

PORTRAIT DE L'UTILISATION DES SALLES D'OPÉRATION DES HÔPITAUX QUÉBÉCOIS

Alors que les questionnements abondent à propos de la gestion du système public et de l'emploi des ressources en santé, il est important d'évaluer la place que pourrait occuper le secteur privé. Avec cette première Note économique traitant de l'utilisation des ressources en santé, l'Institut économique de Montréal (IEDM) souhaite contribuer à la réflexion en ce qui a trait à l'optimisation des blocs opératoires au Québec. Une prochaine Note économique se penchera sur la question de l'offre de ressources humaines du système de santé.



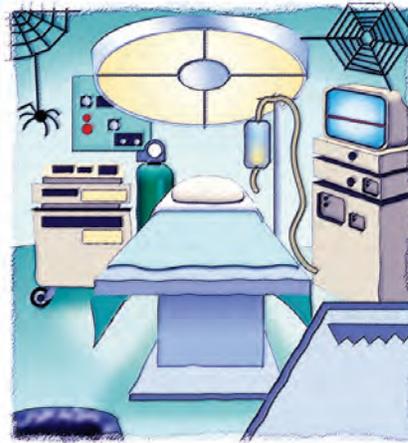
Cette Note économique a été préparée par **Julie Frappier**, économiste de la santé et **Mathieu Laberge**, économiste à l'IEDM.

Lors d'un sondage mené en juillet 2007, 67 % des Québécois se sont déclarés plutôt favorables à ce que le gouvernement permette une plus grande place du secteur privé dans les services de santé¹. Un précédent sondage avait montré que 60 % des Québécois accepteraient que l'État permette un accès plus rapide à des soins de santé à ceux qui souhaitent payer pour ces soins dans le secteur privé, tout en maintenant le système actuel de santé gratuit et universel². Si ces sondages semblent indiquer qu'il existe une demande pour des soins de santé financés de façon privée, la question de l'accroissement de l'offre de services, liée à celle de l'utilisation des ressources matérielles existantes, a toutefois été moins profondément analysée.

Le problème des listes d'attente de chirurgies

Le problème persistant des listes d'attente, notamment pour les chirurgies, mène à des interrogations en ce qui concerne l'ampleur de l'utilisation des ressources matérielles disponibles dans le réseau d'établissements de santé du Québec. Plus particulièrement, comment et à quel point les blocs opératoires des hôpitaux québécois sont-ils utilisés?

Dans une étude portant sur sept provinces canadiennes, l'Institut canadien d'information sur la santé a découvert que le temps d'attente médian pour une chirurgie du genou variait de treize semaines à l'Île-du-Prince-Édouard à un an en Saskatchewan³. Le Québec ne fait pas exception à la règle en la matière, les délais d'attente pour les interventions chirurgicales faisant régulièrement la manchette.

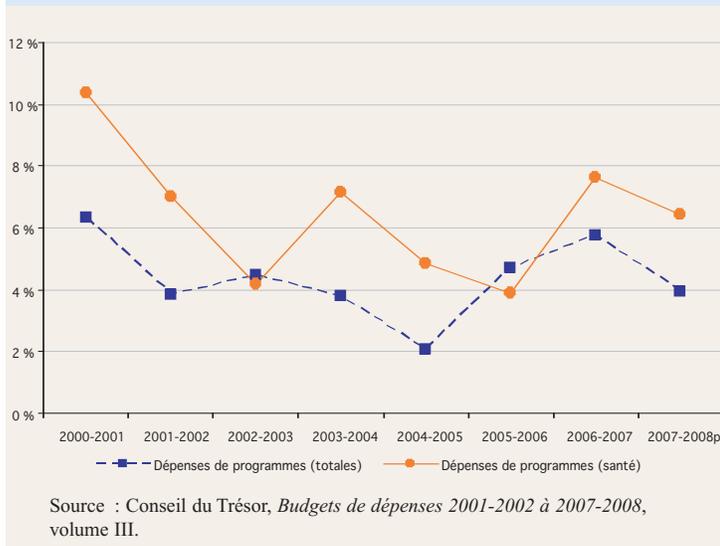


En effet, on estime que le temps médian d'attente entre la visite chez un médecin spécialiste et le traitement pour une chirurgie orthopédique du genou ou de la hanche au Québec est demeuré relativement stable de 2003 à 2007. Alors qu'un patient attendait 24,5 semaines en 2003⁴, il devait attendre 24 semaines en 2007⁵. Il s'agit d'une légère augmentation par rapport à 2000-2001, alors que les patients en attente de ce type de traitement étaient opérés 21 semaines après la visite chez un médecin spécialiste⁶.

