleurs, il ne tient pas compte de la rémunération payée aux médecins par la RAMQ, ce qui peut avoir un impact sur les décisions prises.

136 Le MSSS n'a pas élaboré de programme d'évaluation de la performance, tant par rapport à l'efficacité de la trajectoire chirurgicale que par rapport à la saisie des données dans les centres hospitaliers. Cela permettrait d'assurer la qualité et la comparabilité des données relatives aux blocs opératoires et à la trajectoire chirurgicale. Le ministère pourrait également encourager des initiatives dans le réseau, telles que le programme NSQIP, mais il ne le fait pas.

137 Par ailleurs, l'information sur la performance du processus chirurgical dans les centres hospitaliers ne comprend pas la rémunération des médecins. En 2015-2016, la RAMQ a évalué celle-ci à 1,1 milliard de dollars pour la province, soit 58 % des dépenses relatives aux services chirurgicaux, et à 77 millions de dollars pour les trois centres hospitaliers audités. Une telle information n'est pas suivie par les établissements ni accessible à ceux-ci, tout comme elle n'est pas suivie par le MSSS. C'est la RAMQ qui gère cette information, mais elle ne fait pas d'analyse de la performance pour cette dépense. En effet, la RAMQ est responsable de rémunérer les médecins et de contrôler les sommes versées pour qu'elles soient conformes aux ententes.

138 L'information sur la rémunération des médecins serait pourtant utile à la prise de certaines décisions dans les centres hospitaliers. Par exemple, il faut considérer le salaire d'un assistant-chirurgien dans le budget de l'établissement si cette fonction est réalisée par un membre du personnel infirmier, alors que ce n'est pas le cas si c'est un médecin ou un résident qui effectue cette tâche. Cette dernière façon de faire peut être plus coûteuse pour la société mais, comme cette dépense est assumée par la RAMQ, elle n'est pas considérée dans le budget de l'établissement. Elle risque ainsi de ne pas être prise en compte adéquatement dans les décisions relatives au fonctionnement des blocs opératoires.

## Recommandations

139 La recommandation suivante s'adresse au ministère.

- 8** Mettre en place des mécanismes pour s'assurer de la qualité des données servant à mesurer la performance et la qualité des soins, et pour s'assurer de l'uniformité dans l'interprétation et le traitement de ces données.

140 Les recommandations suivantes s'adressent au ministère et aux établissements audités.

- 9** Élaborer des mesures d'évaluation de la performance et de la qualité des soins offerts sur la trajectoire chirurgicale, les mettre en œuvre et en faire le suivi périodique.
- 10** Entreprendre des démarches, en collaboration avec les établissements, afin d'avoir accès aux données de la Régie de l'assurance maladie du Québec concernant les services chirurgicaux réalisés et, pour une meilleure gestion des fonds publics, considérer les coûts liés à ces services si cela est nécessaire.

# Observations du commissaire au développement durable

141 La présente section donne au commissaire au développement durable l'occasion d'exposer son point de vue sur des enjeux de développement durable relatifs au rapport *Services chirurgicaux*. Son contenu n'est pas le fruit de travaux d'audit : il complète les constats du Vérificateur général à ce sujet.

## Introduction

142 Comme je l'ai indiqué dans le chapitre 1 du rapport du Vérificateur général du Québec de l'automne 2017, une nouvelle démarche a été entreprise au sein de notre organisation pour intégrer davantage les principes de développement durable dans la réalisation des audits de performance. C'est dans ce contexte que j'interviens pour offrir une réflexion complémentaire à celle du Vérificateur général, mettant en évidence les enjeux de développement durable qui entourent la gestion des services chirurgicaux.

143 Les liens existant entre plusieurs principes énoncés dans la *Loi sur le développement durable* et la gestion des services chirurgicaux motivent mon intervention. Les chirurgies contribuent évidemment à la santé et à la qualité de vie, principe qui mise sur la protection de la santé des personnes et l'amélioration de leur qualité de vie. De même, le principe de l'équité et de la solidarité sociales, qui prévoit que les actions de développement doivent être entreprises dans un souci d'équité intra et intergénérationnelle ainsi que d'éthique et de solidarité sociales, donne à penser que l'accès à une chirurgie doit être similaire à travers les centres hospitaliers et les régions du Québec. De plus, le principe de subsidiarité, qui spécifie que les pouvoirs et les responsabilités doivent être délégués au niveau approprié d'autorité, suscite une réflexion quant au mode de gestion des blocs opératoires.

144 Par ailleurs, le principe de prévention stipule qu'en présence d'un risque connu, des actions de prévention, d'atténuation et de correction doivent être mises en place, en priorité à la source. En fait, à ce sujet, trois préoccupations peuvent être soulevées. Premièrement, les efforts fournis en matière de prévention sont-ils suffisants et efficaces pour minimiser les situations où le recours à la chirurgie devient nécessaire? Deuxièmement, fait-on assez d'efforts pour que les chirurgies soient réalisées au moment opportun afin de prévenir une détérioration de l'état de santé du patient? Troisièmement, la réalisation des chirurgies et leur suivi permettent-ils de prévenir les complications postopératoires et de réduire le nombre de réadmissions évitables? Le thème de la prévention est d'autant plus pertinent qu'il est au cœur de la cinquième orientation de la *Stratégie gouvernementale de développement durable 2015-2020*, soit améliorer par la prévention la santé de la population.



145 Toutefois, avant d'examiner les liens existant entre les principes de développement durable et la gestion des services chirurgicaux, ma réflexion portera sur une question plus générale, soit l'impact possible des changements démographiques futurs sur les besoins en matière de services chirurgicaux. Comme le développement durable s'appuie sur une vision qui tient compte des générations à venir, cette question s'impose d'emblée.

## Considérations à long terme

146 Les effets potentiels de l'évolution démographique future sur les soins de santé en préoccupent plusieurs. L'Institut de la statistique du Québec prévoit, entre autres, que la proportion des personnes de 65 ans et plus sera de 28 % en 2061 contre 16 % en 2011. De même, en 2061, il y aura 1,2 million de personnes de 80 ans et plus, soit près de quatre fois plus qu'en 2011. De nombreux travaux ont montré que l'utilisation des services de santé augmente avec l'âge. Par exemple, une étude de l'Association médicale canadienne montrait qu'en 2013, les Canadiens de 65 ans et plus consommaient 44 % des budgets de santé provinciaux et territoriaux. Dans la même veine, au Québec, en 2015-2016, les personnes de 65 ans et plus faisaient l'objet de 41 % des chirurgies, alors qu'elles représentaient 17,6 % de la population. Les changements démographiques à venir exerceront donc une grande pression sur le système de santé, notamment sur les services chirurgicaux.

