

Legislative  
Assembly  
of Ontario



Assemblée  
législative  
de l'Ontario

---

# COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

## HÔPITAUX – GESTION ET UTILISATION DES INSTALLATIONS CHIRURGICALES

(Rapport annuel 2007 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.09)

1<sup>re</sup> session, 39<sup>e</sup> législature  
57 Elizabeth II

**Données de catalogage avant publication de la Bibliothèque et Archives Canada**

Ontario. Assemblée législative. Comité permanent des comptes publics

Hôpitaux – gestion et utilisation des installations chirurgicales (Rapport annuel 2007 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.09)

Texte en français et en anglais disposé tête-bêche.

Titre de la p. de t. additionnelle: Hospitals – management and use of surgical facilities  
(Section 3.09, 2007 Annual report of the Auditor General of Ontario)

Également disponible sur l'Internet.

ISBN 978-1-4249-7449-8

1. Hôpitaux—Utilisation—Ontario. 2. Salles d'opération—Ontario—Administration.

I. Titre. II. Titre: Hospitals – management and use of surgical facilities (Section 3.09, 2007 Annual report of the Auditor General of Ontario)

RD27.44.C2 O56 2008

362.1'09713

C2008-964025-XF

Legislative  
Assembly  
of Ontario



Assemblée  
législative  
de l'Ontario

L'honorable Steve Peters  
Président de l'Assemblée législative

Monsieur le président,

Le Comité permanent des comptes publics a l'honneur de présenter son rapport et de le confier à l'Assemblée.

Le président du comité,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Norm. Sterling".

Norman W. Sterling

Queen's Park  
Septembre 2008

**COMPOSITION DU  
COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS**

1<sup>re</sup> session, 39<sup>e</sup> législature

**NORMAN STERLING**  
Président

**JERRY J. OUELLETTE**  
Vice-président

LAURA ALBANESE

LIZ SANDALS

ERNIE HARDEMAN

MARIA VAN BOMMEL

ANDREA HORWATH

DAVID ZIMMER

PHIL MCNEELY

---

Katch Koch  
Greffier du comité

Lorraine Luski  
Recherchiste

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE D'ABRÉVIATIONS CHOISIES	ii
PRÉAMBULE	1
Remerciements	1
1. OBJECTIFS DE LA VÉRIFICATION	1
1.1 Principales constatations	2
2. RÉPONSE DU MINISTÈRE DEMANDÉE PAR LE COMITÉ	4
2.1 Recommandations du Comité	4
3. VUE D'ENSEMBLE	7
3.1 Rôles et responsabilités clés — Système de soins de santé de l'Ontario	7
CONSTATATIONS ET RECOMMANDATIONS DE LA VÉRIFICATION	9
4. INITIATIVES DU MINISTÈRE	9
5. ACCÈS AUX SERVICES DE CHIRURGIE	11
5.1 Information sur la disponibilité et l'utilisation des salles d'opération	11
5.2 Répartition du temps d'utilisation des salles d'opération entre les chirurgiens	12
5.3 Établissement du calendrier des chirurgies	14
5.3.1 Chirurgies non urgentes	14
5.3.2 Chirurgies urgentes	15
5.3.3 Sélection et examens préopératoires des patients	18
6. TEMPS D'ATTENTE	21
6.1 Niveaux de priorité des patients	22
6.2 Déclaration des renseignements sur les temps d'attente	23
6.2.1 Temps d'attente réels déclarés et temps d'attente cibles	23
6.2.2 Temps d'attente selon les niveaux de priorité	23
6.2.3 Temps d'attente pour rencontrer un chirurgien	24
6.2.4 Déclaration des renseignements sur les temps d'attente dans les autres provinces	24
6.3 Utilisation du Système d'information sur les listes d'attente par les chirurgiens et les hôpitaux	27
7. EFFICIENCE DES SALLES D'OPÉRATION	30
7.1 Surveillance des indicateurs de rendement concernant l'utilisation des salles d'opération	30
7.2 Goulots d'étranglement en matière de soins chirurgicaux	33
7.2.1 Disponibilité de lits	33
7.2.2 Disponibilité des anesthésistes	37
8. INSTRUMENTS CHIRURGICAUX	39
NOTES	44

**LISTE D'ABRÉVIATIONS CHOISIES**

ANS	Autres niveaux de soins
CASC	Centre d'accès aux soins communautaires
CCLD	Comité consultatif sur les lignes directrices
CCPMI	Comité consultatif provincial sur les maladies infectieuses
CEAAPC	Comité d'experts en matière d'analyse et d'amélioration des procédures chirurgicales
CMC	Comité médical consultatif
EEEASP	Équipe experte d'encadrement pour l'amélioration des soins périopératoires
ESA	Équipe de soins anesthésiques
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IRSS	Institut de recherche en services de santé
OHA	Association des hôpitaux de l'Ontario
POESC	Programme d'objectifs en matière d'efficacité des soins chirurgicaux
RLISS	Réseau local d'intégration des services de santé
SITA	Système d'information sur les temps d'attente
SO	Salle d'opération

## PRÉAMBULE

Le 21 février 2008, le Comité permanent des comptes publics (le Comité) a tenu des audiences sur la vérification, effectuée par le vérificateur général en 2007, de la gestion et de l'utilisation des installations chirurgicales dans les hôpitaux réglementés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Section 3.09 de son *Rapport annuel 2007*). Le Comité a souscrit aux constatations et recommandations du vérificateur.

Le présent rapport expose les constatations et les recommandations du Comité. Les données de base sur les sections du rapport de vérification original sont suivies d'un survol des principales constatations tirées à la suite des audiences et, s'il y a lieu, de nouvelles recommandations. On trouvera la transcription intégrale des audiences dans le *Journal des débats*.

## Remerciements

Le Comité tient à remercier les fonctionnaires du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère), les représentants des trois hôpitaux vérifiés ainsi que le nouveau PDG de l'Association des hôpitaux de l'Ontario pour leur présence aux audiences. Le Ministère et les hôpitaux partenaires ont exprimé leurs remerciements pour cette vérification, qui les aidera à relever le défi continu d'améliorer les services chirurgicaux. Le Comité remercie également le Bureau du vérificateur général, le greffier du Comité et le personnel des Services de recherches et d'information de la Bibliothèque de l'Assemblée législative pour l'assistance qu'ils lui ont prêtée durant les audiences et les délibérations sur la rédaction du rapport.

## 1. OBJECTIFS DE LA VÉRIFICATION

L'objectif de la vérification était d'évaluer si les hôpitaux sélectionnés avaient mis en place des politiques et des procédures adéquates pour veiller à la gestion et à l'utilisation efficaces des installations chirurgicales en vue de répondre aux besoins des patients. Trois hôpitaux de différentes tailles offrant des services à une variété de collectivités ont fait l'objet de notre vérification : le Toronto East General Hospital, le Centre de santé St-Joseph de Hamilton (qui compte des sites chirurgicaux à Hamilton et à Stoney Creek) et l'Hôpital régional de Sudbury (qui compte des sites chirurgicaux au Centre de santé St-Joseph et à l'Hôpital Memorial, à Sudbury).<sup>1</sup>

En plus d'examiner les politiques, les procédures et les dossiers pertinents, l'information sur la Stratégie de réduction des temps d'attente (la Stratégie) du Ministère et la documentation du Réseau de soins cardiaques, le personnel de vérification a interviewé des employés concernés des hôpitaux et du Ministère ainsi que des représentants du Comité d'experts en matière d'analyse et d'amélioration des procédures chirurgicales (CEAAPC) du Ministère, et retenu les services de consultants indépendants possédant des connaissances spécialisées en gestion des installations chirurgicales.<sup>2</sup>

## 1.1 Principales constatations

Le vérificateur a constaté que tous les hôpitaux visités géraient l'utilisation de leurs installations chirurgicales de façon appropriée dans certains domaines. Le Ministère avait également lancé plusieurs initiatives encourageantes liées à sa Stratégie de réduction des temps d'attente afin d'aider les hôpitaux à améliorer leurs procédures chirurgicales.

Le vérificateur était toutefois préoccupé par l'absence d'information ministérielle sur la capacité globale des installations chirurgicales des hôpitaux, le nombre total de patients en attente d'intervention chirurgicale ou le type d'intervention requise. Il a constaté que les trois hôpitaux vérifiés devaient faire une utilisation plus efficace de leurs installations chirurgicales afin de réduire les temps d'attente des patients. Il a notamment observé ce qui suit au sujet de la gestion et de l'utilisation des installations chirurgicales :

- **Initiatives :** Les hôpitaux visités avaient mis en place des procédures en vue d'établir l'ordre de priorité des chirurgies urgentes et de sélectionner à l'avance les patients devant subir une chirurgie non urgente. Le Ministère avait également établi plusieurs groupes d'experts et équipes d'encadrement et lancé des projets pilotes afin d'aider les hôpitaux à améliorer la gestion et l'utilisation de leurs installations et ressources chirurgicales. Certains projets pilotes visaient à centraliser l'aiguillage et l'évaluation des patients afin de permettre à ces derniers de choisir le chirurgien ayant la liste d'attente la plus courte.
- **Capacité de la salle d'opération :** Au moment de la vérification, le Ministère ne disposait pas d'information sur le nombre de salles d'opération dans les hôpitaux ontariens ni sur les heures d'utilisation de ces salles. Il était donc difficile pour le Ministère et pour les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) de déterminer si la capacité des salles d'opération était suffisante pour répondre aux besoins des Ontariens. Dans les hôpitaux visités, un pourcentage significatif des salles d'opération n'était généralement pas utilisé durant certaines périodes telles que les mois d'été.
- **Répartition du temps d'utilisation des salles d'opération :** Dans les hôpitaux visités, la répartition du temps d'utilisation des salles d'opération entre les chirurgiens était fondée principalement sur le nombre d'heures qui leur avait été attribué dans le passé plutôt que sur les besoins des patients et les priorités des hôpitaux.
- **Cas très urgents et objectifs :** Dans son rapport, le vérificateur a observé que deux hôpitaux conservaient de l'information indiquant si leurs patients constituant des cas très urgents subissaient leur intervention chirurgicale dans les délais établis par l'hôpital. Ces renseignements indiquaient que 87 % des cas étaient traités dans les délais et que 13 % ne l'étaient pas.
- **Examen préopératoire des patients :** Le vérificateur a noté que le taux d'électrocardiogrammes (ECG) et de radiographies pulmonaires préopératoires variait considérablement entre les patients médicalement stables devant subir une chirurgie à faible risque dans un hôpital ontarien, et

- ce, malgré des lignes directrices cliniques selon lesquelles ces patients n'ont généralement pas besoin d'un ECG ou d'une radiographie pulmonaire.
- **Réévaluation des patients :** Selon l'entente de financement pour la réduction des temps d'attente conclue en 2006-2007 par le Ministère et les hôpitaux, ceux-ci doivent veiller à ce qu'aucun patient n'attende plus de dix mois pour une chirurgie sans être réévalué. Or, aucun des hôpitaux visités n'avait effectué de suivi auprès des chirurgiens pour s'assurer que les patients qui avaient attendu plus de dix mois étaient réévalués. Dans un hôpital, certains patients attendaient encore après trois ans. De plus, le délai maximum ciblé de dix mois excluait le temps d'attente du patient entre la date d'aiguillage par le médecin de famille et la date du rendez-vous chez le chirurgien.
  - **Délais associés aux chirurgies :** Le vérificateur a noté certains écarts significatifs dans les délais associés aux chirurgies selon l'hôpital qui pratiquait l'intervention ou le RLISS dont relevait l'hôpital. Par exemple, les patients de certains hôpitaux attendaient moins longtemps pour des chirurgies du cancer de priorité 3 que ceux d'autres hôpitaux pour des chirurgies du cancer plus urgentes de priorité 2.
  - **Temps d'attente selon le chirurgien :** Au moment de la vérification, le Ministère ne prévoyait pas de rendre publics les temps d'attente selon les chirurgiens. Le vérificateur était d'avis que cette information, déjà disponible en Alberta et en Colombie-Britannique pour certaines chirurgies, pourrait aider les médecins traitants et les patients à déterminer quel chirurgien pourrait effectuer l'intervention dans les meilleurs délais.
  - **Utilisation de l'information sur les temps d'attente :** Les hôpitaux visités n'utilisaient pas le Système d'information sur les temps d'attente (le Système) pour mieux surveiller et gérer les listes d'attente des patients, en partie parce que sa fonction de production de rapports était encore en développement.
  - **Patients en attente d'un autre type d'hébergement :** Au moment de la vérification, dans deux des hôpitaux visités, environ 13 % des lits destinés aux patients hospitalisés étaient occupés par des personnes qui attendaient d'avoir accès à un autre type d'hébergement tel qu'un foyer de soins de longue durée. Ce genre d'utilisation avait pour effet de réduire le nombre de lits disponibles pour les patients hospitalisés après une opération et donc de retarder ou d'annuler les chirurgies prévues.
  - **Équipes de soins anesthésiques :** Dans le cadre du projet pilote du Ministère prévoyant l'utilisation d'équipes de soins anesthésiques pour certaines interventions chirurgicales à faible risque, un anesthésiste supervise plus d'une intervention chirurgicale, ce qui permet d'éviter des retards ou des annulations. Toutefois, si le Ministère en vient à décider que le projet pilote mérite d'être élargi, il devra évaluer s'il est nécessaire de revoir le modèle actuel de financement afin d'encourager l'adoption du système de travail en équipe.
  - **Stérilisation rapide :** Tous les hôpitaux visités avaient recours à une méthode de « stérilisation rapide » lorsqu'ils n'avaient pas le temps de procéder à la stérilisation et au nettoyage ordinaires des instruments requis pour l'intervention. Le vérificateur a constaté que, dans un hôpital en particulier, la

raison invoquée pour justifier 73 % des cas de stérilisation rapide était le manque d'instruments. Cette pratique est contraire aux lignes directrices américaines et aux conseils donnés au Ministère par un comité consultatif sur les maladies infectieuses, selon lesquels la stérilisation rapide ne doit être utilisée qu'en cas d'urgence, par exemple quand on laisse tomber un instrument sur le sol et que la procédure régulière de nettoyage ou de stérilisation prendrait trop de temps.

Le vérificateur reconnaissait qu'il serait difficile de régler les problèmes soulevés, particulièrement ceux qui nécessitent la coopération des principaux intervenants, dont les hôpitaux, le Ministère, le RLISS et les professionnels rémunérés à l'acte.

## **2. RÉPONSE DU MINISTÈRE DEMANDÉE PAR LE COMITÉ**

Le Comité demande au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de faire parvenir une réponse écrite au greffier du Comité dans les 120 jours civils suivant le dépôt du présent rapport auprès du président de l'Assemblée législative, sauf indication contraire dans une recommandation, comme c'est le cas dans les recommandations 2, 3, 4, 6 et 9.

### **2.1 Recommandations du Comité**

- 1. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité un rapport précisant si la responsabilité de veiller à la mise en œuvre appropriée des conseils et recommandations des différents comités d'experts en chirurgie du Ministère incombe au Ministère, aux réseaux locaux d'intégration des services de santé ou à chaque hôpital.**
- 2. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux partenaires, présente un rapport au Comité en avril 2009 sur l'état de la mise en œuvre par les hôpitaux des recommandations des différents comités d'experts en chirurgie du Ministère. Si un nombre important d'hôpitaux n'ont pas mis en œuvre une recommandation donnée avant avril 2009, le Ministère devra présenter un rapport de suivi un an plus tard sur les progrès subséquents.**
- 3. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux partenaires, présente un rapport d'étape au Comité en avril 2009. Ce rapport doit indiquer les résultats de la mise en œuvre de la recommandation du Comité d'experts en matière d'analyse et d'amélioration des procédures chirurgicales (CEAAPC) voulant que les hôpitaux accordent une plus grande importance aux besoins des**

---

patients qu'au nombre d'heures auparavant attribué aux chirurgiens dans la répartition du temps d'utilisation des salles d'opération.