La situation diffère d'une région à l'autre pour un même traitement. Par exemple, à Montréal, plus de 400 patients étaient en attente d'une chirurgie du genou depuis plus de six mois en mars 2007, ce qui représente

1. Léger Marketing et Journal de Québec, *Les Québécois et l'accès aux soins de santé*, juillet 2007, p. 4.
2. Léger Marketing (pour le compte de l'IEDM), *Opinion des Canadiens à l'égard de l'accès aux soins de santé*, septembre 2006, p. 5.
3. Institut canadien d'information sur la santé, *Temps d'attente et soins de santé au Canada : ce que nous savons et ce que nous ignorons*, 2006, p. 39. L'étude portait sur l'Île-du-Prince-Édouard, le Manitoba, l'Ontario, l'Alberta, la Saskatchewan, la Colombie-Britannique et la Nouvelle-Écosse. Les données du Québec ne sont pas harmonisées avec celles de l'ICIS.
4. Nadeem Esmail et Michael A. Walker, *Waiting your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada*, 13e édition, Institut Fraser, 2003, p. 46.
5. Nadeem Esmail et Michael A. Walker, *Waiting your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada*, 17e édition, Institut Fraser, 2007, p. 50.
6. Michael A. Walker et Greg Wilson, *Waiting your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada*, 11e édition, Institut Fraser, 2001, p. 41.

FIGURE 1
Croissance des dépenses de programmes



plus de 20 % du nombre de chirurgies de ce type effectuées en 2005-2006. Cette même proportion était de 19 % en Abitibi-Témiscamingue, de 17 % en Montérégie et en Estrie et de 15 % au Bas-Saint-Laurent. À l'autre extrême, les patients en attente de cette intervention représentaient 2 % des chirurgies effectuées l'année précédente au Saguenay-Lac-Saint-Jean, 3 % dans Chaudière-Appalaches et 4 % dans les Laurentides⁷.

Certaines régions peinent plus que d'autres à traiter leurs patients en attente d'une opération. Par exemple, en mars 2007, le nombre de patients en attente de plus de six mois⁸ en Outaouais représentait plus de 10 % du nombre de chirurgies effectuées l'année précédente dans quatre des cinq types de chirurgie à l'étude⁹. La région de Montréal connaissait des difficultés semblables dans deux types de chirurgie sur cinq¹⁰.

L'Institut canadien d'information sur la santé estime pour sa part que 40 % du temps total d'attente pour une chirurgie du genou ou de la hanche sont dus au délai entre l'orientation vers un spécialiste et la décision d'opérer alors que 60 % sont

attribuables au délai entre la décision d'opérer et le moment effectif de l'intervention chirurgicale¹¹.

L'utilisation des salles d'opération

Une enquête a donc été menée par l'IEDM afin d'obtenir des informations sur l'utilisation des salles d'opération pendant la dernière période disponible (avril 2005 – mars 2006). À cet effet, l'IEDM a envoyé un formulaire de cueillette de données à des hôpitaux du Québec. Celui-ci portait sur l'utilisation des blocs opératoires durant les quarts de jour, de soir et de nuit, tant pendant la semaine que pendant la fin de semaine. Les résultats de cette enquête révèlent que les salles d'opération sont nettement sous-utilisées.

Trente-six centres hospitaliers ont été sollicités pour répondre au formulaire. Trente-deux hôpitaux ont répondu sur une base volontaire, pour un taux de réponse de 89 %. Neuf formulaires ont été reçus après la date d'échéance ou étaient incomplets. L'échantillon final comprend donc 23 hôpitaux, comptant globalement 264 salles d'opération, tant en milieu régional que dans les grands centres urbains¹². Cela représente 49 % des salles d'opération des centres hospitaliers publics en 2005-2006¹³.

Les centres hospitaliers de l'échantillon disposaient en moyenne de 11,5 salles d'opération. Une salle était considérée comme ouverte dès qu'elle présentait un taux d'utilisation supérieur à zéro. Le taux d'ouverture était de 92 % durant les quarts de jour en semaine. Cela correspond en moyenne à près d'une salle fermée par hôpital.

Par ailleurs, le taux d'utilisation des salles d'opération ouvertes était de 46 % pour les quarts de jour en semaine¹⁴. Il s'agit d'un résultat bien en deçà du taux d'utilisation souhaitable d'une salle d'opération. Un rapport d'enquête de la Mission nationale

D'après l'enquête, le taux d'utilisation des salles d'opération ouvertes était de 46 % pour les quarts de jour en semaine.

7. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Accès aux services médicaux spécialisés/Sommaire*, mars 2007, <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/app/g74web/SommairePDF.asp>. Les données sur le nombre de patients en attente de traitement pour les opérations chirurgicales demeurent néanmoins très fragmentaires, le sommaire de l'accès aux services médicaux spécialisés publié par le ministère ne donnant le détail des délais d'attente que pour quelques traitements.

8. Le ministère de la Santé considère un patient « en attente » à partir du moment où il est pris en charge par le mécanisme d'attente à l'hôpital.

9. Les types de chirurgies sont : l'arthroplastie du genou, l'arthroplastie de la hanche, l'opération de la cataracte, les chirurgies d'un jour et les chirurgies avec hospitalisation.

Le délai de six mois et moins représente la cible d'accès retenue par le gouvernement du Québec pour les chirurgies de la cataracte, du genou et de la hanche. Ce n'est toutefois pas le cas pour les regroupements de chirurgies.

10. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *op. cit.*, note 6.

11. Institut canadien d'information sur la santé, *op. cit.*, note 2, p. 19.

12. Les 23 hôpitaux représentent 11 % du total des 215 centres hospitaliers, mais puisque l'échantillon comprend surtout des hôpitaux des grands centres de population qui ont un volume important de chirurgies, la proportion des salles d'opération prises en compte est bien plus importante. Plus précisément, l'échantillon est composé de 12 hôpitaux de la région métropolitaine de Montréal (dont 9 sur l'île de Montréal), de 5 hôpitaux de la région de Québec, de 2 hôpitaux de la région de Gatineau, d'un hôpital de la région de Sherbrooke et de 3 hôpitaux des autres régions du Québec.

13. Selon les données fournies par le MSSS, il y avait un total de 543 salles d'opération en 2005-2006.

TABLEAU 1

Résultats de l'enquête sur l'utilisation des salles d'opération dans les 23 hôpitaux de l'échantillon

	Semaine		Fin de semaine	
	Jour	Soir	Jour	Soir
Nombre de salles ouvertes	243	164	120	114
Taux d'ouverture des salles ^a	92 %	62 %	45,5 %	43 %
Nombre d'heures d'utilisation potentielle	160	160	64	64
Taux d'utilisation moyen des salles ouvertes ^b	46 %	9 %	8 %	6 %
Nombre moyen de salles par hôpital	11,5	11,5	11,5	11,5
Nombre moyen de salles par hôpital en utilisation souhaitable ^c	6,5	0,86	0,56	0,39
Taux d'utilisation de la capacité disponible ^d	56,5 %	7,5 %	4,8 %	3,4 %

Notes :

- a. Une salle d'opération était considérée ouverte lorsqu'elle présentait un taux d'utilisation supérieur à zéro.
- b. Le taux d'utilisation est défini comme étant le pourcentage des heures utilisées en proportion du nombre potentiel d'heures d'ouverture.
- c. Fondé sur le nombre moyen de 11,5 salles d'opération par hôpital, avec un taux d'ouverture et un taux d'utilisation des salles ouvertes correspondant aux données du tableau. Le taux d'utilisation souhaitable est de 75 %.
- d. Fondé sur le nombre total de salles (ouvertes ou non), mais au seuil d'utilisation souhaitable (75 %), ce qui explique pourquoi la proportion peut être plus élevée que le taux moyen d'utilisation.

d'expertise et d'audit hospitaliers en France a statué « [...] qu'un objectif à atteindre, dans un premier temps, serait une occupation des salles comprise entre 75 et 80 % du temps de mise à disposition (compte tenu des opérations de remise en état des salles hors programme opératoire et de celles de maintenance des installations et des équipements) »¹⁵. Ce taux d'utilisation des 243 salles d'opération ouvertes les jours de semaine correspondait à une utilisation de 6,5 salles en moyenne par hôpital au seuil d'utilisation souhaitable de 75 %¹⁶.

Les salles d'opération sont largement et systématiquement sous-utilisées. Ainsi, une partie des infrastructures parmi les plus modernes et importantes du Québec n'est pas exploitée à plein régime.