147 Cette pression accrue ne sera pas nécessairement ressentie de la même façon à travers les différentes régions du Québec. Ainsi, l'Institut de la statistique du Québec prévoit que la population continuera de croître dans 13 des 17 régions administratives jusqu'en 2036. Laval et Lanaudière connaissent les augmentations les plus marquées, soit 31 % chacune ; la région des Laurentides suit avec 28 %. De tels changements susciteront certainement une réflexion en ce qui a trait au déploiement adéquat des services chirurgicaux sur le territoire. À ce sujet, il y aura du travail à faire car, comme le Vérificateur général l'indique dans le présent rapport, « le MSSS n'a pas de vision globale de la répartition optimale des services chirurgicaux ».

## Question de prévention

### Prévention primaire

148 Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, une façon de réduire la pression croissante sur le système de santé due au vieillissement de la population consiste à mettre davantage l'accent sur la prévention. En effet, plusieurs problèmes de santé, pouvant aboutir en une chirurgie, sont évitables. Par exemple, renoncer au tabagisme et bien s'alimenter réduisent les risques de cancer et de maladies cardiovasculaires ou cérébrovasculaires ; pratiquer une activité physique régulièrement diminue le risque d'ostéoporose, etc. C'est ce que l'on appelle la prévention primaire qui permet d'éviter la maladie en éliminant l'agent qui la cause ou en améliorant la résistance face à celle-ci.

149 Dans une perspective de développement durable, c'est le type de prévention à privilégier, entre autres parce que les gains potentiels sont importants. Par exemple, il est reconnu que chaque dollar investi en promotion de la santé en rapporte plus de deux. La cinquième orientation de la *Stratégie gouvernementale de développement durable 2015-2020* met d'ailleurs l'accent sur la prévention primaire, comme le faisait aussi mon prédécesseur dans son audit de 2015 intitulé *Promotion d'une saine alimentation comme mesure de prévention en santé*.

150 Le tableau 8 présente sept indicateurs concernant les habitudes de vie et l'état de santé des Québécois par rapport à l'ensemble de la population canadienne. Ces indicateurs couvrent des aspects où la prévention primaire peut jouer un rôle, comme le tabagisme, la consommation abusive d'alcool ou le port du casque protecteur en vélo. On constate que, dans cinq cas sur sept, les Québécois font moins bonne figure que l'ensemble de la population canadienne, ce qui laisse croire qu'il est possible de faire mieux pour favoriser de meilleures habitudes de vie.

**Tableau 8 Données sur les habitudes de vie et l'état de santé des Québécois par rapport à l'ensemble de la population canadienne (2014)**

	Québec	Canada
Personnes qui fument tous les jours ou à l'occasion	20,5 %	18,7 %
Consommation abusive d'alcool	20,5 %	18,4 %
Consommation de fruits et de légumes cinq fois ou plus par jour	46,6 %	40,2 %
Activité physique durant les loisirs – modérément actif ou actif	51,2 %	54,4 %
Port d'un casque en vélo – toujours	34,5 %	42,0 %
Victimes blessées lors d'un accident de la route par milliard de kilomètres franchis	499,3	442,5
Indice autodéclaré de masse corporelle – adulte (18 ans et plus), embonpoint ou obésité	52,2 %	53,8 %

### Prévention de la détérioration de l'état de santé en pratiquant la chirurgie au moment opportun

151 Les deux prochains points que j'aborderai sont liés à la prévention tertiaire. Celle-ci désigne les interventions visant l'arrêt de la progression d'une maladie diagnostiquée et le contrôle de ses répercussions défavorables.

152 Un des constats de l'audit établit qu'une partie importante des chirurgies sont réalisées dans des délais qui dépassent les cibles nationales que s'est données le MSSS. Par exemple, en 2015-2016, environ 60 % des chirurgies oncologiques au Québec avaient lieu dans un délai inférieur à 28 jours, alors que la cible était de 90 %. De plus, l'audit met en évidence le fait que les délais avant une chirurgie peuvent varier considérablement d'un hôpital à l'autre. Par exemple, les délais pour les chirurgies orthopédiques sont beaucoup plus courts à l'Hôpital général juif que dans les autres centres hospitaliers audités, alors que les délais pour les chirurgies oncologiques sont plus courts à l'Hôpital de Chicoutimi.

153 Ces constats soulèvent des interrogations quant à l'équité entre les patients de ces régions et le risque que des chirurgies ne soient pas réalisées en temps opportun. Rappelons que les chirurgies urgentes sont celles qui sont nécessaires à la survie des patients et qu'elles doivent être réalisées rapidement. Quant aux chirurgies électives, comme une opération pour une cataracte ou le remplacement d'une hanche, elles ne sont généralement pas considérées comme urgentes, mais elles doivent être réalisées à l'intérieur d'un certain délai pour accroître les chances de succès.

154 Des délais indus peuvent entraîner de multiples conséquences négatives. Ainsi, le patient peut voir son état de santé se détériorer et son risque de décès s'accroître. Par exemple, la chercheuse Simunovic et ses associés examinent l'impact du temps d'attente sur les patients devant subir une chirurgie pour une fracture de la hanche et constatent que, plus cette période est longue, plus le risque de décès prématuré augmente. Dans la même veine, soulignons que le Vérificateur général, dans un audit publié en 2005, rapportait que la réduction des délais était un des facteurs ayant contribué à abaisser le taux de mortalité des personnes victimes de traumatismes majeurs au Québec.

155 Un délai d'attente excessif peut entraîner d'autres types de détériorations de l'état de santé avant la chirurgie. Par exemple, une étude du chercheur Desmeules et de ses collaborateurs indique que, plus le temps d'attente augmente avant le remplacement d'un genou, plus la douleur est grande (pour le genou non opéré), plus il y a de limitations fonctionnelles pour le patient et plus sa qualité de vie est réduite. Il en va de même pour ceux qui attendent une chirurgie pour une cataracte. D'après une analyse de la chercheuse Boisjoly et de ses associés, plus le temps d'attente est long, plus le risque est élevé que la vision des patients se détériore, ou que ceux-ci fassent une chute ou aient un accident de voiture.