4. **Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux partenaires, présente un rapport au Comité en avril 2009 sur le taux de mise en œuvre du système de priorisation uniformisé à l'échelle de l'Ontario pour des chirurgies urgentes et très urgentes.**
5. **Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux partenaires, présente un rapport au Comité sur l'adoption des lignes directrices cliniques concernant les examens préopératoires qui ont été approuvées par le Comité consultatif sur les lignes directrices du Ministère, issu d'un partenariat entre le Ministère et l'Ontario Medical Association. Le rapport devrait indiquer le taux d'électrocardiogrammes (ECG) et de radiographies pulmonaires préopératoires réalisés dans chaque hôpital chirurgical pour les patients médicalement stables qui doivent subir des interventions chirurgicales à risque faible ou moyen.**
6. **Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux partenaires, présente un rapport au Comité sur les progrès réalisés dans la déclaration publique des temps d'attente pour 50 % des chirurgies d'ici l'été 2008 et pour toutes les chirurgies d'ici l'été 2009.**
7. **Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux partenaires, présente un rapport au Comité sur les progrès réalisés par les hôpitaux dans la mise en œuvre du nouveau Programme d'objectifs en matière d'efficience des soins chirurgicaux (POESC).**
8. **Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux partenaires, présente au Comité un rapport indiquant si les hôpitaux utilisent l'information fournie par le nouveau POESC pour comparer les mesures de rendement clés (p. ex. l'exactitude de l'heure de début des chirurgies en salle d'opération) aux objectifs de rendement. Le Comité veut particulièrement savoir si les administrateurs des hôpitaux utilisent le POESC et prennent des mesures appropriées pour combler les écarts significatifs.**
9. **Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux partenaires, présente un rapport au Comité en avril 2009 sur l'affichage des indicateurs de rendement. Le rapport doit indiquer**

dans quelle mesure les hôpitaux recevant un financement aux termes de la Stratégie de réduction des temps d'attente, ainsi que tous les autres hôpitaux qui pratiquent des interventions chirurgicales, affichent les indicateurs de rendement (p. ex. les statistiques sur l'utilisation) pour toutes les chirurgies sur leurs sites Web publics. Le Comité veut surtout amener les hôpitaux à assumer une plus grande responsabilité à l'égard des résultats et il pense que la communication des indicateurs de rendement pourrait aider les administrateurs des hôpitaux à atteindre leur but, qui est d'accroître l'efficacité des soins chirurgicaux.

10. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux partenaires, présente un rapport au Comité sur le succès des efforts déployés par le Ministère et ses partenaires pour libérer des lits de soins actifs actuellement occupés par des patients qui attendent d'être placés dans d'autres logements tels que des foyers de soins de longue durée. Ce rapport doit notamment préciser les efforts déployés par le Ministère pour développer le concept des logements avec services de soutien, un type de soins plus robustes que les soins à domicile mais moins exigeants que les soins de longue durée, qui pourraient être indiqués pour certains patients hospitalisés qui n'ont plus besoin de soins hospitaliers. Le Ministère doit aussi signaler les tendances dans le nombre de patients occupant des lits d'hôpitaux qui attendent d'être placés dans d'autres logements.
11. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux partenaires, présente un rapport au Comité sur la possibilité de transférer les patients des régions rurales qui occupent des lits dans des hôpitaux urbains à de petits hôpitaux ruraux pour les soins postopératoires afin de libérer des lits de chirurgie dans les hôpitaux urbains.
12. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux partenaires, présente un rapport au Comité sur les résultats de son évaluation des projets pilotes concernant les équipes de soins anesthésiques (ESA). Ce rapport doit faire connaître les résultats et les coûts, en plus d'indiquer si le Ministère propose d'étendre le modèle des ESA au-delà des neuf hôpitaux actuels et, le cas échéant, comment il prévoit d'atténuer l'effet désincitatif financier du modèle proposé sur le budget global des hôpitaux. Le rapport doit aussi préciser si le Ministère compte étendre le modèle des ESA à d'autres chirurgies que celle de la cataracte. Enfin, il doit indiquer si l'Ontario fait encore face à une pénurie d'anesthésistes et, le cas échéant, spécifier les mesures prises par le Ministère pour pallier cette pénurie.

- 13. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente un rapport au Comité sur la mesure dans laquelle les hôpitaux partenaires ont adopté un seuil acceptable pour le recours à la stérilisation rapide, comme le recommandent les experts en médecine.**
- 14. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et l'Association des hôpitaux de l'Ontario présente un rapport au Comité sur le projet de chaîne d'approvisionnement des salles d'opération de l'initiative AchatsOntario. Le Comité demande notamment un rapport de suivi sur la question de savoir si ce projet aide les hôpitaux à se procurer suffisamment d'instruments pour réduire la nécessité d'avoir recours à la stérilisation rapide en temps normal et, dans la négative, sur les mesures additionnelles qui seront prises.**

### **3. VUE D'ENSEMBLE**

#### **3.1 Rôles et responsabilités clés — Système de soins de santé de l'Ontario**

La *Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée* confère les fonctions et pouvoirs suivants au ministre : veiller à l'état de la santé et du bien-être physique et mental de la population de l'Ontario et en améliorer les divers aspects; être responsable de la mise sur pied, de la coordination et du fonctionnement d'une gamme complète de services de santé et d'un réseau harmonieux et intégré d'hôpitaux, de maisons de soins infirmiers, de laboratoires, de services d'ambulance et d'autres établissements de santé en Ontario;<sup>3</sup> régir les soins, les traitements et les services dispensés par les hôpitaux. Le ministre est également chargé d'administrer et d'appliquer la *Loi sur les hôpitaux publics* et ses règlements.<sup>4</sup>

La *Loi sur les hôpitaux publics* énonce les responsabilités des conseils d'administration des hôpitaux et, surtout, des comités médicaux consultatifs qui en relèvent. Reconnaissant que les médecins possèdent l'expertise nécessaire pour superviser et évaluer la qualité des soins prodigués aux patients, chaque conseil doit constituer un comité médical consultatif, qui lui présente des recommandations concernant la qualité des soins fournis en milieu hospitalier par le personnel médical et certains autres professionnels de la santé. C'est au conseil d'administration de l'hôpital que revient la responsabilité ultime d'assurer la qualité des soins aux patients en milieu hospitalier.<sup>5</sup>

La plupart des hôpitaux publics de l'Ontario sont constitués en personnes morales en vertu de la *Loi sur les personnes morales* et réglementés par la *Loi sur les hôpitaux publics* et ses règlements. Le conseil d'administration doit assurer le bon fonctionnement de l'hôpital et fixer ses propres priorités de façon à répondre aux besoins des patients dans la collectivité servie.<sup>6</sup>

Les professions de la santé réglementées, y compris la profession de médecin, sont régies par la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* et par une loi spécifique à chaque profession. En vertu de ces lois, chacune des professions de la santé doit avoir un collège qui est l'organisme d'autoréglementation pour ses membres. Les collèges protègent le public en réglementant la pratique et les membres de la profession.<sup>7</sup>

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2007, date où les réseaux locaux d'intégration des services de santé ont pris en charge la priorisation, la planification et le financement de certains services de santé, y compris le financement des hôpitaux, les hôpitaux rendent compte à leur RLISS plutôt que directement au ministère de la Santé et des Soins de longue durée. La *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* prévoit un système de soins de santé intégré.<sup>8</sup>

En 2006-2007, le Ministère a fourni environ 85 % du financement total des hôpitaux. Les coûts d'exploitation des plus de 150 corporations hospitalières totalisaient environ 19 milliards de dollars. Toujours en 2006-2007, les hôpitaux de l'Ontario ont pratiqué environ 844 000 interventions chirurgicales, dont 35 % ont nécessité l'hospitalisation du patient, ainsi que plus de 135 000 autres procédures de diagnostic (telles que des biopsies et des examens par imagerie médicale) en salle d'opération.<sup>9</sup>

Le Ministère a indiqué que les dépenses liées aux salles d'opération des hôpitaux totalisaient environ 1,2 milliard de dollars en 2006-2007.<sup>10</sup> L'Ontario a vu la demande pour certaines chirurgies augmenter au cours des dix dernières années ou à peu près, surtout sous l'impulsion de facteurs tels que la croissance et le vieillissement de la population et les innovations technologiques. Le vérificateur a examiné trois hôpitaux, qui avaient pratiqué quelque 44 000 interventions chirurgicales dans leurs 42 salles d'opération à un coût d'environ 65 millions de dollars en 2006-2007.<sup>11</sup>

Le Comité a discuté du fait que c'est la troisième année où le vérificateur général de l'Ontario procède à des vérifications de l'optimisation des ressources d'organismes parapublics depuis l'adoption du projet de loi 18, *Loi de 2004 modifiant des lois en ce qui concerne la vérification des comptes publics*, qui élargissait le mandat du vérificateur.<sup>12</sup> Cette loi était censée accroître la responsabilisation à l'échelle provinciale, puisque environ la moitié des dépenses gouvernementales totales (à l'exclusion de l'intérêt sur la dette) prend la forme de paiements de transfert à des organismes du secteur parapublic, qui comprend les hôpitaux ainsi que les écoles, les universités et les collèges.

Les dépenses associées aux programmes de santé de l'Ontario devraient atteindre 40,4 milliards de dollars en 2008-2009 (ou 46 % des dépenses de programme totales de la province).<sup>13</sup> Les membres du Comité des comptes publics s'intéressent vivement aux hôpitaux, qui comptent pour environ 40 % des dépenses projetées en soins de santé de 40,4 milliards de dollars.<sup>14</sup> Le *Rapport annuel 2007* du vérificateur général examinait la gestion et l'utilisation des installations chirurgicales dans les hôpitaux (Section 3.09). Il s'agit de sa

troisième vérification liée aux hôpitaux depuis l'élargissement de son mandat en novembre 2004.<sup>15</sup>

## CONSTATATIONS ET RECOMMANDATIONS DE LA VÉRIFICATION

### 4. INITIATIVES DU MINISTÈRE

Le vérificateur a noté que le Ministère avait récemment lancé un certain nombre d'initiatives visant à favoriser l'adoption de pratiques périopératoires exemplaires. Les processus périopératoires comprennent la prise de rendez-vous avec les patients pour la chirurgie, la préparation des patients à la chirurgie et à leur congé de l'hôpital, l'intervention même et les soins en salle de réveil. Pour aider à assurer l'efficacité des processus périopératoires, le Ministère a introduit un certain nombre d'initiatives, dont beaucoup sont essentielles à sa Stratégie de réduction des temps d'attente annoncée en novembre 2004. La Stratégie identifie cinq secteurs prioritaires aux fins de la réduction des temps d'attente : (1) le traitement chirurgical du cancer; (2) certaines interventions cardiaques; (3) les chirurgies de la cataracte; (4) l'arthroplastie de la hanche et du genou; et (5) les examens par IRM et tomographie axiale.

Les initiatives susmentionnées comprennent ce qui suit :

En juin 2005, un **Comité d'experts en matière d'analyse et d'amélioration des procédures chirurgicales (CEAAPC)** établi en octobre 2004 a présenté un rapport sur les pratiques exemplaires visant à accroître la capacité à même les ressources disponibles des hôpitaux et formulé des recommandations visant à favoriser l'adoption de pratiques chirurgicales efficaces au sein du système de soins de santé de l'Ontario.

Le **Comité d'experts en chirurgie générale (CECG)** avait pour mandat d'examiner les chirurgies autres que celles du cancer effectuées par des chirurgiens généralistes. Il est en train d'élaborer une échelle d'établissement des priorités assortie d'objectifs en matière d'accès à la chirurgie générale. Il était censé présenter son rapport à l'automne 2007.

Le **Comité d'experts sur la qualité (CEQ)** devait se pencher sur les indicateurs de la qualité des soins et de la sécurité des patients et offrir une rétroaction informelle au Ministère.

Des **équipes expertes d'encadrement pour l'amélioration des soins périopératoires (EEEASP)** ont été chargées de travailler avec les hôpitaux à cibler des domaines et à élaborer des stratégies visant l'amélioration des processus de gestion des services chirurgicaux. Au moment de la vérification, ces équipes avaient inspecté environ 35 hôpitaux, dont un des trois visités par l'équipe de vérification.

Le **Système d'information sur les temps d'attente (le Système)** a été introduit en mars 2006 (après un système provisoire mis en œuvre en juillet 2005) pour

surveiller et aider à gérer les temps d'attente pour les chirurgies. Les quelque 80 hôpitaux recevant un financement aux termes de la Stratégie utilisaient le Système en juin 2007.

Le **Programme d'objectifs en matière d'efficience des soins chirurgicaux (le Programme)** mesure les procédures chirurgicales dans les hôpitaux et cible les points à améliorer. (Le Ministère a indiqué par la suite qu'il servirait également à surveiller le nombre de salles d'opération.) Cette initiative produit quatre indicateurs de rendement comparables d'un hôpital à l'autre. Le CCAAPC pourrait ajouter d'autres indicateurs de rendement clés au Programme dans l'avenir. On s'attend à obtenir des résultats pour chacun des hôpitaux participants ainsi que pour chaque RLISS et pour l'ensemble de la province. En juin 2007, le Programme avait été mis en œuvre dans près de 60 hôpitaux et l'on s'attendait à ce qu'il le soit dans les autres hôpitaux participants avant la fin de l'été 2007.

Parmi les autres projets cliniques introduits par le Ministère dans le cadre de la Stratégie de réduction des temps d'attente, mentionnons :

- un système d'aiguillage centralisé, p. ex. un centre régional de médecine et de chirurgie oculaires;
- un système centralisé d'évaluation des patients, p. ex. un programme conjoint de gestion de la santé et des maladies.

Bon nombre des projets pilotes visant à améliorer les soins aux patients pourraient aider à accélérer l'accès aux chirurgiens. Le vérificateur a indiqué que, pour tirer pleinement parti de ces initiatives, le Ministère doit veiller à ce que ces projets soient évalués une fois la mise en œuvre achevée et, si la situation le justifie, en promouvoir l'adoption à l'échelle de la province.<sup>16</sup>

### **Audiences du Comité**

Le Comité a été encouragé de constater que le *Rapport annuel 2007* du vérificateur général faisait référence aux nombreux projets et comités d'experts en cours en Ontario afin d'améliorer l'utilisation des salles d'opération.<sup>17</sup> Le Comité sait que beaucoup de comités d'experts ont déjà présenté des recommandations visant à promouvoir des pratiques périopératoires exemplaires ou en présenteront dans l'avenir. Cependant, il ne sait pas très bien qui, du Ministère ou du RLISS, sera chargé de surveiller la mise en œuvre des conseils et recommandations. Le Comité a demandé des éclaircissements à ce sujet.

### **Recommandations du Comité**

Le Comité recommande :

- 1. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité un rapport précisant si la responsabilité de veiller à la mise en œuvre appropriée des conseils et recommandations des différents comités d'experts en chirurgie du Ministère incombe au Ministère,**

aux réseaux locaux d'intégration des services de santé ou à chaque hôpital.

2. **Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux partenaires, présente un rapport au Comité en avril 2009 sur l'état de la mise en œuvre par les hôpitaux des recommandations des différents comités d'experts en chirurgie du Ministère. Si un nombre important d'hôpitaux n'ont pas mis en œuvre une recommandation donnée avant avril 2009, le Ministère devra présenter un rapport de suivi un an plus tard sur les progrès subséquents.**

## **5. ACCÈS AUX SERVICES DE CHIRURGIE**

### **5.1 Information sur la disponibilité et l'utilisation des salles d'opération**

Le rapport de vérification incluait des détails sur les 42 salles d'opération (SO) et salles pour interventions mineures dans les trois hôpitaux visités, dont les facteurs pris en compte par les hôpitaux pour déterminer l'horaire d'utilisation de leurs SO. Il contenait des données et des exemples relatifs à l'utilisation des SO en semaine et en fin de semaine, les jours fériés et durant les mois d'été, la période des Fêtes de décembre et le congé scolaire du mois de mars, pour les chirurgies non urgentes. Le rapport indiquait également les tendances dans l'utilisation des SO pour les chirurgies urgentes et très urgentes. Les raisons invoquées par le personnel de l'hôpital pour justifier la non-utilisation des SO comprenaient le manque de fonds pour la dotation des salles en personnel, de lits pour les patients hospitalisés et de personnel disponible, dont les anesthésistes.