Quant aux autres quarts de travail, les données recueillies montrent que l'utilisation des salles d'opération est minimale pour les quarts de jour durant les fins de semaine et les quarts de soir, tant la semaine que la fin de semaine. Comme le montre le Tableau 1, 62 % des salles sont ouvertes les soirs de semaine, mais celles-ci ne sont utilisées qu'à 9 % de leur capacité. À titre d'illustration, cela correspond à l'utilisation de moins d'une

salle (0,86) par hôpital en moyenne pendant les quarts de soir en semaine. La sous-utilisation des salles d'opération est encore plus importante les fins de semaine. Alors que le taux d'ouverture diminue à environ 45 %, le taux d'utilisation oscille de 6 à 8 %. Ces données équivalent à l'utilisation de 0,56 salle par hôpital en moyenne durant les quarts de jour et de 0,39 salle par hôpital durant les quarts de nuit, au cours des fins de semaine.

Les salles d'opération sont donc largement et systématiquement sous-utilisées. Ainsi, une partie des infrastructures parmi les plus modernes et importantes du Québec n'est pas exploitée à plein régime. L'inutilisation de près de 30 % du temps d'utilisation souhaitable des salles d'opération les jours de semaine, une proportion qui monte à plus de 66 % les soirs et les fins de semaine, représente un coût important sous forme d'infrastructures dormantes. C'est sans compter que 8 % des salles d'opération sont fermées en tout temps. À titre indicatif, le coût pour équiper une salle d'opération varie de 450 000 \$ pour une salle de chirurgie générale à 1 150 000 \$ pour une salle de chirurgie endoscopique partiellement automatisée.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette sous-utilisation. Par exemple, une majorité d'hôpitaux gardent une salle libre en tout temps pour répondre aux urgences chirurgicales, ce qui implique qu'elle ne soit pas utilisée à pleine capacité. Leur taux d'utilisation varie donc en fonction du volume de chirurgies urgentes à effectuer pour une période donnée. Une part importante de la sous-utilisation des salles d'opération pourrait aussi être attribuée au cadre financier et réglementaire imposé par le ministère de la Santé et des Services sociaux. La formule actuelle de financement prévoit que le ministère verse aux agences régionales une enveloppe budgétaire globale. Les choix budgétaires font en sorte qu'il arrive que le gouvernement ne finance pas l'ensemble des services de santé qui pourraient être offerts au sein d'une région.

Ce sont les agences régionales qui répartissent l'enveloppe budgétaire parmi les hôpitaux sur leur territoire. Les hôpitaux déterminent ensuite la part de leur budget allouée aux salles d'opération. La direction de l'établissement qui reçoit une enveloppe moindre que celle nécessaire pour financer la totalité

14. Le taux d'utilisation est défini comme étant le pourcentage des heures utilisées en proportion du nombre potentiel d'heures d'ouverture. Le nombre potentiel d'heures d'ouverture est de 160 heures par période financière de quatre semaines pour les quarts de jours et de soir en semaine (à raison de huit heures par quart de travail, cinq jours par semaine et quatre semaines par période financière). Le nombre potentiel d'heures d'ouverture est de 64 heures par période financière de quatre semaines pour les quarts de jours et de soirs les fins de semaine (à raison de huit heures par quart de travail, deux jours par fin de semaine et quatre fins de semaine par période financière). Les taux sont calculés sur la base de périodes financières de quatre semaines qui correspondent aux périodes d'exploitation du ministère de la Santé. Deux quarts de travail ont été considérés pour les chirurgies, soit le quart de jour (en général de 8 h à 16 h) et le quart de soir (en général de 16 h à minuit). Bien que les quarts de travail soient toujours constitués de blocs de huit heures, les heures de début et de fin de ceux-ci peuvent varier selon les hôpitaux.

15. Dominique Tonneau et Alain Lucas, *Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et les cliniques*, 2006, Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier, p. 11.

16. Fondé sur le nombre moyen de 11,5 salles d'opération par établissement, avec un taux d'ouverture de 92 % et un taux d'utilisation des salles ouvertes de 46 %.

de ses services a donc le choix de maintenir un certain nombre de salles fermées ou de répartir l'enveloppe budgétaire dédiée aux salles d'opération entre toutes les salles et d'utiliser celles-ci moins intensivement. Certains établissements diviseraient donc l'enveloppe globale dédiée à la chirurgie sur un nombre de salles d'opération plus grand que le nombre effectivement financé par Québec. Cette pratique aurait pour effet d'accroître le taux d'ouverture des salles et de diminuer le taux d'utilisation de celles-ci.