156 Un délai plus long avant une chirurgie peut également avoir des conséquences négatives pendant la période suivant celle-ci. Ainsi, l'analyse du chercheur Rodriguez-Fernandez et de ses associés montre que, plus le délai d'attente est grand dans le cas d'une chirurgie pour une fracture de la hanche, plus les risques de complications postopératoires sont élevés.

157 Au-delà des souffrances physiques associées aux délais précédant une chirurgie, d'autres analystes mettent l'accent sur les répercussions psychologiques pour les personnes qui subissent ces retards. Par exemple, dans une étude consacrée à trois types de chirurgies électives, le chercheur Oudhoff et ses collaborateurs constatent que, plus les délais sont grands, plus les patients ont la perception que leur état de santé se détériore et plus ils sont anxieux. De même, plus le temps d'attente est élevé, plus les patients sont incommodés dans leur travail, dans leurs loisirs ou dans les activités qu'ils consacrent à leurs proches.

158 Enfin, on ne peut passer sous silence les incidences économiques des délais trop élevés avant une chirurgie. Une augmentation de l'absentéisme et une réduction de la productivité peuvent en résulter. Par exemple, une étude du Centre for Spatial Economics a établi en 2007 à 14,8 milliards de dollars les coûts annuels au Canada de l'attente induite (au-delà des périodes jugées adéquates) pour quatre sortes de traitements médicaux, dont trois types de chirurgies électives.

## Prévention des réadmissions non nécessaires

159 Comme l'indique le présent rapport, le taux de réadmission hospitalière fait partie des indicateurs standardisés de la qualité de la dispensation des soins chirurgicaux. Des chirurgies qui ne sont pas réalisées adéquatement ou des suivis postopératoires déficients peuvent donner lieu à des réadmissions à l'hôpital qui auraient pu être évitées. Selon une étude de l'Institut canadien d'information sur la santé, en 2010-2011, environ 6,5 % des patients en soins chirurgicaux ont été réadmis dans un hôpital canadien dans les 30 jours suivant leur congé initial. À cet égard, comme le montre l'audit, le Québec affichait un taux de 6,5 % en 2015-2016, ce qui se compare favorablement aux taux affichés dans les autres grandes provinces canadiennes pour cette même année.

160 L'étude citée au paragraphe précédent indiquait aussi que 9,3 % de tous les patients en soins chirurgicaux qui ont été réadmis l'ont été en raison d'une infection au site opératoire. L'Institut national de santé publique du Québec indique que ce type d'infections prolonge la durée d'hospitalisation de 7 à 10 jours en moyenne et multiplie de 2 à 11 fois les risques de mortalité chez les patients en comparaison avec ceux ayant subi la même chirurgie sans connaître d'infections.

161 Le problème des infections au site opératoire suscite plusieurs réflexions. Déjà, en 2007, le Bureau du vérificateur général de l'Ontario était préoccupé par les méthodes de stérilisation utilisées dans certains hôpitaux visités dans le cadre d'un audit sur la gestion et l'utilisation des installations chirurgicales. En 2014, l'Institut national de santé publique du Québec publiait un guide sur la prévention des infections au site opératoire, identifiant plusieurs pratiques exemplaires et affirmant que la réduction maximale de ce type d'infections est atteinte lorsque l'adhésion à l'ensemble de ces pratiques est supérieure ou égale à 95 %.

162 Malgré ces efforts, il est encore possible de faire mieux. Comme l'indique le présent rapport du Vérificateur général, le suivi des infections au site opératoire n'est pas obligatoire au Québec. De plus, les constats qui y sont faits à l'égard de la vétusté des blocs opératoires de deux des trois centres hospitaliers audités, dont les unités de stérilisation, soulèvent des interrogations quant aux incidences éventuelles sur les infections.

## Mode de gestion à privilégier

163 Comme je l'ai évoqué plus haut, le principe de la subsidiarité invite à réfléchir aux meilleurs modes de gestion des blocs opératoires. Bien que, strictement parlant, la subsidiarité soit liée à la délégation de pouvoir, il est utile de s'interroger sur la transposition qui peut être appliquée au secteur des services chirurgicaux par le biais de la cogestion qui, elle, réfère davantage à l'interdisciplinarité. Le présent rapport du Vérificateur général indique que, dans les trois centres hospitaliers audités, les activités quotidiennes du bloc opératoire sont gérées en cogestion, ce qui implique la collaboration d'un gestionnaire administratif avec un coordonnateur médical et une infirmière-chef.

164 Le recours à la cogestion dans les établissements de santé est une tendance observée dans plusieurs pays et qui suscite un intérêt croissant. Par la cogestion, on souhaite généralement créer des duos de gestionnaires pour combiner des expertises complémentaires qui permettent de mieux affronter la complexité des défis liés à la gestion dans des organisations de grande taille. Plus spécifiquement, dans les hôpitaux, on espère mieux concilier les perspectives managériales (axées sur l'utilisation efficace des ressources disponibles pour la clientèle au sens large) avec les perspectives médicales (axées sur les meilleurs soins possible pour des patients spécifiques pris en charge). Par exemple, un audit de performance du vérificateur législatif de la Nouvelle-Galles-du-Sud indique que les comités les plus performants dans la gestion des blocs opératoires incluent des médecins et des gestionnaires qui peuvent analyser toute l'information utile, y compris l'information budgétaire.

165 Comme l'indique le présent rapport, d'un point de vue conceptuel, la cogestion est une bonne pratique. Toutefois, elle peut s'avérer difficile à implanter concrètement. Pour ceux qui souhaitent se tourner vers la cogestion, il faut tenir compte des conditions de succès relevées par les experts du domaine. Les cogestionnaires doivent notamment avoir une grande crédibilité dans leur domaine d'expertise respectif et, pour établir la crédibilité du duo, ses réussites doivent être diffusées dans l'organisation. La confiance et le respect mutuels comme la solidarité dans les décisions doivent animer les membres du tandem. Enfin, une communication rapide et transparente entre les cogestionnaires est primordiale pour éviter les dérapages.

## Conclusion

<sup>166</sup> Le rapport du Vérificateur général sur la gestion des services chirurgicaux suscite de nombreuses interrogations. Dans ce texte, j'ai voulu offrir une réflexion complémentaire en faisant appel à des considérations à long terme et aux principes énoncés dans la *Loi sur le développement durable*. En particulier, les répercussions possibles des changements démographiques futurs sur les besoins en services chirurgicaux ainsi que les enjeux que ces changements soulèvent en matière de prévention sont préoccupants et devraient retenir l'attention des décideurs.