Au moment de la vérification, le Ministère ne disposait pas d'information sur le nombre de salles d'opération dans les hôpitaux de l'Ontario et sur leur utilisation. Le CCAAPC a réalisé une enquête afin de déterminer le nombre et l'emplacement des SO dans les hôpitaux ontariens, mais les résultats n'ont pas été concluants parce que certains hôpitaux n'avaient pas répondu au sondage et pour d'autres raisons. En l'absence de données précises sur le nombre de salles d'opération à l'échelle de la province et sur les heures d'utilisation de ces salles, il est difficile pour le Ministère ou les RLISS de déterminer si la capacité des SO est suffisante pour répondre aux besoins des Ontariens en matière de chirurgie.

Le vérificateur a recommandé que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux, obtienne et examine l'information sur le nombre de salles d'opération à l'échelle de l'Ontario et sur l'ampleur de leur utilisation.<sup>18</sup>

Les trois hôpitaux vérifiés ont souscrit à la recommandation.<sup>19</sup>

Dans sa réponse initiale, le Ministère a indiqué qu'il ne disposait pas de ces renseignements au moment de la vérification, mais que l'information nécessaire serait recueillie par l'entremise du Programme d'objectifs en matière d'efficience des soins chirurgicaux (POESC) et que les réseaux locaux d'intégration des services de santé s'en serviraient pour planifier et gérer leurs services.<sup>20</sup>

### **Audiences du Comité**

Le Ministère a déclaré que le CEAAPC avait notamment recommandé d'élaborer un programme d'objectifs en matière d'efficience des soins chirurgicaux afin de surveiller les indicateurs de rendement clés prédéterminés pour les salles d'opération. Le POESC est un outil Web qui permet aux hôpitaux participants d'enregistrer les données sur les salles d'opération dans le système. Bien que le programme en soit encore à l'étape de la mise en œuvre, tous les hôpitaux qui reçoivent des fonds dans le cadre de la Stratégie de réduction des temps d'attente participent au programme et suivent les indicateurs de rendement clés de la phase 1, qui comprennent l'utilisation des salles d'opération aux heures de pointe, l'exactitude de l'heure prévue pour le début des chirurgies et l'exactitude du calendrier établi.<sup>21</sup>

Le Ministère a ajouté que les 82 hôpitaux participant à la Stratégie de réduction des temps d'attente utilisaient actuellement 676 salles d'opération. Les phases subséquentes du programme permettront de déterminer la capacité inutilisée dans ces hôpitaux.<sup>22</sup>

Les données recueillies dans le cadre du POESC fourniront aux décideurs de l'hôpital participant, aux RLISS et au Ministère des renseignements fiables et à jour sur le rendement des salles d'opération. Selon le Ministère, les données exactes produites par ce système permettront aux RLISS de travailler avec les hôpitaux et les intervenants communautaires à une répartition plus efficace des ressources, à l'optimisation du rendement chirurgical, à la réduction des temps d'attente et à l'amélioration de l'expérience des patients.<sup>23</sup>

Les RLISS utiliseront ces données pour élaborer des plans de travail en collaboration avec les hôpitaux afin d'apporter les améliorations ciblées. Une fois que des objectifs de rendement auront été établis, les RLISS pourront s'assurer que les hôpitaux sont gérés conformément aux pratiques exemplaires développées par le Comité d'experts.<sup>24</sup>

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

Le rapport de vérification soulignait l'importance de répartir efficacement le temps d'utilisation des salles d'opération entre les départements de chirurgie et les chirurgiens. Il faisait remarquer que l'entité chargée de répartir le temps d'utilisation des salles d'opération entre les départements de chirurgie (comme l'orthopédie et l'urologie) n'était pas la même dans les trois hôpitaux visités et que le responsable de la répartition pouvait être :

- le chef du service de chirurgie en collaboration avec le directeur du service médical et le directeur du service de chirurgie;
- un comité des salles d'opération composé du chef du service de chirurgie et des représentants des services d'anesthésie, de l'administration hospitalière et d'autres départements cliniques et de chirurgie.

En général, le chef de chaque département de chirurgie répartit le temps d'utilisation des salles d'opération entre tous les chirurgiens relevant du département.

Les nouveaux chirurgiens héritaient généralement du temps d'utilisation des chirurgiens quittant l'hôpital. Si aucun chirurgien ne quittait l'hôpital, le département de chirurgie attribuait généralement du temps d'utilisation au nouveau chirurgien en fonction du temps accordé au domaine de spécialité, ce qui entraînait une réduction des heures d'utilisation pour les autres chirurgiens.

Le personnel des trois hôpitaux visités a indiqué que la répartition du temps d'utilisation des salles d'opération entre les départements de chirurgie et entre les chirurgiens était fondée principalement sur le nombre d'heures qui leur avait été attribué dans le passé. Le Comité d'experts a mentionné dans son rapport de 2005 que cette méthode de répartition du temps d'utilisation ne tenait pas compte de divers facteurs, tels que l'urgence de l'état d'un patient par rapport à l'état de patients d'autres départements de chirurgie.

Pour remédier à cette situation, le Comité d'experts a recommandé aux hôpitaux d'adopter une stratégie de répartition fondée sur (1) les besoins des patients; (2) les priorités stratégiques de l'organisme; (3) la nécessité de veiller à ce que les chirurgiens aient suffisamment de temps en salle d'opération (pour les encourager à rester en poste); et (4) les priorités communautaires déterminées par les RLISS.

Le vérificateur a recommandé que les hôpitaux adoptent les recommandations du CEAAPC du ministère de la Santé et des Soins de longue durée concernant la répartition du temps d'utilisation des salles d'opération entre les chirurgiens, qui accordent plus d'importance aux besoins des patients qu'aux heures d'utilisation attribuées à chaque chirurgien dans le passé.<sup>25</sup>

Les hôpitaux vérifiés étaient généralement d'accord en principe avec la recommandation; deux d'entre eux ont toutefois indiqué que sa mise en œuvre présenterait certaines difficultés.<sup>26</sup>

Dans sa réponse initiale, le Ministère a indiqué qu'il était d'accord avec la recommandation et qu'il continuerait, en collaboration avec les RLISS, d'encourager les hôpitaux à mettre en œuvre les recommandations figurant dans le rapport du Comité d'experts.<sup>27</sup>

## Audiences du Comité

Une des recommandations du CEAAPC était que le Ministère mette en place des équipes expertes d'encadrement pour l'amélioration des soins périopératoires (EEEASP), et ce programme a été lancé durant l'hiver 2005-2006. Ces équipes, qui se composent d'experts cliniques et administratifs en pratiques chirurgicales, aident les hôpitaux à améliorer leur rendement opérationnel. Leurs membres, qui sont des pairs ayant de l'expérience en gestion efficace des salles d'opération, aident les hôpitaux à élaborer des plans, à schématiser leurs processus, à analyser les résultats, à identifier les points à améliorer et à optimiser les ressources humaines de même que le calendrier des chirurgies. Les EEEASP ont visité 46 emplacements jusqu'ici.<sup>28</sup>

Le Comité a entendu le témoignage des représentants de deux des hôpitaux vérifiés qui avaient choisi d'accueillir des EEEASP parrainées par le Ministère. Les hôpitaux ont trouvé l'expérience très utile, car les équipes les ont aidés à trouver des moyens d'accroître l'efficacité et l'efficacités des soins périopératoires. Un des hôpitaux avait même demandé une visite de suivi.<sup>29</sup>

Le Comité reconnaît que, pour répartir le temps d'utilisation des salles d'opération, il faut concilier les besoins des patients, les considérations cliniques des chirurgiens et le nombre d'heures attribué à chaque domaine de spécialité dans le passé. Le Comité aimerait toutefois qu'une plus grande importance soit accordée aux besoins des patients dans l'avenir. Il désire être tenu au courant des progrès réalisés ou des mesures prises pour s'assurer que la répartition du temps d'utilisation des salles d'opération est surtout fondée sur les besoins des patients.

## Recommandation du Comité

Le Comité recommande :

3. **Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux partenaires, présente un rapport d'étape au Comité en avril 2009. Ce rapport doit indiquer les résultats de la mise en œuvre de la recommandation du Comité d'experts en matière d'analyse et d'amélioration des procédures chirurgicales (CEAAPC) voulant que les hôpitaux accordent une plus grande importance aux besoins des patients qu'au nombre d'heures auparavant attribué aux chirurgiens dans la répartition du temps d'utilisation des salles d'opération.**

## 5.3 Établissement du calendrier des chirurgies

### 5.3.1 Chirurgies non urgentes

Lorsqu'un chirurgien et un patient décident de recourir à la chirurgie, le chirurgien et l'hôpital estiment le temps qu'il faudra pour accomplir l'opération. Une estimation précise est importante parce que si le temps prévu est insuffisant ou excessif :

- le personnel pourrait avoir à faire des heures supplémentaires;
- des chirurgies prévues pourraient être annulées;
- des SO pourraient rester inutilisées;
- les patients pourraient avoir à attendre plus longtemps pour subir une chirurgie.

Le rapport 2005 du CEAAPC proposait un processus efficace d'établissement du calendrier d'utilisation des salles d'opération et répertoriait plusieurs facteurs à prendre en compte, dont la fixation de la date des chirurgies en fonction du temps réel moyen que prend chaque chirurgien pour mener à terme une intervention, ce qui comprend le temps réel moyen requis pour préparer et nettoyer la salle d'opération. Les hôpitaux visités procédaient comme suit :

- Les chirurgiens avisaient l'hôpital de la date et de l'heure de chaque chirurgie au moins deux semaines à l'avance;
- Les hôpitaux consignaient cette information et se fondaient sur le temps demandé par le chirurgien pour effectuer l'intervention et le temps moyen qu'il avait pris dans le passé pour estimer le temps total requis (y compris le temps de préparation et de nettoyage de la salle d'opération).

Le Comité d'experts a recommandé que les hôpitaux évaluent chaque année si le temps réservé pour une chirurgie est à peu près égal au temps qu'elle devrait prendre selon les estimations. Un des hôpitaux visités avait examiné ces temps pour l'exercice 2006-2007 et constaté que 46 % des cas de chirurgie non urgente avait été correctement estimés, alors que 25 % des cas avaient pris plus de temps que prévu et 29 % avaient pris moins de temps que prévu.

Le vérificateur a recommandé que les hôpitaux comparent périodiquement le temps réel nécessaire pour effectuer une chirurgie – ce qui comprend le temps de préparation et de nettoyage des salles d'opération – au temps estimatif (indiqué par le temps réservé pour la salle d'opération) et relèvent tout écart considérable récurrent, de manière à ce que des ajustements puissent être apportés afin d'améliorer l'utilisation des salles d'opération.<sup>30</sup>

Les hôpitaux vérifiés étaient d'accord avec la recommandation, et l'un d'eux a indiqué qu'il s'y conformait déjà.<sup>31</sup>

Dans sa réponse initiale, le Ministère a indiqué qu'il était d'accord avec la recommandation et qu'il continuerait, en collaboration avec les RLIS, d'encourager les hôpitaux à mettre en œuvre les recommandations du CEAAPC.<sup>32</sup>

### 5.3.2 Chirurgies urgentes

Outre les chirurgies non urgentes prévues, les hôpitaux ont également des patients à opérer immédiatement ou dans un délai de quelques heures. Le CEAAPC a constaté que ces cas pouvaient représenter jusqu'à 25 % des chirurgies d'un grand hôpital. Dans les hôpitaux visités, les cas urgents constituaient entre 12 % et 19 %

du total. Un hôpital réservait jusqu'à 45 heures par mois en salle d'opération pour les cas de traumatisme.<sup>33</sup>

### **Établissement de l'ordre de priorité des cas urgents**

La vérification soulignait l'importance pour les hôpitaux d'établir des niveaux de priorité bien définis et reconnus pour que les patients ayant des besoins urgents puissent accéder rapidement aux services de chirurgie. L'absence d'un tel système de tri pourrait donner lieu à des désaccords entre les chirurgiens sur les cas à traiter en priorité et les inciter à exagérer l'urgence de leurs cas afin d'obtenir plus de temps en salle d'opération et de permettre à leurs patients d'accéder plus rapidement aux services chirurgicaux.<sup>34</sup>

Un système uniformisé d'établissement des priorités aiderait à faire en sorte que les patients reçoivent les soins chirurgicaux requis en temps opportun en fonction de leurs besoins cliniques. Le Ministère a indiqué qu'il travaillait avec le CEAAPC à l'élaboration d'un tel système pour les cas urgents.

Dans les hôpitaux visités, le personnel de vérification a trouvé trois ou quatre catégories de cas urgents et de délais connexes établis en fonction de la gravité de l'état du patient. À l'exception de la catégorie la plus urgente, aucun hôpital n'avait défini les différentes catégories d'urgences, cette décision étant généralement laissée au jugement du chirurgien. Les experts-conseils engagés par deux des hôpitaux ont constaté que la politique de priorisation des cas urgents était souvent ignorée et que, dans un des hôpitaux, le processus semblait hautement politisé et l'ordre de priorité des patients n'était pas toujours exact.<sup>35</sup>

Il était ressorti d'un examen des processus périopératoires d'un des hôpitaux par l'EEEASP que les responsables ne s'entendaient pas sur les niveaux de priorité et les types de cas que l'on pouvait considérer comme urgents. Afin de réduire la manipulation du système par les chirurgiens qui essaient d'obtenir plus de temps en salle d'opération, un des hôpitaux procédait à un examen mensuel des cas urgents de chaque chirurgien pour s'assurer que ces cas reçoivent le niveau de priorité approprié. Le personnel a expliqué que les méthodes employées dans cet hôpital pour régler les problèmes de priorisation inappropriée étaient efficaces.<sup>36</sup>

### **Respect des délais fixés**

Les trois hôpitaux ont indiqué qu'ils recueillaient de l'information afin de déterminer si les délais établis pour le traitement des cas urgents étaient respectés. En examinant un échantillon de données recueillies par deux hôpitaux, le personnel de vérification a constaté que les cas les plus urgents étaient généralement traités dans les délais fixés, mais que 13 % des cas urgents mais non très urgents (par exemple les appendicites aiguës) étaient traités entre une heure et quatre jours après le délai cible.<sup>37</sup>

Les facteurs invoqués pour expliquer les retards comprenaient l'utilisation des salles d'opération pour des cas de plus haute priorité, l'absence de chirurgien disponible et diverses préoccupations d'ordre clinique touchant les patients. Le CEAAPC examinait l'utilisation de systèmes de priorisation des cas urgents dans

les hôpitaux ontariens afin de recommander l'utilisation d'un seul système assorti de délais appropriés.<sup>38</sup>

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

Une des pratiques exemplaires citées par le Comité d'experts consiste à réserver chaque jour du temps en salle d'opération pour les cas urgents, au lieu d'attendre la fin de la journée, après que les chirurgies non urgentes prévues à l'horaire ont été effectuées. Deux des hôpitaux visités ont déjà adopté cette pratique et le troisième envisage de le faire. Des études réalisées aux États-Unis indiquent qu'en réservant une salle d'opération pour les cas urgents, on accroît l'efficacité des hôpitaux, par exemple en réduisant les annulations de chirurgies non urgentes.<sup>39</sup>

Le vérificateur a recommandé que les hôpitaux :

- avec le concours du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et des RLISS, et en tenant compte de toute recommandation formulée par le CEAAPC du Ministère, mènent à terme l'élaboration et la mise en œuvre d'un système compatible d'établissement de l'ordre de priorité à l'échelle des hôpitaux ontariens pour les cas chirurgicaux urgents et très urgents;
- examinent si les cas urgents se voient accorder la priorité par tous les chirurgiens conformément à la politique de l'hôpital et si les patients reçoivent les soins chirurgicaux dans les délais prescrits, et prennent des mesures correctives s'il y a lieu;
- examinent les coûts et les avantages associés au fait de réserver chaque jour du temps d'utilisation des salles d'opération pour les cas chirurgicaux urgents dans le cadre des activités normales prévues, conformément aux recommandations du CEAAPC du Ministère.