Ensuite, selon certains intervenants du milieu de la santé, la pénurie de ressources humaines dans le domaine de la santé accroît la pression sur les centres hospitaliers. Non seulement la pénurie de main-d'œuvre se ferait-elle sentir au sein même des blocs opératoires, mais elle affecterait également les services qui surviennent avant et après l'opération chirurgicale elle-même. Cette situation de manque d'effectif réduirait le volume d'opérations qui peut être pratiqué. La pénurie de ressources humaines pourrait notamment être expliquée par un manque de flexibilité au niveau de la gestion du personnel. En ce sens, la multiplication des cliniques privées ainsi que l'émergence de partenariats entre celles-ci et des hôpitaux publics peuvent constituer une réaction au manque de flexibilité de gestion dans le réseau public.

L'inefficacité du financement gouvernemental supplémentaire

Alors que plusieurs réclament un accroissement des dépenses gouvernementales en santé pour raccourcir les listes d'attente, on constate que l'augmentation des dépenses de programmes en santé n'a pas eu l'impact désiré sur le temps d'attente. En effet, le gouvernement a accru de façon importante les fonds consacrés au ministère de la Santé au cours des dernières années, sans pour autant que les listes d'attente ne se résorbent.

Les dépenses de programmes totales (excluant le service de la dette) du gouvernement du Québec ont crû à un rythme moyen de 4,4 % par année de 2000-2001 à 2006-2007, alors que les dépenses de programmes en santé ont crû en moyenne de 6,4 % par année pour la même période. Depuis le début des années 2000, ces dernières ont crû chaque année au même rythme ou plus rapidement que les dépenses de programmes totales de l'ensemble des ministères, sauf en 2005-2006 (voir Figure 1).

En 2006-2007, les dépenses de programmes en santé ont accaparé plus de 43 % des dépenses de programmes totales du gouvernement du Québec. Pour l'exercice financier 2007-2008, le Conseil du Trésor prévoit qu'elles grimperont à 44 % (soit 23,8 milliards \$ sur des dépenses de programmes totales de 53,8 milliards \$)¹⁷. En 2007-2008, la croissance des dépenses en santé comptera pour les deux tiers de la croissance des dépenses de programmes de l'État¹⁸.

Les délais d'attente ont relativement peu évolué, malgré l'accroissement important du financement gouvernemental au réseau de la santé et des services sociaux.

Conclusion

En somme, les délais d'attente de la visite chez le médecin spécialiste au traitement ont relativement peu évolué au Québec entre 2003 et 2007, malgré l'accroissement important du financement gouvernemental au réseau de la santé et des services sociaux. En parallèle, notre enquête révèle que les salles d'opération font l'objet d'une sous-utilisation systématique. Cette situation n'est pas sans soulever une question fondamentale : comment augmenter le rendement de cet excédent d'infrastructures?

Bref, s'il était possible d'accroître l'offre de travail des effectifs existants dans le milieu de la santé¹⁹, on pourrait mettre à contribution une plus grande part des ressources matérielles qui sont dormantes à l'heure actuelle dans le réseau de santé québécois. On pourrait ainsi procéder à un plus grand nombre d'opérations et faire bénéficier les patients de traitements plus rapides.



Institut économique de Montréal
6708, rue Saint-Hubert
Montréal (Québec)
Canada H2S 2M6
Téléphone (514) 273-0969
Télexcopieur (514) 273-2581
Site Web www.iedm.org

L'Institut économique de Montréal (IEDM) est un institut de recherche et d'éducation indépendant, non partisan et sans but lucratif. Il œuvre à la promotion de l'approche économique dans l'étude des politiques publiques.

Fruit de l'initiative commune d'entrepreneurs, d'universitaires et d'économistes, l'IEDM n'accepte aucun financement public.

Abonnement annuel aux publications de l'Institut économique de Montréal : 125,00 \$.

Présidente du conseil :
HÉLÈNE DESMARAIS

Président :
PAUL DANIEL MULLER

Vice-président et économiste en chef :
MARCEL BOYER

Les opinions émises dans cette publication ne représentent pas nécessairement celles de l'Institut économique de Montréal ou des membres de son conseil d'administration.

La présente publication n'implique aucunement que l'Institut économique de Montréal ou des membres de son conseil d'administration souhaitent l'adoption ou le rejet d'un projet de loi, quel qu'il soit.

Reproduction autorisée à des fins éducatives et non commerciales à condition de mentionner la source.

Institut économique de Montréal
© 2007

Imprimé au Canada

Illustration :
Benoit Lafond

Infographie :
Valna inc.

17. Conseil du Trésor, *Budget de dépenses 2007-2008*, volume III, p. 12 et calculs de l'auteur.

18. *Id.*

19. Tel que mentionné précédemment, une prochaine Note économique traitera de cet enjeu.