# Commentaires des entités auditées

Les entités auditées ont eu l'occasion de transmettre leurs commentaires, qui sont reproduits dans la présente section. Nous tenons à souligner qu'elles ont adhéré à toutes les recommandations.

## Commentaires du ministère de la Santé et des Services sociaux

« **Recommandation 1.** En collaboration avec les établissements de santé et de services sociaux, le ministère de la Santé et des Services sociaux entreprendra des travaux pour améliorer la qualité de la donnée mesurée entre la décision de réaliser la chirurgie et la réalisation de celle-ci. De plus, le ministère veillera à favoriser une application uniforme et adéquate de la directive qui concerne la gestion de la non-disponibilité de l'utilisateur inscrit sur la liste d'attente en chirurgie. Enfin, rappelons qu'en novembre 2017, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* a été modifiée afin de prévoir qu'un médecin doit inscrire un usager sur la liste d'accès aux services spécialisés ou surspécialisés des départements cliniques du centre dès qu'il détermine que les services sont requis.

« **Recommandation 2.** En ce qui a trait à la répartition optimale de l'offre de services chirurgicaux, notons que le ministère travaille actuellement à la réalisation de portefeuilles des établissements. Ces portefeuilles serviront à documenter l'organisation actuelle des services médicaux et les corridors de services existants, notamment en matière de chirurgie. Cet exercice vise également à dégager une vision de l'organisation optimale des services médicaux, et ce, pour l'ensemble des territoires du Québec. Il a aussi pour but, notamment, de revoir les façons de faire dans le but d'améliorer la cohérence du réseau, d'optimiser l'utilisation des ressources et de rapprocher les services de la population, d'assurer une fluidité, une qualité élevée et une pertinence des services.

« **Recommandation 3.** Le gouvernement du Québec s'est engagé dans une réforme importante en introduisant le mode de financement axé sur les patients (FAP). Cette réforme vise à remplacer le financement de type historique présentement en vigueur dans le système de santé. Cette réforme a entre autres comme objectif d'améliorer la qualité des données financières en favorisant leur harmonisation et leur disponibilité en temps opportun.

« Un financement à l'activité en chirurgie pour les volumes additionnels au seuil de production de 2002-2003 est en vigueur depuis 2004-2005. Une méthode semblable a été appliquée en 2016-2017 pour l'imagerie médicale et la coloscopie. À partir de 2015-2016, les dépenses du volet ressources humaines de la radio-oncologie ont été financées selon un financement à l'activité. Depuis 2016-2017, c'est l'ensemble des dépenses de ce centre d'activités qui est considéré.

« En ce qui concerne le FAP, la prochaine étape est la mise en place d'une simulation de financement à l'activité en imagerie médicale ainsi qu'une version élargie du financement actuel en chirurgie.

« **Recommandation 4.** Par ailleurs, au regard de la mise en place de mécanismes d'échange et de diffusion des meilleures pratiques en matière de services chirurgicaux dans l'ensemble du réseau, le ministère a l'intention de donner suite à cette recommandation. En effet, en plus des travaux du comité de pertinence clinique qui débutera sous peu, en collaboration avec l'INESSS, le ministère propose de mettre en place une communauté de pratique composée de gens qui œuvrent dans le domaine de la chirurgie.

« **Recommandation 5.** Le MSSS est présentement en train de mettre en place deux projets de systèmes d'information unifiés qui auront un impact majeur dans la prestation des soins par les établissements. Premièrement, dans le cadre du FAP, le projet Coût par parcours de soins et services (CPSS) permettra de mieux soutenir les établissements dans leur trajectoire de soins. Également, la mise en place du dossier clinique informatisé (DCI) Cristal-Net permettra aux professionnels de la santé des établissements d'avoir accès, en un endroit centralisé, à la majorité des renseignements de santé des patients. De plus, un troisième système viendra également compléter les outils en lien avec la trajectoire chirurgicale. Il s'agit du projet Accès priorisé aux services spécialisés (APSS) qui améliorera l'accès aux services spécialisés, dont la chirurgie, et la fluidité des références des patients par les médecins.

« **Recommandation 6.** En ce qui concerne les stratégies d'intervention afin d'améliorer l'état des immobilisations et des équipements utilisés, plusieurs projets de rénovation et de construction de blocs opératoires ont été réalisés dernièrement ou sont toujours en cours. Un état de situation détaillé des infrastructures liées aux blocs opératoires sera réalisé afin de prioriser les interventions requises.

« **Recommandation 9.** Le système d'information décisionnel du ministère vise à assurer l'uniformité du traitement et de l'interprétation des données en s'assurant que les méthodologies retenues sont validées et partagées.

« Au regard des mesures d'évaluation de la performance et de la qualité des soins offerts sur la trajectoire chirurgicale, des travaux sont déjà en cours à cet effet. En effet, le volet chirurgie est intégré aux travaux de mesure et d'analyse de la performance des services spécialisés.

« **Recommandation 10.** Le ministère tient à souligner que l'article 66.2 de la *Loi sur l'assurance maladie* permet à la Régie de l'assurance maladie du Québec de transmettre, sur demande, au chef de département clinique d'un centre hospitalier le profil de pratique individuel des professionnels de la santé qui exercent leur profession dans son département. Or, très peu de chefs de département se sont prévalus de cette possibilité. Le ministère analysera les différentes actions possibles afin de répondre à cette recommandation. »



## Commentaires du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean (Hôpital de Chicoutimi)

« **Recommandation 6.** Suite à la lecture du rapport, nous adhérons à la recommandation et nous y donnerons suite.

« **Recommandation 7.** Nous accueillons favorablement la recommandation formulée puisqu'elle s'inscrit dans la continuité d'une démarche d'amélioration continue déjà en cours.

« Dans l'analyse de la trajectoire chirurgicale, des améliorations ont déjà été apportées.

« Concernant le taux de prise en charge, un travail a été fait conjointement avec le Département d'anesthésiologie et de 20 à 23 % des évaluations se font maintenant par téléphone afin d'éviter des déplacements pour la clientèle. Ainsi, 100 % des cas opérés sous anesthésie générale sont vus à la clinique de préadmission.

« Concernant le taux d'annulations, l'harmonisation et la révision des raisons des annulations ont permis d'améliorer la qualité de la saisie de l'information. Ainsi, certains transferts étaient calculés comme des annulations; cette façon de faire a été corrigée. Le taux d'annulations est donc de 3,3 à 3,4 %.