Tous les hôpitaux vérifiés souscrivaient à la recommandation du vérificateur.<sup>40</sup>

Dans sa réponse initiale, le Ministère a indiqué qu'il était d'accord avec la recommandation et qu'il continuerait avec les RLISS à encourager les hôpitaux à mettre en œuvre les recommandations du CEAAPC.<sup>41</sup> Le Ministère a ensuite informé le Comité qu'un système uniformisé de priorisation des cas urgents et très urgents avait été élaboré dans le cadre du POESC, en collaboration avec des experts cliniques et des hôpitaux, et qu'il serait déployé. Une « trousse d'outils » sera envoyée à tous les hôpitaux pour qu'ils puissent commencer à suivre leurs cas selon la nouvelle méthode en avril 2008. Durant la Phase II (censée prendre fin en novembre 2008), les hôpitaux prioriseront les cas urgents de la même façon et pourront utiliser le POESC pour déterminer si les patients sont traités dans les délais prescrits.<sup>42</sup>

## **Recommandation du Comité**

Le Comité recommande :

- 4. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les**

**hôpitaux partenaires, présente un rapport au Comité en avril 2009 sur le taux de mise en œuvre du système de priorisation uniformisé à l'échelle de l'Ontario pour des chirurgies urgentes et très urgentes.**

*5.3.3 Sélection et examens préopératoires des patients*

Le processus de sélection des patients englobent généralement les examens requis, l'éducation des patients et la planification des sorties. Le Comité d'experts a recommandé que tous les patients devant subir une chirurgie non urgente fassent l'objet d'une sélection, soit par téléphone ou en personne, afin de réduire les risques de retard et d'annulation. Il a ajouté que les patients dont l'état clinique est comparable et qui doivent subir une intervention semblable devaient être sélectionnés de la même façon, quel que soit le chirurgien ou l'anesthésiste concerné.

Les trois hôpitaux avaient mis en place un processus de sélection, appelé « évaluation préalable du patient », qui était inscrit à l'horaire par le chirurgien ou l'hôpital au moins deux semaines avant la chirurgie. Le processus d'évaluation préalable variait selon l'établissement :

- Un hôpital exigeait que tous les patients se présentent en personne et rencontrent l'anesthésiste. L'EEEASP qui a visité cet hôpital lui a recommandé d'examiner s'il était bien nécessaire de rencontrer tous les patients en personne (surtout dans le cas des patients ambulatoires en bonne santé devant subir une chirurgie non urgente) et d'envisager plutôt une sélection préopératoire par téléphone pour certains patients (selon leur état de santé).
- Les deux autres hôpitaux faisaient une évaluation préalable par téléphone pour certains patients. En général, les patients évalués par ces hôpitaux ne rencontraient l'anesthésiste qu'en cas de problème médical spécifiquement lié à l'anesthésiologie.

Le rapport de vérification attirait l'attention sur diverses lignes directrices cliniques concernant la sélection des patients et les examens préopératoires :

- Le Comité consultatif sur les lignes directrices (CCLD) de l'Ontario, issu d'un partenariat entre le Ministère et l'Ontario Medical Association, a approuvé des lignes directrices cliniques selon lesquelles la plupart des patients médicalement stables devant subir des interventions chirurgicales à risque faible ou moyen n'avaient pas besoin d'électrocardiogrammes (ECG) ou de radiographies pulmonaires préopératoires.
- L'Institut de recherche en services de santé (IRSS) a récemment conclu en examinant des données datant de 2000 à 2002 que, malgré ces lignes directrices, on demandait souvent aux patients ontariens devant subir une chirurgie à risque faible ou moyen de passer un ECG ou une radiographie. L'IRSS a d'ailleurs constaté que les taux déclarés d'examens préopératoires pour les patients à faible risque variaient entre 1 % et 98 % selon les hôpitaux.

En mai 2003, le CCLD a lancé un projet visant à réduire le recours excessif aux radiographies pulmonaires et ECG préopératoires dans les hôpitaux. Ceux-ci ont reçu de l'information sur le nombre de radiographies pulmonaires et d'ECG préopératoires qu'ils avaient effectués, ainsi que des résumés des lignes directrices en matière de pratiques exemplaires, afin d'aider les chirurgiens à déterminer à quel moment il convient de demander certains examens préopératoires. Ces mesures ont donné lieu à une petite diminution (2,6 %) du recours aux radiographies pulmonaires préopératoires, les hôpitaux affichant des taux élevés d'utilisation ayant enregistré des baisses plus marquées. Aucun changement global n'a été observé en ce qui concerne les ECG préopératoires.

Le vérificateur a recommandé que les hôpitaux :

- établissent des politiques, en fonction des besoins des patients, visant à déterminer si la sélection préopératoire des patients doit se faire à l'hôpital ou par d'autres moyens, particulièrement en ce qui concerne les patients ambulatoires en bonne santé devant subir une chirurgie non urgente;
- déterminent précisément quels patients, en fonction de leur état, doivent rencontrer un anesthésiste dans le cadre du processus de sélection, au lieu d'exiger que tous les patients consultent un anesthésiste lorsque cela constitue une pratique courante de l'hôpital;
- intègrent à leurs politiques de sélection des lignes directrices en matière d'examens préopératoires des patients approuvées par le Comité consultatif des guides de pratique clinique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et de l'Ontario Medical Association.<sup>43</sup>

Tous les hôpitaux vérifiés souscrivaient à la recommandation.<sup>44</sup>

Dans sa réponse initiale, le Ministère a indiqué qu'il était d'accord avec la recommandation et qu'il continuerait, en collaboration avec les RLISS, à encourager les hôpitaux à mettre en œuvre les recommandations du CEAAPC.<sup>45</sup>

### **Audiences du Comité**

Le Comité a appris que le Ministère était en train de mettre en œuvre les recommandations du CEAAPC sur les équipes expertes d'encadrement pour l'amélioration des soins périopératoires (EEEASP).<sup>46</sup>

Dans un rapport d'étape présenté au Comité, le Ministère a noté que la question de savoir si la sélection préopératoire des patients devait se faire à l'hôpital ou par d'autres moyens avait été soulevée par le Comité d'experts et qu'elle faisait l'objet d'un examen par les EEEASP.<sup>47</sup>

Le Comité a également appris que les cliniciens respectent des normes de pratique et que des lignes directrices avaient été élaborées pour les aider. Ces questions sont traitées par les comités médicaux consultatifs (CMC) de chacune des 157 corporations hospitalières de l'Ontario.<sup>48</sup>

Des lignes directrices sont établies afin d'aider l'hôpital et son personnel médical à prendre des décisions. Ces mécanismes sont généralement utilisés pour établir les pratiques exemplaires, comme les lignes directrices du Comité consultatif provincial sur les maladies infectieuses (CCPMI) sur la stérilisation rapide (mentionnées plus haut dans le rapport du Comité).

Le *Rapport annuel* du vérificateur général attirait l'attention sur le fait que, dans certains cas, on allait bien au-delà des lignes directrices cliniques sur la sélection et les examens préopératoires des patients. Il soulignait à quel point les pratiques liées à la sélection et aux examens préopératoires des patients variaient entre les hôpitaux. Malgré des lignes directrices cliniques indiquant que la plupart des patients médicalement stables devant subir des interventions à faible risque n'ont pas besoin d'électrocardiogrammes (ECG) ni de radiographies pulmonaires préopératoires, de nombreux hôpitaux exigent encore ces examens, ce qui est considéré comme une utilisation discutable de ressources limitées. Le Comité a entendu les commentaires suivants sur la façon de régler le problème des hôpitaux qui ignorent les lignes directrices cliniques concernant la sélection et les examens préopératoires :

- Les hôpitaux pourraient soulever la question auprès de leurs CMC, qui surveilleraient la conformité des médecins aux lignes directrices cliniques sur la sélection et les examens préopératoires des patients.
- On pourrait demander à l'Ontario Medical Association d'aborder la question avec des médecins membres au cours de la prochaine série de négociations avec le Ministère.
- Chaque institution pourrait s'efforcer de découvrir pourquoi certains médecins ne se conforment pas aux lignes directrices. Y a-t-il eu des expériences ou des résultats négatifs au niveau local qui ont incité certains médecins à ignorer les lignes directrices?
- On pourrait demander au comité d'examen de chaque hôpital de passer en revue l'utilisation des ressources dans son établissement.

Les pressions financières associées à l'exploitation d'un hôpital encouragent souvent les institutions à tirer des leçons de leurs expériences mutuelles sur les mesures à prendre pour réaliser des économies. Alors que les hôpitaux admettaient jadis les patients entre un et trois jours avant la date prévue de l'intervention chirurgicale à des fins d'examen et de sélection, cela ne se fait plus. L'Association des hôpitaux de l'Ontario a offert de communiquer les écarts dans les taux d'examens préopératoires de ses membres.<sup>49</sup>

## Recommandation du Comité

Le Comité recommande :

5. **Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux partenaires, présente un rapport au Comité sur l'adoption des lignes directrices cliniques concernant les examens préopératoires qui ont été approuvées par le Comité consultatif sur les lignes directrices du Ministère, issu d'un partenariat entre le Ministère et l'Ontario Medical Association. Le rapport devrait indiquer le taux d'électrocardiogrammes (ECG) et de radiographies pulmonaires préopératoires réalisés dans chaque hôpital chirurgical pour les patients médicalement stables qui doivent subir des interventions chirurgicales à risque faible ou moyen.**

## 6. TEMPS D'ATTENTE

Le rapport de vérification mettait en lumière les développements clés et l'information contextuelle générale sur les temps d'attente, qui se résumaient comme suit :

Dans le cadre du *Plan décennal pour consolider les soins de santé*, les premiers ministres ont convenu en septembre 2004 de réduire les temps d'attente dans quatre secteurs (chirurgie du cancer; chirurgie cardiaque; arthroplastie; rétablissement de la vue) avant le 31 mars 2007.

En novembre 2004, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé la Stratégie de réduction des temps d'attente de l'Ontario, initiative visant à réduire les temps d'attente pour les adultes de l'Ontario avant décembre 2006 dans cinq secteurs (chirurgie du cancer; certaines chirurgies cardiaques; arthroplastie de la hanche et du genou; chirurgie de la cataracte; examens par IRM et tomodensitogrammes). La Stratégie avait notamment les objectifs suivants :

- créer un système pour surveiller et gérer les temps d'attente;
- mettre l'information sur les temps d'attente à la disposition du public et des fournisseurs.

Depuis le lancement de la Stratégie en novembre 2004, 896 millions de dollars ont été versés aux hôpitaux pour l'accomplissement de 1,2 million d'actes médicaux additionnels dans les cinq secteurs prioritaires, y compris 772 millions de dollars pour environ 288 000 interventions chirurgicales.

Dans le passé, les hôpitaux ou le Ministère ne connaissaient ni le nombre de patients en attente de chirurgie ni le temps d'attente. Pour aider à remédier à cette situation, en juillet 2005, le Ministère a introduit un système provisoire (dans environ 75 hôpitaux, nombre ensuite porté à 80) afin d'assurer le suivi des temps d'attente dans les cinq domaines prioritaires de la Stratégie. Ces hôpitaux ont

fourni environ 90 % des services offerts à l'échelle de l'Ontario dans les cinq domaines en question.

En mars 2006, le Ministère a introduit un nouveau Système d'information sur les temps d'attente (le Système), qui fournissait des renseignements sur les temps d'attente de chaque patient, depuis la date de la « décision de traiter » jusqu'à la date de la chirurgie ou de l'examen, ainsi que sur le niveau de priorité dans les domaines mis en relief par la Stratégie. Au 31 mars 2007, le Système était utilisé par 55 hôpitaux (dont les trois visités par l'équipe de vérification).

Dans son rapport de juin 2006, le conseiller fédéral sur les temps d'attente faisait état des préoccupations du public et des fournisseurs concernant l'effet préjudiciable que l'importance accordée aux cinq secteurs prioritaires pourrait avoir sur les autres services de santé.<sup>50</sup> En mai 2007, l'Institut de recherche en services de santé a constaté, en examinant un échantillon d'interventions chirurgicales, que cela ne semblait pas avoir nui aux autres types de chirurgies effectuées en Ontario. L'IRSS a néanmoins recommandé que les futures recherches évaluent l'accès à l'échelle de la région et de l'établissement ainsi que l'incidence de la Stratégie sur les temps d'attente pour les chirurgies.

Le Budget 2006 du gouvernement fédéral introduisait le concept de garantie de délai d'attente pour les patients (la garantie). Le concept :

- est une initiative semblable à celles lancées au Royaume-Uni et en Suède;
- vise à faire en sorte que les Canadiens reçoivent les traitements médicaux requis dans des délais acceptables sur le plan médical.

Les provinces et territoires devaient choisir un domaine prioritaire pour l'établissement des garanties de délai d'attente d'ici 2010. En mars 2007, l'Ontario a choisi la chirurgie de la cataracte et proposé de mettre la garantie en œuvre avant le 1<sup>er</sup> janvier 2009. Aux termes de cette garantie, les patients qui attendent plus que le délai fixé de 182 jours pour subir une chirurgie de la cataracte peuvent choisir de subir l'intervention ailleurs en Ontario, les coûts tels que les frais de transport et d'hébergement devant être payés par l'hôpital qui n'a pas été en mesure d'offrir le service.

### **6.1 Niveaux de priorité des patients**

- Le Système d'information sur les temps d'attente intègre les niveaux de priorité des patients (de 1 à 4) et les objectifs connexes en matière de délais maximums.
- Les niveaux de priorité et les objectifs connexes en matière de délais maximums pour l'arthroplastie de la hanche et du genou et la chirurgie du cancer, ainsi que pour un pourcentage cible de patients devant subir une chirurgie de la cataracte, sont fondés sur les recommandations formulées par des comités d'experts. Le Réseau ontarien de soins cardiaques avait déjà élaboré des méthodes permettant de déterminer les temps d'attente cibles pour les chirurgies cardiaques.

- Un patient de priorité 4 devant subir une arthroplastie de la hanche ou des articulations a relativement peu de douleurs et d'incapacité, et le temps d'attente maximal cible est de 26 semaines, tandis qu'un patient de priorité 1 souffre beaucoup et doit subir une chirurgie immédiatement.
- Le Ministère a indiqué qu'il avait fourni de la formation concernant les niveaux de priorité aux hôpitaux participant à la Stratégie. Dans les hôpitaux visités par l'équipe de vérification, cependant, les chirurgiens et le personnel de l'hôpital ont exprimé des inquiétudes du fait que les chirurgiens n'interprétaient pas tous de la même façon la date de la décision de traiter et les niveaux de priorité.

## 6.2 Déclaration des renseignements sur les temps d'attente

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

- Le site Web du Ministère contient des renseignements sur les temps d'attente dans les hôpitaux qui participent à la Stratégie. Ces renseignements comprennent le nombre de jours que doivent attendre 90 % des patients (abstraction faite des cas très urgents) avant de subir leur intervention. Cette information est comparée aux objectifs en matière de délai pour les patients de priorité 4 (les cas les moins urgents). Le Ministère prévoyait de mettre les renseignements sur les temps d'attente par niveau de priorité à la disposition du public avant le printemps 2008.
- Aux termes de l'entente de financement pour la réduction des temps d'attente conclue entre le Ministère et les hôpitaux pour l'exercice 2006-2007, les hôpitaux doivent s'assurer qu'aucun patient n'attend plus de dix mois pour une chirurgie sans être réévalué par le chirurgien. Or, aucun des trois hôpitaux visités n'avait reçu d'information indiquant si les chirurgiens réévaluaient les patients en attente depuis plus de dix mois.
- L'équipe de vérification a examiné les données sur les temps d'attente dans un des hôpitaux et constaté qu'entre octobre et décembre 2006, 67 % des patients de priorité 4 devant subir une arthroplastie de la hanche avaient attendu plus longtemps que le délai cible. Le Système indiquait par ailleurs que 37 patients devant subir une arthroplastie de la hanche et du genou attendaient encore après au moins trois ans et demi.
- Aux termes de l'entente de financement pour la réduction des temps d'attente 2007-2008, les hôpitaux doivent s'assurer qu'aucun patient n'attend plus longtemps que le délai cible associé au niveau de priorité 4, sauf s'il a été réévalué. Les hôpitaux sont censés examiner et analyser les raisons pour lesquelles les temps d'attente dépassent les objectifs, puis prendre des mesures pour améliorer leur rendement.