« **Recommandations 9 et 10.** Suite à la lecture du rapport, nous estimons que la recommandation n° 9 permettra de soutenir les travaux en cours et nous l'acceptons.

« Nous sommes d'accord pour travailler la recommandation n° 10 en collaboration avec le MSSS. »

## Commentaires du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (Hôpital général juif)

« Les cibles reconnues pour la performance et la qualité des soins et services doivent tenir compte du type de chirurgies. Par exemple, pour les délais d'accès, il est important de tenir compte de considérations cliniques. Cette préoccupation est particulièrement appropriée pour la chirurgie oncologique. Il en est de même pour le taux de roulement des salles et d'autres indicateurs de productivité ou d'efficacité. Pour cette raison, nous tenons à faire ressortir que la nature et la complexité des chirurgies effectuées sont fort différentes entre les établissements audités. À l'Hôpital général juif, nous avons effectué une entente avec l'Hôpital de LaSalle pour y transférer une grande partie de nos chirurgies mineures. Ainsi, les chirurgies effectuées dans notre bloc opératoire sont, de ce fait, plus complexes sans compter que nous sommes un hôpital de référence pour différentes spécialités. Nous effectuons aussi plus fréquemment plus d'une intervention lors d'une même chirurgie.

« Il est important aussi de mentionner que, pendant la période qui a été choisie pour l'audit, nous avons aménagé nos soins critiques, dont le bloc opératoire, la salle d'accouchement et plusieurs unités de soins dans un nouveau pavillon. À cause de ce déménagement, nous avons dû procéder à un ralentissement des activités chirurgicales. Nous avons aussi modernisé notre service de stérilisation et amélioré notre processus d'approvisionnement. Nous avons aussi amélioré significativement notre performance à l'égard du respect des délais d'attente par rapport aux résultats mentionnés dans ce rapport.

« La gestion simultanée des listes d'attente en chirurgie et de l'achalandage à l'urgence, surtout pour les patients qui requièrent une hospitalisation, demeure un défi quotidien. Nous voyons d'un bon œil le projet du MSSS de modifier le financement des établissements selon le volume et la complexité des patients, et ceci, pour l'ensemble du parcours de soins et de services. Nous voyons là un levier pour gérer plus aisément la prestation sécuritaire des soins et des services à des clientèles qui partagent l'utilisation des mêmes ressources limitées pour un budget global.

« **Recommandation 6.** Nous sommes tout à fait d'accord avec cette recommandation. Pour le bloc opératoire, dans le cadre de la construction du pavillon K à l'Hôpital général juif, nous avons reçu du soutien du MSSS pour améliorer l'état de nos immobilisations et de nos équipements. Par contre, il serait grandement apprécié que nous puissions de façon systématique procéder au remplacement des équipements dès l'atteinte de la fin de leur durée de vie ainsi que l'obtention des budgets pour effectuer l'entretien préventif et correctif approprié. Il s'agit d'une condition nécessaire à la prestation de soins et de services sécuritaires.

« **Recommandation 7.** Nous souscrivons totalement à cette recommandation. D'ailleurs, nous mettons en place dans notre CIUSSS des unités de pratique intégrées. Il s'agit d'équipes interdisciplinaires dans un domaine clinique précis qui doivent identifier et rendre fonctionnelles des trajectoires complètes de soins et de services pour une condition de santé ou de bien-être précise. Par exemple, dans le domaine musculosquelettique, l'équipe a élaboré une trajectoire pour la fracture de la hanche, incluant les soins et services, les activités, les processus. Ces trajectoires, incluant les étapes reposant sur les données probantes, sont définies pour toutes les trajectoires, de la prévention au rétablissement du patient dans son milieu de vie en incluant les résultats attendus. D'année en année, ces trajectoires seront élaborées par des équipes interdisciplinaires et, avec le soutien de cogestionnaires, seront mises sur pied pour toutes les catégories de conditions, y compris celles qui requièrent une chirurgie.

« **Recommandations 9 et 10.** Nous sommes d'accord avec ces deux recommandations. Notre organisation dispose et suit plusieurs indicateurs de performance et de qualité des soins et des services offerts en chirurgie. Nous sommes d'ailleurs le premier établissement à se joindre au programme NSQIP de mesure de la qualité et de la sécurité des soins et des services en chirurgie. Nous effectuons aussi des évaluations en continu de l'expérience patient, de la sécurité des soins et des services en chirurgie pour l'ensemble de la trajectoire.

« Nous serions aussi disposés à recevoir de la RAMQ le portrait de nos services chirurgicaux et d'anesthésie offerts ainsi que de leurs coûts, non seulement au bloc opératoire, mais aussi en ambulatoire dans les cliniques et à l'urgence. Il est nécessaire d'obtenir cette information en complément de toutes les autres que nous colligeons sur la trajectoire chirurgicale. »

## Commentaires du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides (Hôpital régional de Saint-Jérôme)

« **Recommandation 6.** Le développement en termes d'équipements médicaux repose sur les sommes allouées par les fondations. Les budgets alloués par le MSSS ne couvrent que le remplacement des équipements désuets et en fin de vie.

« La désuétude et les limitations en lien avec les lieux physiques ont été adressées dans un plan clinique soumis au MSSS en décembre 2017. Les limitations des plateaux techniques actuels pourraient mettre en péril l'atteinte des cibles de l'accès à la chirurgie dans les prochaines années.

« **Recommandation 7.** Au cours de la dernière année, des travaux importants ont été réalisés avec les équipes médicales, et nos délais pour les chirurgies non oncologiques dépassent de 7% la cible prévue à l'entente de gestion (90% des chirurgies réalisées dans un délai de moins d'un an).

« Pour les chirurgies oncologiques réalisées en dedans de 28 jours, nous sommes passés de 45% de non-respect de la cible à 31%, ce qui représente une amélioration de 14%.

« Le manque de lits de courte durée a été reconnu par le MSSS. L'ajout de 24 lits de médecine, qui ouvriront en octobre 2018, améliorera la disponibilité des lits sur l'unité de chirurgie.

« L'enjeu de l'assistance opératoire a été soumis au MSSS puisque l'accès à la chirurgie est parfois limité, dans les Laurentides, par le manque d'assistance opératoire. Le départ à la retraite des chirurgiens assistants ainsi que le faible volume de résidents en chirurgie limitent l'accès à l'assistance. Donc, la question du financement pour les infirmières premières assistantes en chirurgie (RAMQ *vs* budget d'établissement) ainsi que l'enjeu de performance et d'accès au bloc opératoire se devraient d'être adressés par le ministère.