### 6.2.2 Temps d'attente selon les niveaux de priorité

- Pour déterminer si les patients recevaient des soins chirurgicaux dans les délais établis par le Ministère, l'équipe de vérification a demandé des renseignements préliminaires sur les temps d'attente par niveau de priorité

pour les hôpitaux qui avaient mis en œuvre le Système au moment de la vérification. Comme le montre la Figure 4 (p. 252) du Rapport du vérificateur, les patients ayant des besoins plus urgents étaient généralement opérés avant les autres mais il était moins probable qu'ils le soient dans les délais cibles établis par le Ministère en fonction de leur niveau de priorité.

- Les temps d'attente pour les chirurgies variaient selon l'hôpital et le RLISS. Dans certains hôpitaux, les patients attendaient moins longtemps pour les chirurgies du cancer de priorité 3 que les patients d'autres hôpitaux pour des chirurgies du cancer plus urgentes de priorité 2.
- Les renseignements sur les chirurgies cardiaques sont recueillis par le Réseau de soins cardiaques (le Réseau) et résumés sur le site Web du Ministère. Les données du Réseau indiquaient que les patients devant subir une chirurgie cardiaque étaient généralement opérés dans les délais maximums fixés (voir la Figure 5, p. 253 du Rapport du vérificateur).

### 6.2.3 Temps d'attente pour rencontrer un chirurgien

- Certains chirurgiens avec qui l'équipe de vérification s'est entretenue s'inquiétaient du fait que le Système d'information sur les temps d'attente (SITA) ne conservait pas d'information sur le temps d'attente des patients entre la date de l'aiguillage par le médecin de famille et la date du rendez-vous avec le chirurgien.
- Un rapport diffusé en 2006 par le Fraser Institute faisait écho à cette préoccupation, soulignant que le temps d'attente pour rencontrer un chirurgien en Ontario variait selon les spécialités chirurgicales (dans les quatre secteurs prioritaires de la Stratégie, les délais d'attente moyens allaient de 3 semaines pour un oncologue à 14 semaines pour un chirurgien orthopédiste).
- Dans son rapport de janvier 2007, le Comité d'experts recommandait au Ministère d'élaborer un cadre intégrant les délais maximums cibles pour les rendez-vous avec des spécialistes. Le Ministère prévoit de conserver ces renseignements et de les rendre publics d'ici 2010.

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

En février 2007, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a comparé la déclaration des temps d'attente d'une province à l'autre et constaté que les méthodes de déclaration variaient beaucoup, ce qui rendait les comparaisons interprovinciales difficiles (voir les exemples figurant à la p. 254 du Rapport du vérificateur).

Comme les secteurs prioritaires de la Stratégie de réduction des temps d'attente ne comptent que pour 14 % des chirurgies totales, le Ministère prévoit d'utiliser le Système pour recueillir les renseignements sur les temps d'attente pour toutes les chirurgies d'ici juin 2009. Au moment de la vérification, les temps d'attente selon le chirurgien n'étaient pas rendus publics. Bien que, selon le vérificateur, cette information puisse aider les médecins traitants et les patients à déterminer quel

chirurgien pourrait offrir l'accès le plus rapide aux services chirurgicaux, le Ministère a mentionné au personnel de vérification qu'il avait fait savoir aux chirurgiens qu'il ne rendrait pas ces renseignements publics.

Le vérificateur a recommandé que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée — de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé, les hôpitaux et les chirurgiens — surveille les temps d'attente des patients par niveau de priorité et par chirurgien pour tous les types de chirurgie. De plus, le Ministère doit mettre l'information sur les temps d'attente par niveau de priorité à la disposition du public et réexaminer sa décision de ne pas déclarer dans l'avenir les temps d'attente par chirurgien ou, à tout le moins, mettre cette information à la disposition des médecins traitants.<sup>51</sup>

Tous les hôpitaux vérifiés étaient d'accord avec la première partie de la recommandation du vérificateur et avec la diffusion publique des renseignements sur les temps d'attente selon le niveau de priorité. En ce qui concerne la publication des temps d'attente par chirurgien, un hôpital a indiqué que cette information risquait d'être mal interprétée.<sup>52</sup>

Dans sa réponse initiale, le Ministère a indiqué qu'il prévoyait de rendre publics les renseignements sur les temps d'attente par niveau de priorité, mais non par chirurgien. Le Système d'information sur les temps d'attente a été créé pour soutenir la reddition de comptes des hôpitaux à l'égard de la gestion des temps d'attente. Les renseignements par chirurgien sont fournis par le Système mais communiqués uniquement à l'hôpital où travaille le chirurgien pour aider l'établissement, et en particulier les équipes périopératoires, à gérer les listes d'attente.<sup>53</sup>

### **Audiences du Comité**

Le Comité a appris qu'en juillet 2007, le Système d'information sur les temps d'attente (SITA) avait été pleinement mis en œuvre dans tous les hôpitaux financés aux termes de la Stratégie et qu'il était déployé dans 82 hôpitaux à travers l'Ontario. Le SITA assure le suivi des interventions pratiquées dans les cinq secteurs prioritaires. À l'heure actuelle, cela représente environ 14 % des chirurgies effectuées à l'échelle de la province. Le Ministère et les hôpitaux participants s'attendent à ce que le système soit en place pour toutes les interventions de chirurgie générale, d'ophtalmologie et d'orthopédie — qui représentent plus de 50 % des services chirurgicaux provinciaux — d'ici l'été 2008, et à ce que les renseignements sur les interventions chirurgicales pratiquées dans les hôpitaux financés aux termes de la Stratégie soient affichés sur le site Web public du Ministère d'ici l'été 2009.<sup>54</sup>

Le SITA permet actuellement aux hôpitaux de produire des rapports sur les temps d'attente selon le niveau de priorité des patients, et cette information devrait être mise à la disposition du public avant l'été 2008.<sup>55</sup>

Le Comité a également appris pourquoi le Ministère était peu disposé à déclarer les temps d'attente par chirurgien comme cela se fait en Alberta et en Colombie-Britannique pour certaines chirurgies.<sup>56</sup>

Dans le passé, les chirurgiens étaient les seuls à connaître la longueur des listes d'attente. Ni l'hôpital ni le Ministère n'avaient accès à cette information. L'Ontario a amorcé une transition vers un modèle plus uniforme et plus centralisé qui permet aux patients de savoir ce qui se passe.<sup>57</sup>

Le Ministère a souligné que l'accès aux services chirurgicaux dépendait de l'établissement et qu'il fallait donc concentrer les efforts à ce niveau plutôt que sur les chirurgiens. Pour les patients, l'identité du chirurgien est moins importante que l'accès aux services chirurgicaux. Prenons l'exemple du Kensington Eye Institute, qui se spécialise dans la chirurgie de la cataracte. Le patient est dirigé vers l'établissement et la chirurgie est généralement effectuée par le prochain chirurgien sur la liste. Ce type de modèle organisationnel donne au patient un accès plus rapide aux services chirurgicaux que les modèles axés sur les chirurgiens et les salles d'opération mises à leur disposition certains jours de la semaine.<sup>58</sup>

Le Comité a également appris que certains patients associaient une longue liste d'attente à des résultats supérieurs et qu'ils pourraient avoir la fausse impression que les chirurgiens dont la liste d'attente est plus courte sont moins qualifiés que les autres.

On a souligné l'importance pour l'établissement de fournir les données sur les temps d'attente aux chirurgiens et aux équipes chirurgicales. Les chirurgiens peuvent alors examiner les données et évaluer leur rendement par rapport à celui de leurs pairs. Par exemple, si le rendement de leurs pairs se situait autour de la moyenne mais que leur propre rendement s'en écartait, ils pourraient chercher à comprendre pourquoi.<sup>59</sup>

Les investissements dans la Stratégie de réduction des temps d'attente de l'Ontario (de même que les efforts des travailleurs de la santé de la province) ont commencé à produire des résultats. Selon le *Rapport 2008 du Conseil ontarien de la qualité des services de santé*, les temps d'attente ont diminué dans quatre secteurs prioritaires :

La Stratégie de réduction des temps d'attente a permis de réduire les temps d'attente pour quatre interventions chirurgicales prioritaires. Depuis le début de la Stratégie (2005-2007), les temps d'attente ont diminué, passant de 311 à 118 jours (chirurgies de la cataracte), de 440 à 253 jours (arthroplasties du genou), de 351 à 198 jours (arthroplasties de la hanche) et de 81 à 57 jours (chirurgies du cancer).<sup>60</sup>

Le Comité reconnaît les progrès réalisés dans le suivi et la déclaration des temps d'attente associés aux cinq secteurs prioritaires (qui représentent environ 14 % des chirurgies) dans les hôpitaux financés aux termes de la Stratégie. Il voudrait néanmoins être tenu au courant des progrès accomplis par le Ministère dans la déclaration publique des temps d'attente pour 50 % des chirurgies d'ici l'été 2008 et pour toutes les chirurgies d'ici l'été 2009.

### **Recommandation du Comité**

Le Comité recommande :

- 6. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux partenaires, présente un rapport au Comité sur les progrès réalisés dans la déclaration publique des temps d'attente pour 50 % des chirurgies d'ici l'été 2008 et pour toutes les chirurgies d'ici l'été 2009.**

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

Le Système est conçu pour aider les chirurgiens et leur personnel à gérer leurs listes d'attente et pour guider les décisions concernant les prises de rendez-vous. Les chirurgiens qui ont parlé à l'équipe de vérification ont reconnu qu'il s'agissait d'un pas en avant, mais beaucoup d'entre eux ont fait remarquer qu'il fallait plus de temps pour saisir l'information dans le Système et qu'aucun financement particulier n'était prévu pour cette activité. Le vérificateur a également constaté ce qui suit :

- L'information était saisie par l'adjoint administratif du chirurgien dans deux des hôpitaux visités et par le personnel de l'hôpital dans le troisième;
- Deux des hôpitaux avaient fait l'acquisition de matériel informatique pour certains chirurgiens afin que ceux-ci puissent saisir plus facilement l'information dans le Système;
- Le Ministère demandait que les renseignements soient saisis dans les deux jours ouvrables suivant la date de la décision de traiter;
- La date effective de la chirurgie était saisie dans le Système.

Pour que le Système d'information sur les temps d'attente puisse aider les hôpitaux à s'assurer que les patients reçoivent les soins chirurgicaux requis dans un délai raisonnable, il doit être alimenté et géré par les chirurgiens ou par d'autres membres du personnel. Les hôpitaux peuvent aussi utiliser le Système pour produire des rapports standard, par exemple sur le temps d'attente médian des patients selon la spécialité chirurgicale. L'équipe de vérification a toutefois observé qu'aucun des trois hôpitaux n'utilisait le Système pour surveiller et gérer les listes d'attente afin de s'assurer que les patients reçoivent les services chirurgicaux requis en temps opportun.

Un des hôpitaux vérifiés s'est d'abord buté à des contraintes du Système mais le problème a été corrigé par la suite. Dans les deux autres hôpitaux, les données étaient rarement téléchargées parce qu'aucun membre du personnel n'était affecté à la gestion du Système. Le personnel des hôpitaux visités a mentionné qu'une plus grande normalisation des rapports du Système faciliterait la gestion des activités chirurgicales. Les hôpitaux ont également indiqué qu'ils souhaiteraient avoir accès aux données comparatives d'autres hôpitaux sur le nombre de patients en attente de chirurgie selon la spécialité chirurgicale. Le Ministère a précisé que le système était encore en développement et qu'il s'employait avec les hôpitaux à l'améliorer. Les hôpitaux visités ont également exprimé des inquiétudes concernant l'exactitude de certaines données du Système, ce qui a amené un hôpital à effectuer un rapprochement mensuel des données de ses rapports internes sur le nombre de chirurgies menées à terme avec les données du Système.

Le vérificateur a recommandé que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les hôpitaux continuent d'élaborer conjointement, à l'aide des données provenant du Système d'information sur les temps d'attente, davantage de rapports normalisés permettant aux hôpitaux et aux chirurgiens d'accéder rapidement à des renseignements utiles et comparatifs sur les temps d'attente des patients. Il a également recommandé aux hôpitaux de vérifier périodiquement l'exactitude de leurs éléments de données clés qui figurent dans le Système.<sup>61</sup>

Les hôpitaux vérifiés étaient généralement d'accord avec la recommandation et ils s'attendaient à ce que le nombre de rapports normalisés augmente au fur et à mesure de l'élaboration du système.<sup>62</sup>

Dans sa réponse initiale, le Ministère s'est dit d'accord avec la recommandation et a indiqué qu'il continuerait d'appuyer les hôpitaux en fournissant des rapports normalisés. L'élaboration de rapports normalisés est une fonction courante guidée par les renseignements que fournissent les hôpitaux participant à la Stratégie, qui n'avaient pas tous déployé le Système d'information sur les temps d'attente en juin 2007. En outre, une nouvelle fonctionnalité a été ajoutée au site Web en mars 2007, qui permet aux hôpitaux de comparer leur rendement en matière de temps d'attente avec celui d'autres hôpitaux.<sup>63</sup>

### **Audiences du Comité**

Le Ministère a déclaré que, pour réduire les temps d'attente, il s'était engagé à offrir un accès approprié en temps opportun aux services clés dans les cinq secteurs prioritaires de la stratégie provinciale. Pour mesurer les temps d'attente en Ontario, le Ministère a mis en œuvre le Système d'information sur les temps d'attente, un outil Web qui sert à surveiller les temps d'attente dans tous les hôpitaux de la province qui participent à la Stratégie.<sup>64</sup>

Le Système d'information sur les temps d'attente fonctionne comme suit :

- Les hôpitaux et les chirurgiens soumettent leurs données au Système, lesquelles sont regroupées au bureau d'information sur les temps d'attente. L'information est ensuite affichée sur le site Web du Ministère à [www.health.gov.on.ca/renouvellement/wait\\_timesf/publicf/wt\\_public\\_mnf.html](http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/wait_timesf/publicf/wt_public_mnf.html)
- Au moment où le vérificateur général a terminé sa vérification des trois hôpitaux, en juillet 2007, le SITA avait été pleinement mis en œuvre dans tous les hôpitaux participant à la Stratégie de réduction des temps d'attente.<sup>65</sup>
- Le Système est actuellement déployé dans 82 hôpitaux à travers la province.<sup>66</sup>
- Environ 86 % des cas traités dans les cinq secteurs prioritaires le sont dans les hôpitaux qui participent à la Stratégie de réduction des temps d'attente. Le SITA assure actuellement le suivi des interventions pratiquées dans ces cinq secteurs, qui représentent environ 14 % des chirurgies effectuées dans tous les hôpitaux de la province.
- D'ici l'été 2008, le Ministère et les hôpitaux participants auront mis le Système en œuvre pour toutes les interventions de chirurgie générale, d'ophtalmologie et d'orthopédie, qui représenteront alors plus de 50 % des chirurgies pratiquées dans la province.
- D'ici l'été 2009, les renseignements sur toutes les interventions chirurgicales effectuées dans les hôpitaux financés aux termes de la Stratégie de réduction des temps d'attente seront saisis et affichés sur le site Web public du Ministère. D'ici 2009 également, le système comprendra des informations sur les cas de chirurgie pédiatrique dans les hôpitaux communautaires et d'enseignement.