« Depuis la création du CISSS, dans un objectif d'optimisation des plateaux techniques, les chirurgiens de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme vont réaliser une proportion importante des chirurgies d'un jour à l'Hôpital de Lachute (secteur Argenteuil), ce qui augmente le pourcentage de cas hospitalisés *vs* en chirurgie d'un jour à l'Hôpital régional de Saint-Jérôme.

« **Recommandations 9 et 10.** Il serait intéressant que les outils pour mesurer la performance et la qualité des soins offerts sur la trajectoire chirurgicale soient des outils développés pour l'ensemble des établissements du Québec afin d'établir des comparables fiables. »

# Annexes et sigles

**Annexe 1** Objectifs de l'audit et portée des travaux

**Annexe 2** Rôles et responsabilités

**Annexe 3** Portrait des centres hospitaliers en 2015-2016

**Annexe 4** Exemples d'indicateurs servant à mesurer la performance des services chirurgicaux

## Sigles

<b>CISSS</b>	Centre intégré de santé et de services sociaux	<b>INESSS</b>	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
<b>CIUSSS</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux	<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>CRDS</b>	Centre de répartition des demandes de services	<b>RAMQ</b>	Régie de l'assurance maladie du Québec
<b>CSSS</b>	Centre de santé et de services sociaux	<b>SIMASS</b>	Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés
<b>FMSQ</b>	Fédération des médecins spécialistes du Québec		

## Annexe 1 Objectifs de l'audit et portée des travaux

### Objectifs de l'audit

Le présent rapport de mission d'audit indépendant fait partie du tome de mai 2018 du *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2018-2019*.

La responsabilité du Vérificateur général consiste à fournir une conclusion sur les objectifs propres à la présente mission d'audit. Pour ce faire, nous avons recueilli les éléments probants suffisants et appropriés pour fonder nos conclusions et pour obtenir un niveau d'assurance raisonnable. Les observations du commissaire au développement durable jointes au présent rapport ne sont pas le fruit de travaux d'audit.

Notre évaluation est basée sur les critères que nous avons jugés valables dans les circonstances et qui sont exposés ci-après.

Objectifs de l'audit	Critères d'évaluation
S'assurer que le MSSS prend des mesures pour optimiser l'accès aux services chirurgicaux, leur qualité ainsi que l'utilisation des ressources, qu'il effectue le suivi de leurs résultats, apporte les ajustements nécessaires et fait preuve de transparence en ce qui a trait à ces activités.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Des orientations sont établies, communiquées et mises à jour.</li> <li>■ Des standards quant à l'offre de services chirurgicaux, à l'accès à ces services, à leur qualité et à leur efficacité sont définis, diffusés et mis à jour.</li> <li>■ L'offre de services chirurgicaux sur l'ensemble du territoire est adéquatement soutenue, planifiée et coordonnée.</li> <li>■ Une évaluation continue de la performance du processus chirurgical est effectuée, ses résultats sont publiés et des ajustements sont apportés si nécessaire.</li> </ul>
Évaluer si les établissements audités ont mis en œuvre des mesures pour assurer l'accès aux services chirurgicaux, leur qualité ainsi que l'utilisation optimale des ressources, et qu'ils déterminent et instaurent des mesures correctrices au besoin.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ L'organisation du processus chirurgical permet l'accessibilité aux services chirurgicaux et leur continuité, et ce, dans le respect des orientations et des standards ministériels.</li> <li>■ Des mesures assurant la qualité et l'efficacité des services chirurgicaux sont mises en œuvre, et ce, dans le respect des orientations et des standards ministériels.</li> <li>■ Une évaluation continue de la performance du processus chirurgical est effectuée, ses résultats sont communiqués aux parties prenantes et des mesures correctrices sont mises en œuvre si nécessaire.</li> </ul>

Les travaux d'audit dont traite ce rapport ont été menés en vertu de la *Loi sur le vérificateur général* et conformément aux méthodes de travail en vigueur. Ces méthodes respectent les Normes canadiennes de missions de certification (NCMC) présentées dans le *Manuel de CPA Canada – Certification*, notamment la norme sur les missions d'appréciation directe (NCMC 3001).

De plus, le Vérificateur général applique la Norme canadienne de contrôle qualité 1. Ainsi, il maintient un système de contrôle qualité qui comprend des politiques et des procédures documentées en ce qui concerne la conformité aux règles de déontologie, aux normes professionnelles et aux exigences légales et réglementaires applicables. Au cours de ses travaux, le Vérificateur général s'est conformé aux règles sur l'indépendance et aux autres règles de déontologie prévues dans son code de déontologie.

## Portée des travaux

Le présent rapport a été achevé le 25 avril 2018. Il porte sur la gestion des services chirurgicaux effectuée par le MSSS et trois centres hospitaliers (Hôpital de Chicoutimi, Hôpital général juif et Hôpital régional de Saint-Jérôme).

Le bon fonctionnement du bloc opératoire fait référence à plusieurs composantes qui n'ont pas fait l'objet de nos travaux d'audit. Par exemple, la formation et le roulement de personnel au bloc opératoire sont des enjeux qui préoccupent les gestionnaires des blocs. L'utilisation des salles d'opération à des fins privées nécessiterait également une analyse plus approfondie puisqu'il n'y a pas d'encadrement provincial sur cette pratique. De plus, notre analyse de la trajectoire chirurgicale n'inclut pas tous les services postopératoires, tels que la réadaptation et le transfert du patient vers les services de première ligne, services qui peuvent avoir une influence sur son rétablissement et prévenir les rechutes.

Nous avons réalisé des entrevues auprès de gestionnaires et de professionnels des établissements ainsi qu'auprès de membres du personnel du MSSS. Nous avons également eu des échanges avec d'autres parties prenantes liées au sujet. De plus, nous avons analysé divers documents ainsi que des données provenant de différents systèmes d'information des établissements et du ministère, dont le système de gestion des chirurgies et le système de gestion des délais d'attente. Les données utilisées n'ont cependant pas été vérifiées. Des comparaisons avec d'autres administrations publiques ont aussi été effectuées.

Nos travaux se sont déroulés principalement de septembre 2017 à mars 2018. Ils portent surtout sur les exercices 2013-2014 à 2015-2016. Toutefois, certaines analyses ou certains travaux peuvent avoir trait à des situations ou à des années antérieures ou postérieures à cette période.