Notant que le *Rapport annuel* du vérificateur soulignait la nécessité pour le Ministère et les hôpitaux d'élaborer ensemble des rapports normalisés, le Ministère a indiqué que le Système d'information sur les temps d'attente permettait actuellement aux hôpitaux de produire des rapports sur les temps d'attente selon le niveau de priorité des cas et que cette information serait mise à la disposition du public d'ici l'été 2008. Le bureau d'information est d'ailleurs en train de développer un outil de soutien aux décisions afin d'aider les hôpitaux à utiliser cette information. L'outil sera fourni à tous les hôpitaux qui participent à la Stratégie de réduction des temps d'attente au printemps 2008.<sup>67</sup>

Le Ministère a fait remarquer que ces améliorations permettaient aux hôpitaux de produire des rapports pouvant les aider à déterminer le rendement à l'interne en ce qui concerne les temps d'attente et à y apporter des ajustements au besoin. Elles aident aussi les hôpitaux à comparer leur rendement à cet égard avec celui d'autres hôpitaux. D'autres améliorations seront apportées au système afin de répondre aux besoins au fur et à mesure qu'ils se manifesteront.

Pour aider les hôpitaux à utiliser l'information sur les temps d'attente, le Ministère a offert à tous les hôpitaux une formation poussée pour tous les utilisateurs du système d'information. Les utilisateurs de chaque hôpital

bénéficieront aussi du soutien de leurs coordonnateurs respectifs du système d'information sur les temps d'attente, qui assureront la qualité des données et la conformité de la présentation et extrairont des rapports au niveau de l'hôpital aux fins de la gestion du rendement.<sup>68</sup>

## **7. EFFICIENCE DES SALLES D'OPÉRATION**

- La gestion des procédures chirurgicales a fait l'objet d'études dans plusieurs autres pays (dont le Royaume-Uni et les États-Unis) et dans différentes provinces (dont la Colombie-Britannique, la Saskatchewan et l'Ontario).
- Ces études visent à accroître l'efficacité des procédures périopératoires.
- Le Comité d'experts a recommandé un plan pour améliorer l'efficacité des soins chirurgicaux offerts par les hôpitaux ontariens et noté qu'il fallait disposer de ressources humaines, financières et en capital suffisantes à cette fin, mais qu'une plus grande efficacité des procédures périopératoires permettrait d'accroître encore davantage le nombre de chirurgies.

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

- Les facteurs qui ont une incidence sur l'efficacité des salles d'opération comprennent :
  - les annulations le jour même des chirurgies;
  - les annulations qui surviennent dans les 48 heures précédant les chirurgies;
  - les retards causés par le début tardif de la première chirurgie de la journée;
  - les fermetures non prévues des salles d'opération.
- En 2005-2006 et 2006-2007, les hôpitaux participant à la Stratégie de réduction des temps d'attente ont signé des ententes de financement avec le Ministère dans lesquelles ils conviennent de recueillir et de résumer l'information sur les facteurs ayant une incidence sur l'efficacité des salles d'opération. Les trois hôpitaux visités avaient recueilli certains des renseignements requis, mais aucun d'entre eux ne conservait l'information sur les fermetures non prévues des salles d'opération.
- Les mesures de rendement sont utiles pour évaluer le rendement d'un hôpital par rapport à celui d'hôpitaux comparables et déterminer les améliorations à apporter.
- Au moment du dépôt du rapport 2005 du Comité d'experts, les hôpitaux ontariens ayant des programmes chirurgicaux ne recueillaient pas l'information sur les mesures de rendement des services chirurgicaux et n'évaluaient pas celle-ci par rapport à des objectifs de référence provinciaux.
- Le Comité d'experts a recommandé que l'Ontario élabore et mette en œuvre des objectifs de référence en matière de soins chirurgicaux. En 2006, le Ministère a donc introduit le Programme d'objectifs en matière d'efficacité

des soins chirurgicaux, mentionné plus haut, et il prévoyait de le mettre en œuvre dans les quelque 80 hôpitaux participant à la Stratégie.

En juin 2007, près de 60 hôpitaux avaient mis en œuvre le Programme, qui recueille des renseignements sur un certain nombre de mesures de rendement, dont l'exactitude de l'heure de début de la première chirurgie de la journée (avec une marge d'erreur de plus ou moins 5 minutes) et des interventions suivantes (avec une marge d'erreur de plus ou moins 15 minutes).

Les trois hôpitaux visités avaient mis le Programme en œuvre en mai 2007.

L'équipe de vérification a obtenu des données, réparties sur une période de 12 mois prenant fin au printemps 2007, sur l'exactitude des heures de début des chirurgies dans près de 60 hôpitaux. Elle a constaté que la valeur médiane en ce qui concerne l'exactitude de l'heure de début était de 69 % pour la première chirurgie de la journée et de 58 % pour les chirurgies suivantes. Elle a également observé des variations importantes dans le rendement des hôpitaux. Par exemple, le taux le plus élevé d'exactitude de l'heure de début de la première chirurgie était de 95 %, alors que le taux le plus bas était de 17 %. Le Ministère n'a pas rendu ces renseignements publics parce que le système est nouveau et qu'il n'a pas encore vérifié les données.

La capacité inutilisée en salles d'opération peut être attribuable à un manque de financement, de personnel ou de lits ou aux vacances du personnel. Dans un des hôpitaux visités, il y avait une assez bonne concordance entre l'utilisation réelle des salles d'opération et l'utilisation prévue, mais les données révélaient qu'une certaine capacité restait inutilisée.

Selon le Ministère, les objectifs en matière de rendement seront établis en fonction des données portant sur l'ensemble de l'Ontario, une fois que tous les hôpitaux participants auront commencé à appliquer le Programme. Des résultats devraient être produits pour chacun des hôpitaux participants et résumés au niveau du RLISS et de la province. Une fois que le Programme aura été entièrement mis en œuvre, le Ministère s'attend à ce que les RLISS en examinent les résultats afin de déterminer si des gains d'efficacité peuvent être réalisés au niveau régional.

Le vérificateur a recommandé que les hôpitaux se servent des renseignements fournis par le nouveau Programme d'objectifs en matière d'efficacité des soins chirurgicaux afin de surveiller les mesures de rendement clé et de les comparer à des objectifs en matière de rendement (une fois ceux-ci établis par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée) ainsi qu'à des points de repère internes et au rendement d'hôpitaux comparables.<sup>69</sup>

Tous les hôpitaux vérifiés souscrivaient à la recommandation.<sup>70</sup>

Dans sa réponse initiale, le Ministère s'est dit d'accord avec la recommandation et a indiqué qu'il poursuivrait la mise en œuvre du Programme d'objectifs en matière d'efficacité des soins chirurgicaux.<sup>71</sup>

### **Audiences du Comité**

Le Comité appuie l'objectif des hôpitaux qui consiste à réduire les temps d'attente pour les patients en améliorant l'efficacité des soins chirurgicaux. Les membres du Comité ont été surpris par les taux d'exactitude des heures de début des chirurgies indiqués dans le *Rapport annuel 2007* du vérificateur, notamment par les écarts importants susmentionnés dans les taux d'exactitude de l'heure de début pour la première chirurgie de la journée, qui variaient entre 95 % et 17 %.<sup>72</sup>

Le Comité a été informé qu'il pouvait être difficile pour la direction de l'hôpital de rassembler tous les professionnels clés (les anesthésistes, les chirurgiens et le personnel infirmier) ainsi que le patient dans la salle d'opération en même temps. Le problème de faire en sorte que la première chirurgie de la journée commence à l'heure prévue n'était toutefois pas considéré comme insurmontable et pouvait être atténué par une gestion hospitalière efficace. Au fur et à mesure que la journée avance, la capacité de respecter l'horaire peut être compromise par d'autres facteurs, dont l'état du patient et l'habileté du chirurgien.<sup>73</sup> Le Comité reconnaît les défis que les hôpitaux et les RLISS doivent relever pour régler le problème mais il veut s'assurer que les interventions chirurgicales suivent l'horaire prévu et que la direction des hôpitaux prend des mesures pour réduire les écarts importants.

Le Comité a ensuite entendu parler d'un petit hôpital rural (qui pratique des chirurgies de la cataracte) qui avait participé à un exercice d'analyse comparative de l'utilisation des salles d'opération dans le cadre de la Stratégie de réduction des temps d'attente. Cet établissement s'était classé premier sur 106 hôpitaux pour l'utilisation de ses salles d'opération et pour l'exactitude des heures de début et du calendrier des chirurgies sur une période de 12 mois.<sup>74</sup> Le Comité est grandement encouragé par ce cas exemplaire et il espère que d'autres hôpitaux ontariens pourront obtenir des résultats semblables.

Dans cet esprit, le Comité est d'avis que tous les hôpitaux ontariens financés aux termes de la Stratégie de réduction des temps d'attente, ainsi que tous les autres hôpitaux qui pratiquent des chirurgies, devraient commencer à afficher les indicateurs de rendement associés aux salles d'opération (dont les statistiques d'utilisation) pour tous les types de chirurgies sur leurs sites Web publics.

### **Recommandations du Comité**

Le Comité recommande :

- 7. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux partenaires, présente un rapport au Comité sur les progrès**

réalisés par les hôpitaux dans la mise en œuvre du nouveau Programme d'objectifs en matière d'efficience des soins chirurgicaux (POESC).

8. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux partenaires, présente au Comité un rapport indiquant si les hôpitaux utilisent l'information fournie par le nouveau POESC pour comparer les mesures de rendement clés (p. ex. l'exactitude de l'heure de début des chirurgies en salle d'opération) aux objectifs de rendement. Le Comité veut particulièrement savoir si les administrateurs des hôpitaux utilisent le POESC et prennent des mesures appropriées pour combler les écarts significatifs.
  
9. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux partenaires, présente un rapport au Comité en avril 2009 sur l'affichage des indicateurs de rendement. Le rapport doit indiquer dans quelle mesure les hôpitaux recevant un financement aux termes de la Stratégie de réduction des temps d'attente, ainsi que tous les autres hôpitaux qui pratiquent des interventions chirurgicales, affichent les indicateurs de rendement (p. ex. les statistiques sur l'utilisation) pour toutes les chirurgies sur leurs sites Web publics. Le Comité veut surtout amener les hôpitaux à assumer une plus grande responsabilité à l'égard des résultats et il pense que la communication des indicateurs de rendement pourrait aider les administrateurs des hôpitaux à atteindre leur but, qui est d'accroître l'efficience des soins chirurgicaux.

## 7.2 Goulots d'étranglement en matière de soins chirurgicaux

Les goulots d'étranglement en chirurgie peuvent survenir pour diverses raisons, dont un manque de lits disponibles pour les patients ayant subi une intervention chirurgicale et une pénurie de personnel tel que les anesthésistes. Ces goulots d'étranglement peuvent entraîner le retard ou l'annulation de chirurgies.

### 7.2.1 Disponibilité de lits

- Selon le personnel de deux des hôpitaux visités par l'équipe de vérification, le manque de lits s'explique par le fait que certains patients ne nécessitant plus de soins hospitaliers doivent rester à l'hôpital en attendant que des places se libèrent dans un autre type d'établissement tel qu'un foyer de soins de longue durée.
- Au moment de la vérification, ces deux hôpitaux comptaient 148 patients en attente d'hébergement, qui occupaient 13 % de leurs lits. En novembre 2006, les patients en attente d'hébergement alternatif occupaient 23 % des lits dans un des hôpitaux.

- Deux des hôpitaux visités ont fait face à des goulots d'étranglement qui les ont obligés à retarder ou à annuler des chirurgies non urgentes.
- Le problème des retards et des annulations est attribuable en partie au manque de lits disponibles pour les patients hospitalisés après une opération. Dans certains cas, des patients devaient demeurer dans la salle de réveil jusqu'à ce que des lits se libèrent dans l'hôpital, ce qui obligeait d'autres patients à attendre dans la salle d'opération qu'une place devienne disponible dans la salle de réveil et, par conséquent, retardait la chirurgie suivante. Au lieu d'annuler des chirurgies, un de ces hôpitaux a gardé ses salles de réveil ouvertes toute la nuit à 37 reprises en 2006, afin de pouvoir accueillir 98 patients.

Le vérificateur a recommandé que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, avec le concours des hôpitaux et des réseaux locaux d'intégration des services de santé, élaborent et mettent en œuvre des stratégies visant à réduire le nombre de patients qui occupent des lits d'hôpitaux alors qu'ils ne nécessitent plus de soins hospitaliers.<sup>75</sup>

Tous les hôpitaux vérifiés étaient d'accord avec la recommandation.<sup>76</sup>

Dans sa réponse initiale, le Ministère a indiqué qu'il travaillait avec les RLISS et leurs partenaires en soins de santé à un certain nombre d'initiatives visant à régler cette question et à améliorer le déplacement des patients au moyen d'un accès accru à d'autres services :

- Le 16 février 2007, le gouvernement a annoncé un financement ponctuel de 13,7 millions de dollars sur deux ans afin de réduire les pressions qui s'exercent sur les hôpitaux, par exemple :
  - en augmentant les services de soins à domicile et les services communautaires de soins;
  - en plaçant plus d'employés des CASC dans des hôpitaux afin d'accélérer l'accès aux services communautaires;
  - en finançant des lits de transition temporaires dans certaines collectivités.
- L'Initiative ontarienne d'amélioration de la performance du système de santé du Ministère est un projet d'amélioration de la qualité visant à améliorer le déplacement des patients de diverses façons, notamment en augmentant la capacité et en améliorant la planification des congés. Les participants au projet de 18 mois, qui a débuté en juillet 2007, comprennent 32 hôpitaux, en plus des RLISS et des CASC.
- Le 27 octobre 2006, le Ministère a annoncé une solution à plus long terme : 1 750 nouveaux lits de soins de longue durée et 662 lits de remplacement devraient être aménagés d'ici 2010.<sup>77</sup>

## Audiences du Comité

Le Ministère a indiqué qu'il avait mis en œuvre un certain nombre de stratégies afin d'améliorer le déplacement des patients dans le système de soins de santé, dont les investissements dans l'accès à d'autres niveaux de soins (ANS) annoncés le 16 février 2007 et la stratégie « Vieillir chez soi » annoncée par le gouvernement le 28 août 2007, qui coûtera 700 millions de dollars sur quatre ans.<sup>78</sup> Les RLISS sont les principaux responsables de la mise en œuvre de la stratégie Vieillir chez soi, qui s'échelonne sur une période de trois ans.

Ces deux stratégies ont cinq objectifs :

1. améliorer les programmes de santé pour les aînés qui vivent dans leur propre domicile;
2. détourner l'admission des personnes âgées au service des urgences des hôpitaux;
3. créer des cadres communautaires appropriés et des programmes pour aînés qui s'inscrivent dans ces cadres;
4. améliorer la prestation des soins;
5. améliorer le rendement des hôpitaux en ce qui concerne les soins aux aînés.<sup>79</sup>

Le Comité a appris que les patients en attente d'autres niveaux de soins (patients ANS) qui occupaient des lits de soins actifs entravaient indirectement les procédures chirurgicales. Les patients ANS occupent généralement des lits de soins actifs en attendant d'avoir accès à un autre lit en milieu communautaire (par exemple, avec des services de soutien à domicile, dans un logement avec assistance ou dans une maison de soins infirmiers).

En mars 2008, le nouveau PDG de l'Association des hôpitaux de l'Ontario a attiré l'attention du public sur le fait qu'environ 2 800 lits d'hôpital étaient occupés par des patients qui avaient besoin de soins ailleurs que dans un hôpital de soins actifs. Selon lui, ces lits représentaient 18 % du total provincial,<sup>80</sup> ce qui est à peu près équivalent à 10 hôpitaux de taille moyenne. La proportion de lits d'hôpitaux occupés par des patients ANS a créé des goulots d'étranglement dans les salles d'urgence des hôpitaux et entraîné l'annulation de chirurgies non urgentes en raison du manque de lits.