Nous n'avons pas procédé à un échantillonnage statistique, mais nous avons plutôt effectué un échantillonnage aléatoire. Les centres hospitaliers ont été sélectionnés en fonction notamment du volume d'activités (nombre de chirurgies, nombre de salles d'opération, dépenses du bloc opératoire, lourdeur des cas) et de leur situation géographique. Nous avons exclu les établissements récemment audités. Les résultats de notre audit ne peuvent être extrapolés à l'ensemble du réseau, mais ils donnent des indications sur les bonnes pratiques et les éléments que les acteurs doivent prendre en compte.

## Annexe 2 Rôles et responsabilités

Le présent audit a été effectué auprès du MSSS et de trois centres hospitaliers. Voici leurs rôles et responsabilités respectifs.

---

### Ministre et ministère

- Déterminer les orientations en matière de santé et de bien-être et les standards relatifs à l'organisation des services ainsi qu'à la gestion et à la répartition équitable des ressources humaines, matérielles et financières du réseau, et veiller à leur application
- Diffuser auprès des établissements les orientations relatives aux standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience
- Favoriser l'utilisation des technologies de l'information et des communications de manière à réaliser des gains d'efficacité et de productivité
- Assurer la coordination interrégionale des services
- S'assurer que les mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements sont établis et fonctionnels
- Évaluer, pour l'ensemble du réseau, les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés, dans une perspective d'amélioration de la performance du système de santé

---

### Établissements de santé

- Planifier, coordonner et organiser les services à offrir à la population de leur territoire selon les orientations ministérielles, les besoins de la population et les réalités territoriales
  - Établir les corridors de services régionaux ou interrégionaux requis et conclure des ententes avec les établissements et les autres partenaires de leur réseau territorial de services pour répondre aux besoins de la population
  - Offrir des services de santé et des services sociaux de qualité, qui sont accessibles, continus, sécuritaires et respectueux des droits des personnes
  - Répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières mises à leur disposition, en tenant compte des particularités de la population qu'ils servent, et s'assurer de l'utilisation économique et efficiente de celles-ci
  - Réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du MSSS en fonction de ses attentes
-



## Annexe 3 Portrait des centres hospitaliers en 2015-2016<sup>1</sup>

	Hôpital de Chicoutimi	Hôpital général juif	Hôpital régional de Saint-Jérôme
<b>Information générale</b>			
Mission	Centre hospitalier affilié universitaire régional	Centre hospitalier affilié universitaire suprarégional	Centre hospitalier régional
Nombre de spécialités chirurgicales <sup>2</sup>	12	11 <sup>3</sup>	10
Nombre de chirurgies <sup>4</sup>	14 999	10 921	12 094
Réalisation de l'assistance opératoire	Résidents et IPAC	Résidents et chirurgiens	Résidents <sup>5</sup> et IPAC
Heures d'ouverture du bloc opératoire (chirurgies électives)	De 8 h à 16 h	De 7 h 45 à 15 h 15	De 7 h 45 à 16 h
<b>Ressources humaines</b>			
Nombre réel de chirurgiens <sup>6</sup>	57	86 <sup>7</sup>	55
Nombre réel d'anesthésiologistes	15	20	17
Nombre réel d'infirmières au bloc opératoire et en chirurgie d'un jour (en ETC)	73,41	60,6	62,9
Nombre réel d'infirmières auxiliaires au bloc opératoire et en chirurgie d'un jour (en ETC)	2,60	11	14,4
Nombre réel d'infirmières de première assistance en chirurgie au bloc opératoire (en ETC)	0,23	0	3
Nombre réel d'inhalothérapeutes au bloc opératoire (en ETC)	16,03	25	18,9
Nombre réel d'infirmières praticiennes spécialisées au bloc opératoire et en chirurgie d'un jour (en ETC)	0	0	0

1. Les données présentées dans cette annexe proviennent de l'information fournie par les centres hospitaliers audités.

2. Les spécialités incluent les chirurgiens obstétriciens-gynécologues et maxillo-faciaux, même si ces derniers ne relèvent pas du département de chirurgie.

3. Les spécialités incluent la dermatologie (voir note 7).

4. Les données sont extraites des rapports AS-478 portant sur les patients admis ou inscrits en chirurgie d'un jour.

5. L'Hôpital régional de Saint-Jérôme n'est pas un centre hospitalier affilié universitaire, mais il reçoit occasionnellement des résidents.

6. La donnée est produite par année civile, soit pour l'année 2015. Elle comprend les chirurgiens obstétriciens-gynécologues et maxillo-faciaux.

7. Le chiffre inclut les dermatologues puisque, selon l'Atlas de la santé et des services sociaux du Québec produit par le MSSS, la dermatologie est une spécialité à la fois médicale et chirurgicale. Toutefois, ce chiffre n'inclut pas les chirurgiens maxillo-faciaux, car ces derniers ne font pas partie des plans d'effectifs médicaux. De plus, l'Hôpital général juif n'a pas fourni de données pour ce type de chirurgiens.

ETC Équivalent temps complet

IPAC Infirmière de première assistance en chirurgie

	Hôpital de Chicoutimi		Hôpital général juif		Hôpital régional de Saint-Jérôme	
	Financé	Non financé	Financé	Non financé	Financé	Non financé
<b>Ressources physiques</b>						
Nombre de salles (bloc majeur)	11,6 <sup>8</sup>	0,4	13	3	9 <sup>9</sup>	0
Nombre de salles (bloc mineur <sup>10</sup> )	2	1	1	0	1	0
Nombre de salles (chirurgie obstétrique <sup>11</sup> )	0	0	1	0	0	0
Nombre de salles (ophtalmologie)	0	0	2	0 <sup>12</sup>	1	0
Nombre de salles ouvertes après 15 h 15	11,6	s.o.	5	s.o.	9	s.o.
Nombre de salles ouvertes après 16 h	3	s.o.	5	s.o.	3	s.o.
Nombre de salles ouvertes après 16 h 15	3	s.o.	5	s.o.	3	s.o.
Nombre de salles ouvertes après 16 h 30	3	s.o.	1	s.o.	2	s.o.
Nombre de salles ouvertes après 17 h	2	s.o.	1	s.o.	2	s.o.
Nombre de salles ouvertes après 18 h 15	2	s.o.	1	s.o.	1	s.o.
Nombre de salles (endoscopie <sup>13</sup> )	3	1	3	0	4	0
Nombre de civières (salle de réveil)	12	0	16	16	12	0
Nombre de lits (unité de chirurgie)	83	8	118 <sup>14</sup>	0	87	3
Nombre de lits (soins intensifs) <sup>15</sup>	18	1	22	0	24	0
Nombre de lits (soins intermédiaires)	6	0	14	0	0	0

8. La donnée inclut une salle affectée aux urgences.

9. Même si le bloc opératoire de l'Hôpital régional de Saint-Jérôme contient 10 salles, seulement 9 sont utilisées pour la chirurgie. La 10<sup>e</sup> salle est trop petite pour servir de salle de chirurgie. Elle est utilisée pour des interventions mineures (électrochoc, stimulateur cardiaque, intervention en douleur chronique, etc.).