Il a été souligné qu'environ 70 % des chirurgies pratiquées en Ontario sont des chirurgies de jour où le patient quitte l'hôpital après la chirurgie. Les chirurgies de jour sont rarement compromises par les patients ANS. Ce sont les 30 % de chirurgies nécessitant un séjour à l'hôpital qui sont les plus touchées par les patients ANS qui occupent des lits de soins actifs.<sup>81</sup>

Le Comité a appris qu'un grand nombre de patients ANS compromettait la capacité des hôpitaux à accroître le nombre de chirurgies du genou et de la hanche. Les hôpitaux sont peu disposés à prévoir un plus grand nombre

d'interventions de ce genre lorsqu'ils n'ont pas de lits postopératoires pour les patients.<sup>82</sup>

Le Comité a demandé si les patients des régions rurales qui se rendent dans des hôpitaux urbains pour y subir une chirurgie pouvaient être « rapatriés » dans de petits hôpitaux ruraux pour les soins postopératoires, et ce, pour deux raisons. Premièrement, cela libérerait des lits pour les soins postopératoires dans les hôpitaux urbains surchargés. Deuxièmement, cela permettrait au patient de se rétablir plus près de chez lui, avec sa famille et un système de soutien à proximité.<sup>83</sup>

Le Comité a également appris qu'une évaluation des résidents des maisons de soins infirmiers d'un RLISS particulier avait permis de déterminer que 25 % d'entre eux n'avaient pas besoin de soins en maison de repos et qu'ils auraient pu être soignés à domicile ou dans un logement avec assistance. Il y aurait donc un total potentiel de 20 000 personnes qui pourraient être placées dans un logement plus approprié qu'une maison de soins infirmiers. On a souligné qu'une fois les gens placés dans une maison de soins infirmiers, il était souvent difficile pour eux de réintégrer leur domicile parce que, dans bien des cas, leur maison avait été vendue.<sup>84</sup>

Enfin, le Comité a constaté qu'un consensus semblait se dégager en faveur des « logements avec services de soutien ». Ces soins médicaux alternatifs ne sont pas aussi exigeants que les soins hospitaliers et les soins de longue durée mais ils vont plus loin que les soins à domicile. Le Ministère examine actuellement cette option afin de déterminer si elle pourrait lui permettre d'offrir des services favorisant l'indépendance des patients. Un des défis à relever sera de cibler les ressources additionnelles requises pour octroyer des subventions d'aide à la vie autonome, et de s'assurer que ces fonds sont distribués de façon équitable entre les 14 RLISS.<sup>85</sup>

Le Comité encourage le Ministère, les RLISS et les hôpitaux à continuer de travailler avec diligence à la recherche de solutions innovatrices au problème de l'accès aux ANS. Le Comité voudrait voir les hôpitaux s'attaquer au problème des chirurgies retardées ou annulées. La résolution du dilemme de l'accès aux ANS pourrait d'ailleurs permettre à certains hôpitaux de pratiquer un plus grand nombre d'interventions chirurgicales.

### Recommandations du Comité

Le Comité recommande :

10. **Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux partenaires, présente un rapport au Comité sur le succès des efforts déployés par le Ministère et ses partenaires pour libérer des lits de soins actifs actuellement occupés par des patients qui attendent d'être placés dans d'autres logements tels que des foyers de soins de longue durée. Ce rapport doit notamment préciser les efforts déployés par le Ministère pour développer le concept des logements avec**

**services de soutien, un type de soins plus robustes que les soins à domicile mais moins exigeants que les soins de longue durée, qui pourraient être indiqués pour certains patients hospitalisés qui n'ont plus besoin de soins hospitaliers. Le Ministère doit aussi signaler les tendances dans le nombre de patients occupant des lits d'hôpitaux qui attendent d'être placés dans d'autres logements.**

- 11. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux partenaires, présente un rapport au Comité sur la possibilité de transférer les patients des régions rurales qui occupent des lits dans des hôpitaux urbains à de petits hôpitaux ruraux pour les soins postopératoires afin de libérer des lits de chirurgie dans les hôpitaux urbains.**

### *7.2.2. Disponibilité des anesthésistes*

Tous les hôpitaux visités étaient préoccupés, du moins dans une certaine mesure, par le fait d'avoir à assurer la présence d'anesthésistes durant les chirurgies. Le Comité d'experts estimait qu'il manquait de 80 à 100 anesthésistes en Ontario.

Pour aider à remédier à cette pénurie, en 2007, le Ministère a annoncé la création d'équipes de soins anesthésiques (ESA) devant être mises à l'essai dans neuf sites médicaux. Ces équipes se composent d'un anesthésiste supervisant des assistants en anesthésie et des infirmières praticiennes ou infirmiers praticiens qui assurent la prestation de services tels que la sédation consciente et l'administration de gaz d'anesthésie et de médicaments.

Un des hôpitaux visités prévoyait d'utiliser des équipes de soins anesthésiques pour les chirurgies de la cataracte. Selon le Comité d'experts, d'autres hôpitaux qui ont eu recours à de telles équipes ont réussi à effectuer deux fois plus de chirurgies de la cataracte sans compromettre la sécurité des patients. Le Comité d'experts a toutefois souligné que le budget global des hôpitaux n'encourageait pas ce modèle d'efficience, car les anesthésistes sont rémunérés par l'entremise de l'Assurance-santé de l'Ontario tandis que les autres membres de l'équipe sont payés par l'hôpital. En conséquence, il est moins onéreux pour l'hôpital d'avoir recours à un plus grand nombre d'anesthésistes qu'à des équipes de soins anesthésiques.

Dans un des hôpitaux visités, certaines chirurgies de la cataracte à faible risque étaient effectuées sans anesthésiste lorsqu'il manquait d'anesthésistes pour les salles d'opération. L'équipe de vérification a constaté qu'au moins un autre hôpital ontarien pratiquait des chirurgies de la cataracte à faible risque sans qu'un anesthésiste soit présent et mentionné que cette pratique était appuyée par plusieurs études publiées dans la documentation médicale et par des lignes directrices britanniques sur la chirurgie de la cataracte.

L'équipe de vérification n'a pas pu trouver de lignes directrices canadiennes semblables mais elle a constaté que, dans ses paramètres de pratique clinique et

normes d'établissement en matière d'ophtalmologie à l'intention des établissements autonomes, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario mentionnait qu'un médecin non spécialisé en anesthésie pouvait aider l'ophtalmologiste à administrer l'anesthésie locale et la sédation.

Le vérificateur a recommandé que, pour favoriser la meilleure utilisation possible des services d'anesthésie tout en assurant la sécurité des patients et l'efficacité des interventions :

- le ministère de la Santé et des Soins de longue durée analyse les résultats des projets pilotes concernant les équipes de soins anesthésiques et, si la situation le justifie, encourage l'application de ce concept à d'autres hôpitaux de l'Ontario, tout en revoyant les mécanismes de financement actuels pour s'assurer qu'ils appuient cette initiative;
- les hôpitaux, avec le concours de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, déterminent dans quelles circonstances la présence d'un anesthésiste est requise dans les cas de chirurgie de la cataracte.<sup>86</sup>

Tous les hôpitaux vérifiés étaient généralement d'accord avec la recommandation. Un hôpital a fait remarquer qu'il participait au projet pilote des équipes de soins anesthésiques (ESA).<sup>87</sup>

Dans sa réponse initiale, le Ministère a indiqué qu'il était encouragé par la recommandation et qu'il poursuivrait l'évaluation du Programme des équipes de soins anesthésiques.<sup>88</sup>

### **Audiences du Comité**

Le Comité a appris qu'un des principaux facteurs qui empêchaient certains hôpitaux de pratiquer davantage d'interventions chirurgicales était la pénurie de plus en plus préoccupante d'anesthésistes en Ontario. Le Ministère poursuit activement le modèle des équipes de soins anesthésiques, car il y aurait des gains d'efficacité à réaliser en partageant l'expertise d'un anesthésiste entre les membres de l'équipe chirurgicale.

Le Ministère a entamé des discussions approfondies avec l'Ontario Medical Association et convenu de lancer des projets pilotes axés sur ce modèle. À l'heure actuelle, les activités des ESA se limitent aux chirurgies de la cataracte, et neuf hôpitaux participent aux projets pilotes. Deux employés recevront la formation requise et chacun d'eux sera déployé dans une des deux salles d'opération supervisées par l'anesthésiste. Le module de formation a été conçu avec l'aide du Michener Institute de Toronto.<sup>89</sup>

Le Ministère compte sur les projets pilotes des ESA (qui ont commencé vers la fin de 2007) pour éclairer l'élaboration des politiques en matière de rémunération. Il envisage notamment les options suivantes :

- verser un montant forfaitaire à l'hôpital pour le projet;
- payer les hôpitaux à l'acte;

- payer le thérapeute respiratoire à titre d'adjoint à l'anesthésiste.

Ces questions seront examinées par le Ministère lorsqu'il recueillera l'information découlant de l'évaluation des projets pilotes en 2008. Le Comité s'est fait dire que, sans ces « aide-anesthésistes », certains hôpitaux seraient incapables de pratiquer le nombre accru d'interventions associé à la Stratégie de réduction des temps d'attente.<sup>90</sup> Le Ministère poursuit la mise en œuvre des projets pilotes des ESA et le Comité veut savoir comment il prévoit d'atténuer l'effet désincitatif financier du modèle proposé sur le budget global des hôpitaux.

### Recommandations du Comité

Le Comité recommande :

- 12. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de concert avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux partenaires, présente un rapport au Comité sur les résultats de son évaluation des projets pilotes concernant les équipes de soins anesthésiques (ESA). Ce rapport doit faire connaître les résultats et les coûts, en plus d'indiquer si le Ministère propose d'étendre le modèle des ESA au-delà des neuf hôpitaux actuels et, le cas échéant, comment il prévoit d'atténuer l'effet désincitatif financier du modèle proposé sur le budget global des hôpitaux. Le rapport doit aussi préciser si le Ministère compte étendre le modèle des ESA à d'autres chirurgies que celle de la cataracte. Enfin, il doit indiquer si l'Ontario fait encore face à une pénurie d'anesthésistes et, le cas échéant, spécifier les mesures prises par le Ministère pour pallier cette pénurie.**

En examinant les processus périopératoires des trois hôpitaux vérifiés, l'équipe de vérification a découvert des exemples d'économie et d'efficacité, mais elle a aussi relevé des points qui pourraient et qui, de l'avis du Comité, devraient être améliorés. Le Comité encourage le Ministère à envisager le recours à des incitatifs afin de modifier les comportements des fournisseurs de soins de santé qui entraînent l'inefficacité des processus périopératoires, dont l'évaluation préalable des patients.

## 8. INSTRUMENTS CHIRURGICAUX

Pour assurer l'efficacité et la sécurité des chirurgies, les hôpitaux ontariens doivent veiller à ce que les instruments appropriés soient disponibles et à ce qu'ils soient nettoyés et stérilisés comme il se doit avant d'être utilisés. Le Comité d'experts a cerné un certain nombre de pratiques exemplaires, dont le fait de s'assurer qu'il y a suffisamment d'instruments chirurgicaux pour respecter l'horaire d'utilisation des salles d'opération. Il a fait remarquer que des chirurgies pouvaient être annulées lorsque les hôpitaux n'avaient pas suffisamment d'instruments chirurgicaux et qu'ils n'avaient pas assez de temps entre deux chirurgies pour nettoyer et stériliser les instruments.

L'équipe de vérification a examiné les méthodes employées dans les hôpitaux visités pour s'assurer que les chirurgiens disposent des instruments dont ils ont besoin pour chaque chirurgie. Tous les hôpitaux visités établissaient des listes indiquant le nombre et le type d'instruments requis pour une intervention donnée ou un chirurgien particulier, puis utilisaient ces listes pour préparer les plateaux d'instruments.

Le personnel des trois hôpitaux était préoccupé par le manque d'instruments, compte tenu de la Stratégie de réduction des temps d'attente et de la hausse du nombre de chirurgies. Afin d'atténuer les problèmes liés au manque d'instruments, les hôpitaux examinaient la liste des chirurgies prévues et modifiaient l'horaire au besoin.

Les trois hôpitaux ont indiqué qu'ils utilisaient une méthode de « stérilisation rapide » lorsqu'il n'y avait pas assez de temps pour effectuer le nettoyage et la stérilisation ordinaires des instruments avant la prochaine chirurgie.

L'équipe de vérification a cité certaines lignes directrices en matière de prévention des infections qui mentionnaient la stérilisation rapide, y compris :

- le guide de prévention des infections de Santé Canada;
- les *Best Practices for Cleaning, Disinfecting and Sterilization in All Health Care Settings* du Comité consultatif provincial sur les maladies infectieuses (CCPMI);
- le guide américain *Guideline for Prevention of Surgical Site Infection*.

Tous les guides susmentionnés indiquent que la stérilisation rapide « n'est pas recommandé » et ne devrait être utilisée qu'en cas d'urgence (par exemple, lorsqu'on laisse tomber un instrument sur le sol durant une intervention).

Même lorsque la stérilisation rapide se fait dans les règles, d'autres associations de professionnels de la santé telles que l'Association of Perioperative Registered Nurses des États-Unis recommandent de l'utiliser le moins possible, car elle pourrait exposer les patients à un risque accru d'infection, étant donné que le personnel se sent alors forcé d'éliminer une ou plusieurs étapes du processus de nettoyage et de stérilisation.

Citant d'autres autorités telles que l'Association canadienne de normalisation, l'équipe de vérification a mentionné que la stérilisation rapide n'était pas recommandée s'il y avait suffisamment de temps pour procéder à une stérilisation ordinaire.

Le guide américain et le CCPMI précisent également qu'un manque d'instruments ne constitue pas un motif acceptable pour utiliser cette méthode.

Dans ses pratiques exemplaires, le CCPMI recommande de tenir un registre contenant différents renseignements dont les instruments traités par stérilisation rapide et, surtout, les chirurgiens qui les ont utilisés et sur quels patients.

L'équipe de vérification a remarqué que les hôpitaux visités procédaient comme suit :

- Le premier hôpital ne tenait pas de registre des instruments traités par stérilisation, mais il avait mis sur pied un groupe de travail chargé d'examiner les recommandations du CCPMI, y compris celles portant sur la stérilisation rapide.
- Le deuxième hôpital tenait un registre des instruments traités par stérilisation rapide, mais sans indiquer le nom du chirurgien ou du patient. Toutefois, lorsqu'un instrument traité par stérilisation rapide était utilisé, l'information était consignée dans le dossier du patient.
- Le troisième hôpital conservait tous les renseignements requis et indiquait pourquoi les instruments avaient été stérilisés au moyen de la méthode de stérilisation rapide.
- Un des hôpitaux examinait périodiquement son utilisation de la stérilisation rapide. Il disait avoir apporté des changements pour réduire le risque associé au nettoyage et au transport des instruments traités par stérilisation rapide et avoir acheté des instruments additionnels. L'équipe de vérification a examiné les raisons invoquées pour justifier les cas de stérilisation rapide survenus sur une période de sept mois et constaté que près de 73 % des cas étaient attribuables au manque d'instruments chirurgicaux disponibles.
- Un autre hôpital avait recours à la stérilisation rapide moins de huit fois par mois, mais n'indiquait pas pourquoi.
- Le troisième hôpital ne procédait pas à un examen périodique de la fréquence d'utilisation de la stérilisation rapide ou des raisons justifiant celle-ci.
- Aucun des hôpitaux visités ne disposait d'un système de gestion des instruments (par exemple, un système utilisant des codes à barres ou la technologie du balayage) pour connaître l'emplacement des instruments selon leur état (par exemple, en attente de nettoyage ou en cours d'utilisation). Par conséquent, les hôpitaux n'avaient qu'une idée générale du nombre d'instruments chirurgicaux dont ils disposaient et ne connaissaient pas le nombre d'instruments disponibles un jour donné.
- Un rapport produit par les experts-conseils engagés par un des hôpitaux indiquait que cet hôpital n'avait aucun système permettant de s'assurer que tous les instruments étaient envoyés au nettoyage après une chirurgie. Par conséquent, beaucoup d'instruments étaient perdus.
- Tous les hôpitaux visités avaient mis en place des procédures pour veiller à ce qu'aucun instrument médical ne soit laissé à l'intérieur d'un patient.

Le vérificateur a recommandé que les hôpitaux :

- réexaminent la pratique consistant à utiliser la méthode de la stérilisation rapide dans des situations non urgentes (à la lumière du guide sur les pratiques exemplaires du CCPMI);

- lorsque la méthode de la stérilisation rapide est utilisée, veillent à ce que soit tenu un registre des instruments stérilisés rapidement où sont inscrits le nom du chirurgien qui utilise un tel instrument par la suite et celui du patient sur lequel il a été utilisé, conformément aux recommandations du CCPMI;
- examinent les coûts et les avantages de la mise en œuvre d'un système de gestion des instruments permettant de connaître l'emplacement des instruments et leur état.<sup>91</sup>

Tous les hôpitaux vérifiés étaient d'accord avec la recommandation.<sup>92</sup>

Dans sa réponse initiale, le Ministère a appuyé la recommandation et convenu que les hôpitaux devaient effectuer un suivi des instruments ayant fait l'objet d'une stérilisation rapide. Il a ajouté que les recommandations du CCPMI constituaient des pratiques exemplaires. Le Ministère a distribué le document *Best Practices for Cleaning, Disinfecting and Sterilization in All Health Care Settings* du CCPMI à tous les hôpitaux et à toutes les associations connexes, ainsi qu'aux ordres professionnels concernés.

À l'heure actuelle, le Ministère collabore avec les professionnels en prévention des infections de chacun des hôpitaux de la province et les RLISS afin d'aider les hôpitaux et les autres organismes de soins de santé à mettre en œuvre ces pratiques exemplaires dans tous les domaines du nettoyage, de la désinfection et de la stérilisation. Conformément à ce qui est indiqué dans le rapport du vérificateur général, le Ministère convient qu'il peut être nécessaire de recourir à la stérilisation rapide en cas d'urgence et qu'une limite concernant l'utilisation de cette méthode devrait être établie en consultation avec des experts.<sup>93</sup>

### Audiences du Comité

Le Comité a appris qu'après avoir reçu l'ébauche de rapport du vérificateur général, le Ministère, de concert avec l'OHA, avait envoyé une lettre à tous les hôpitaux pour leur demander d'examiner leurs procédures de stérilisation à la lumière des lignes directrices du Comité consultatif provincial sur les maladies infectieuses intitulées *Best Practices for Cleaning, Disinfection and Sterilization in all Health Care Settings*.<sup>94</sup> L'Association des hôpitaux de l'Ontario a ensuite présenté une vidéoconférence qui a permis à 274 représentants des hôpitaux membres de l'OHA d'entendre des experts du CCPMI discuter des méthodes appropriées de stérilisation rapide et de leur utilisation. La vidéoconférence est archivée sur le site Web de l'OHA et a depuis été visionnée par 186 autres personnes. L'Association a également distribué une fiche technique sur la stérilisation rapide aux hôpitaux pour appuyer ces conseils. L'OHA envisage d'autres mécanismes, dont des conférences éducatives, pour renforcer les pratiques exemplaires à cet égard.<sup>95</sup>

L'OHA a signalé qu'elle travaillait également avec l'initiative AchatsOntario à créer et à lancer le projet de chaîne d'approvisionnement des salles d'opération.<sup>96</sup> Ce projet a pour objectif d'aider les hôpitaux à apporter des améliorations ciblées

qui assureraient un approvisionnement suffisant en instruments et en fournitures et à :

- respecter l'horaire d'utilisation des salles d'opération;
- utiliser un équipement de rangement qui sépare les fournitures et les instruments propres de ceux qui sont souillés;
- uniformiser les instruments et les fournisseurs utilisés.<sup>97</sup>

Le Comité a également appris que certains employés des hôpitaux et membres de la collectivité de prévention des infections considéraient les risques posés par la stérilisation rapide (par rapport à la stérilisation ordinaire) comme moins préoccupants que ceux présentés par d'autres facteurs tels qu'un lavage des mains inadéquat ou encore par le SARM, l'ERV ou le C. difficile.<sup>98</sup>

### **Recommandations du Comité**

Le Comité recommande :

- 13. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente un rapport au Comité sur la mesure dans laquelle les hôpitaux partenaires ont adopté un seuil acceptable pour le recours à la stérilisation rapide, comme le recommandent les experts en médecine.**
- 14. Que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et l'Association des hôpitaux de l'Ontario présente un rapport au Comité sur le projet de chaîne d'approvisionnement des salles d'opération de l'initiative AchatsOntario. Le Comité demande notamment un rapport de suivi sur la question de savoir si ce projet aide les hôpitaux à se procurer suffisamment d'instruments pour réduire la nécessité d'avoir recours à la stérilisation rapide en temps normal et, dans la négative, sur les mesures additionnelles qui seront prises.**

## NOTES

<sup>1</sup> Toronto East General fait partie du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) 7 du Centre-Toronto; St. Joseph's Healthcare Hamilton fait partie du RLISS 4 de Hamilton Niagara Haldimand Brant; et l'Hôpital régional de Sudbury fait partie du RLISS 13 du Nord-Est.

<sup>2</sup> Ontario, Bureau du vérificateur général, *Rapport annuel 2007* (Toronto, 2007), p. 234.

<sup>3</sup> Assemblée législative de l'Ontario, Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, 39<sup>e</sup> législature, 1<sup>re</sup> session (21 février 2008), P-6.

<sup>4</sup> Vérificateur général, *Rapport annuel 2007*, p. 238.

<sup>5</sup> Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-6.

<sup>6</sup> Vérificateur général, *Rapport annuel 2007*, p. 232.

<sup>7</sup> Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-6.

<sup>8</sup> Vérificateur général, *Rapport annuel 2007*, p. 232.

<sup>9</sup> Ibid.

<sup>10</sup> Ce montant englobe le salaire des infirmières et infirmiers ainsi que les fournitures médicales mais exclut la rémunération de la plupart des médecins, y compris les services fournis par les chirurgiens aux patients de l'hôpital, qui sont payés par le Ministère par l'entremise de l'Assurance-santé de l'Ontario. Voir *ibid.*, p. 233.

<sup>11</sup> Ibid.

<sup>12</sup> Depuis l'adoption de la *Loi sur la vérification des comptes publics* en 1978, le vérificateur peut entreprendre des vérifications d'inspection des bénéficiaires de paiements de transfert tels que les écoles, les universités, les collèges et les hôpitaux, mais la formulation de la loi l'empêchait de soumettre ces organismes du secteur parapublic à des vérifications complètes de l'optimisation des ressources. De nombreux membres du Bureau du vérificateur provincial préconisaient l'élargissement du mandat et une imputabilité accrue des organismes du secteur parapublic envers l'Assemblée législative et les contribuables de l'Ontario. Ce but est devenu réalité en 2004 avec l'adoption du projet de loi 18. Voir la page « Notre histoire » du site Web du Bureau du vérificateur général de l'Ontario, à [http://www.auditor.on.ca/fr/apropos\\_histoire\\_fr.htm](http://www.auditor.on.ca/fr/apropos_histoire_fr.htm) (visité le 29 mai 2008).

<sup>13</sup> Ontario, ministère des Finances, Budget 2008 : Documents budgétaires (Toronto, 25 mars 2008), p. 124.

<sup>14</sup> Ibid., p. 119. Selon le Plan budgétaire 2008-2009, les dépenses nettes des hôpitaux s'élèvent à 18,4 milliards de dollars.

<sup>15</sup> Le *Rapport annuel 2006 du vérificateur général de l'Ontario* contenait deux sections distinctes concernant les hôpitaux, l'une sur la gestion et l'utilisation de l'équipement d'imagerie diagnostique et l'autre sur l'administration de l'équipement médical.

<sup>16</sup> Vérificateur général, *Rapport annuel 2007*, p. 240.

<sup>17</sup> Le sous-ministre de la Santé et des Soins de longue durée a remercié le vérificateur général pour avoir reconnu et souligné dans son *Rapport annuel 2007* le bon travail accompli par le Comité d'experts en matière d'analyse et d'amélioration des procédures chirurgicales (CEAAPC), les Équipes expertes d'encadrement pour l'amélioration des soins périopératoire (EEEASP) et le Programme d'objectifs en matière d'efficacité des soins chirurgicaux (POESC), ainsi que les nouveaux modèles de soins en voie d'élaboration tels que les Équipes de soins anesthésiques (ESA) et le Système d'information sur les temps d'attente (SITA).

Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-6-7.

<sup>18</sup> Vérificateur général, *Rapport annuel 2007*, p. 241.

<sup>19</sup> Ibid.

<sup>20</sup> Ibid.

<sup>21</sup> Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-8.

<sup>22</sup> Ibid.

<sup>23</sup> Ibid.

<sup>24</sup> Ibid.

<sup>25</sup> Vérificateur général, *Rapport annuel 2007*, p. 242.

<sup>26</sup> Ibid.

<sup>27</sup> Ibid., p. 242.

<sup>28</sup> Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-8.

- <sup>29</sup> Ibid., p. P-24.
- <sup>30</sup> Vérificateur général, *Rapport annuel 2007*, p. 243.
- <sup>31</sup> Ibid.
- <sup>32</sup> Ibid., p. 244.
- <sup>33</sup> Ibid.
- <sup>34</sup> Ibid.
- <sup>35</sup> Ibid.
- <sup>36</sup> Ibid., p. 245.
- <sup>37</sup> Ibid.
- <sup>38</sup> Ibid.
- <sup>39</sup> Ibid.
- <sup>40</sup> Ibid., p. 246.
- <sup>41</sup> Ibid.
- <sup>42</sup> Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Bureau du sous-ministre, *Rapport d'étape*, 12 février 2008, p. 3-4.
- <sup>43</sup> Vérificateur général, *Rapport annuel 2007*, p. 248.
- <sup>44</sup> Ibid.
- <sup>45</sup> Ibid.
- <sup>46</sup> Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-7-8.
- <sup>47</sup> Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Rapport d'étape*, 12 février 2008, p. 5.
- <sup>48</sup> Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-16-17.
- <sup>49</sup> Ibid., p. P-16-18.
- <sup>50</sup> Le conseil fédéral sur la réduction des temps d'attente, le D<sup>r</sup> Brian Postl, a été engagé par le gouvernement fédéral pour présenter des recommandations et donner des conseils visant à accélérer l'accès aux services de santé. Voir le *Rapport annuel 2007* du vérificateur général, p. 249-250.
- <sup>51</sup> Vérificateur général, *Rapport annuel 2007*, p. 255.
- <sup>52</sup> Ibid., p. 255.
- <sup>53</sup> Ibid., p. 255.
- <sup>54</sup> Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-7.
- <sup>55</sup> Ibid.
- <sup>56</sup> L'Alberta et la Colombie-Britannique déclarent les temps d'attente selon le chirurgien pour certaines chirurgies, telles que l'arthroplastie, les chirurgies cardiaques et les chirurgies oculaires. Vérificateur général, *Rapport annuel 2007*, p. 254.
- <sup>57</sup> Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-16.
- <sup>58</sup> Ibid., p. P-15.
- <sup>59</sup> Ibid.
- <sup>60</sup> Conseil ontarien de la qualité des services de santé, *Observateur-Q*, Points saillants du rapport de 2008 (Ontario, 2008), p. 3. Site Internet à [http://www.ohqc.ca/pdfs/ohqc\\_2008\\_report\\_summary\\_-\\_french.pdf](http://www.ohqc.ca/pdfs/ohqc_2008_report_summary_-_french.pdf) (visité le 21 mai 2008).
- <sup>61</sup> Vérificateur général, *Rapport annuel 2007*, p. 257.
- <sup>62</sup> Ibid.
- <sup>63</sup> Ibid., p. 257.
- <sup>64</sup> Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-6.
- <sup>65</sup> Ce système d'information est en train de modifier la façon dont les hôpitaux gèrent leurs temps d'attente. En 2007, le projet du SITA a remporté le prix Diamond du Concours de l'informatique et de la productivité pour l'avenir, qui reconnaît l'excellence dans le secteur des organismes sans but lucratif. Ibid., p. P-7.
- <sup>66</sup> Les hôpitaux participants sont ceux qui ont choisi de participer à la Stratégie de réduction des temps d'attente en acceptant d'effectuer des chirurgies additionnelles dans le cadre de leur entente de financement. Ibid.
- <sup>67</sup> Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-7.
- <sup>68</sup> Ibid.
- <sup>69</sup> Vérificateur général, *Rapport annuel 2007*, p. 259.
- <sup>70</sup> Ibid.
- <sup>71</sup> Ibid., p. 260.

<sup>72</sup> Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-28. [Ces conclusions, qui figurent à la p. 259 du *Rapport annuel 2007* du vérificateur général, découlaient d'une analyse menée dans le cadre de la vérification. Cette analyse portait notamment sur les taux d'exactitude de l'heure de début des chirurgies prévues dans 60 hôpitaux ontariens sur une période de 12 mois terminée au printemps 2007. En ce qui concerne l'exactitude de l'heure de début, la valeur médiane était de 69 % pour la première chirurgie de la journée et de 58 % pour les chirurgies suivantes. Le rapport mentionnait certaines variations importantes dans les taux d'exactitude de l'heure de début de la première chirurgie de la journée, qui variaient entre 17 % et 95 %. Quant aux taux d'exactitude de l'heure de début des interventions effectuées plus tard dans la journée, ils allaient de 25 % à 98 %. Comme il est indiqué dans le *Rapport annuel 2007*, cette information n'avait été ni vérifiée ni publiée par le Ministère, car le Programme d'objectifs en matière d'efficacité des soins chirurgicaux était relativement nouveau. Voir le *Rapport annuel 2007* du vérificateur général, p. 259.]

<sup>73</sup> Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-28.

<sup>74</sup> Nancy Boutin, « Tillsonburg Hospital a cut above: TDMH tops in surgical efficiency », *Tillsonburg News*, 9 mai 2008, site Internet à <http://cgi.bowesline.com/pedro.php?id=301&x=story&xid=399472> (visité le 15 mai 2008).

<sup>75</sup> Vérificateur général, *Rapport annuel 2007*, p. 260.

<sup>76</sup> Ibid.

<sup>77</sup> Ibid., p. 261.

<sup>78</sup> Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. Ibid., p. P-12 et P-26.

<sup>79</sup> Ibid., p. P-42.

<sup>80</sup> Mohammed Adam, « Hospital bed crunch is 'critical'; Surgeries cancelled as nearly 1 in 5 beds occupied by people who can't find other care », *Ottawa Citizen*, 3 mars 2008, p. A1.

<sup>81</sup> Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-12.

<sup>82</sup> Ibid., p. P-26.

<sup>83</sup> Ibid., p. P-19.

<sup>84</sup> Ibid., p. P-26.

<sup>85</sup> Ibid., p. P-25 et 29.

<sup>86</sup> Vérificateur général, *Rapport annuel 2007*, p. 262.

<sup>87</sup> Ibid.

<sup>88</sup> Ibid.

<sup>89</sup> Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-23. Le Michener Institute for Applied Health Sciences, établi à Toronto, a pour mandat de promouvoir l'avancement des sciences appliquées de la santé auprès des professionnels associés.

<sup>90</sup> Ibid., p. P-24.

<sup>91</sup> Vérificateur général, *Rapport annuel 2007*, p. 265.

<sup>92</sup> Ibid.

<sup>93</sup> Ibid.

<sup>94</sup> Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-8.

<sup>95</sup> Ibid., p. P-8-10.

<sup>96</sup> Le programme AchatsOntario a été annoncé en 2004. Relevant du Secrétariat de la gestion de la chaîne d'approvisionnement dans le secteur parapublic, au sein du ministère des Finances de l'Ontario, le programme aide les hôpitaux, les universités, les collèges et d'autres établissements à regrouper et à rationaliser leurs processus d'achat. Voir Ontario, ministère des Finances, *Extraits du Budget de l'Ontario 2007* (Toronto, 2007), site Internet à <http://www.fin.gov.on.ca/french/ontariobuys/documents/budget2007.html> (visité le 2 avril 2008).

<sup>97</sup> Comité permanent des comptes publics, *Journal des débats*, p. P-10.

<sup>98</sup> L'acronyme SARM désigne le staphylococcus aureus résistant à la méthicilline, un type de bactérie qui résiste à certains antibiotiques. ERV désigne l'entérocoque résistant à la vancomycine, une bactérie normalement bénigne dont une souche résiste aux antibiotiques. C. difficile est le Clostridium difficile. Il est essentiel de bien se laver les mains pour empêcher cette bactérie de se propager.