10. L'Hôpital de Chicoutimi utilise le terme *bloc externe*.

11. À l'Hôpital de Chicoutimi et à l'Hôpital régional de Saint-Jérôme, les accouchements par césarienne sont effectués au bloc majeur.

12. Le Centre universitaire de la cataracte a ouvert en janvier 2016. Il comprend trois salles, dont une est jugée non fonctionnelle puisqu'elle n'est pas équipée. Pour cette raison, celle-ci n'est pas comptabilisée dans les salles non financées.

13. Les salles de l'Hôpital de Chicoutimi sont des salles en endoscopie digestive et en bronchoscopie.

14. Parmi ce nombre de lits, 20 % servent à couvrir les débordements de la médecine.

15. Le nombre de lits comprend les lits en soins coronariens, le cas échéant. L'Hôpital de Chicoutimi a quatre lits de ce type et l'Hôpital régional de Saint-Jérôme en compte six.

## Annexe 4 Exemples d'indicateurs servant à mesurer la performance des services chirurgicaux

Étape	Actions	Exemples d'indicateurs
Décision d'effectuer la chirurgie	La requête opératoire est remplie et transmise par le médecin spécialiste. L'hôpital la saisit afin d'inscrire le patient sur la liste d'attente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Délai entre la décision d'opérer un patient (à partir des données de la RAMQ) et la transmission de la requête opératoire</li> <li>■ Délai entre l'inscription d'un patient sur la liste d'attente et la date d'admission à la chirurgie</li> </ul>
Planification	L'horaire du bloc opératoire est planifié selon les cas cliniques prioritaires et la disponibilité des salles d'opération.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pourcentage de patients traités à temps</li> <li>■ Nombre de révisions du temps opératoire alloué</li> <li>■ Pourcentage du temps alloué à chaque chirurgie par rapport au temps utilisé</li> <li>■ Pourcentage du temps opératoire utilisé par rapport au temps opératoire disponible</li> <li>■ Nombre de chirurgies planifiées par rapport au nombre de chirurgies réalisées</li> <li>■ Temps opératoire non attribué par mois</li> </ul>
Préadmission	Le patient passe par un processus d'évaluation avant la chirurgie (examens, enseignement).	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nombre d'annulations de chirurgies le jour même en raison d'une préparation inadéquate du patient</li> </ul>
Admission	Une vérification du dossier du patient avant la chirurgie et une préparation pour la chirurgie sont effectuées.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nombre de patients dont l'opération est annulée le jour de l'admission à l'hôpital</li> <li>■ Pourcentage de patients qui ne sont pas prêts pour la chirurgie</li> <li>■ Nombre et pourcentage de reports causés par les patients</li> <li>■ Nombre de patients qui ne se sont pas présentés à l'hôpital le jour de leur chirurgie</li> <li>■ Délai entre l'admission du patient et son entrée au bloc opératoire</li> <li>■ Pourcentage de formulaires de consentement remplis avant le jour de l'opération</li> </ul>

Étape	Actions	Exemples d'indicateurs
Chirurgie	Début de la chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Capacité <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pourcentage de salles d'opération utilisées</li> <li>– Nombre et proportion d'actes non chirurgicaux effectués dans des salles d'opération</li> <li>– Nombre d'heures effectuées par catégories (chirurgien, anesthésiologiste, équipe d'infirmières), par opération, par quart de travail et par jour de la semaine</li> <li>– Profil de l'équipe (nombre d'employés et niveau de compétence)</li> </ul> </li> <li>■ Processus <ul style="list-style-type: none"> <li>– Début tardif, fin plus tôt que prévu ou fin tardive</li> <li>– Temps de préparation de la salle d'opération entre la fin d'une procédure et le début de la suivante</li> <li>– Début de l'anesthésie</li> <li>– Temps d'anesthésie</li> </ul> </li> <li>■ Pourcentage de chirurgies planifiées commençant à l'heure <ul style="list-style-type: none"> <li>– Durée réelle de l'opération</li> <li>– Temps moyen pris pour l'ensemble des opérations</li> <li>– Temps moyen pour terminer les opérations par type</li> </ul> </li> <li>■ Mesure des coûts <ul style="list-style-type: none"> <li>– Coûts du bloc opératoire par heure en fonction des heures d'ouverture de celui-ci par jour ouvrable</li> <li>– Performance du bloc par rapport au budget</li> <li>– Stocks en consignation et utilisés</li> <li>– Coûts relatifs aux prothèses</li> <li>– Coûts relatifs à la radiologie</li> <li>– Coûts relatifs aux heures supplémentaires</li> </ul> </li> <li>■ Productivité des médecins et de l'équipe <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nombre d'employés du bloc opératoire par opération</li> <li>– Nombre d'employés du bloc opératoire par opération, classés par type</li> <li>– Coûts des employés du bloc opératoire par opération</li> <li>– Coûts des employés du bloc opératoire par opération, classés par type</li> <li>– Productivité du personnel médical du bloc opératoire par chirurgien et par anesthésiologiste (temps et coûts par chirurgien et par anesthésiologiste et taux d'utilisation des chirurgiens et des anesthésiologistes)</li> <li>– Postes vacants</li> </ul> </li> <li>■ Effets imprévus <ul style="list-style-type: none"> <li>– Taux de mortalité</li> <li>– Taux de complications</li> <li>– Nombre d'erreurs chirurgicales</li> <li>– Nombre d'interruptions et raisons</li> </ul> </li> </ul>
Soins postopératoires	Gestion des patients et soins postopératoires	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nombre de civières dans la salle de réveil</li> <li>■ Nombre de lits pour les séjours de courte durée</li> <li>■ Nombre de fois que la salle de réveil est incapable d'accepter de nouveaux patients par manque de civières</li> <li>■ Taux de réadmission imprévue au bloc opératoire</li> <li>■ Taux d'infection des plaies</li> <li>■ Heures supplémentaires passées dans la salle de réveil</li> </ul>