

RAPPORT FINAL DE VÉRIFICATION

**Portant sur des aspects cliniques et financiers
relatifs aux chirurgies d'un jour pratiquées à
l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal**

RAPPORT PRODUIT PAR :

Laurent Bourque

Nicole Gingras

Manon Paquin

24 NOVEMBRE 2014

Table des matières

AVANT-PROPOS	1
PRÉAMBULE	1
1. INTRODUCTION.....	2
2. VOLET CLINIQUE	2
2.1 Lieux physiques.....	2
2.2 Organisation des soins et des services à l'HSCM.....	3
3. VOLET FINANCIER	5
3.1 Application de la méthodologie MediaMed.....	5
3.1.1 Coûts exclus par la méthode.....	5
3.1.2 Coûts et amortissement de la nouvelle salle de CDJ à l'HSCM.....	6
3.2 Autres considérations.....	6
3.3 Comparaisons des coûts entre faire effectuer les CDJ au CMS ou les réaliser à l'HSCM	7
4. CONCLUSION	8

AVANT-PROPOS

Le présent rapport fait suite à la présentation et aux discussions auprès des autorités du ministère de la Santé et des Services sociaux en septembre dernier. Il a été produit afin de donner suite au rapport de vérification portant sur l'organisation clinique et sur les coûts de production du bloc opératoire du Centre de chirurgie RocklandMD en regard des services vendus à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal en août 2014.

PRÉAMBULE

L'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, ci-après-désigné « HSCM », est un centre tertiaire en traumatologie. L'HSCM compte 554 lits au permis, dont 440 de courte durée répartis entre la médecine (50 %), la chirurgie (25 %) et les services spécialisés (25 %). Il a une mission d'hôpital de proximité ainsi que d'hôpital de référence.

Il a entrepris, il y a deux ans, une analyse des processus liés aux activités chirurgicales en vue de revoir la programmation opératoire afin d'assurer un cheminement optimal de la clientèle en attente d'une chirurgie, le maintien de l'accessibilité et le rapatriement de chirurgies d'un jour (CDJ) s'effectuant au centre de chirurgie RocklandMD, ci-après appelé « CMS ».

Malgré une certaine amélioration de la production chirurgicale en 2013-2014, les instances administratives rencontrées de l'HSCM se disent limitées par certaines contraintes dont :

- la vétusté du bloc opératoire;
- l'engorgement de l'urgence;
- l'utilisation élevée de temps supplémentaire et de la main d'œuvre indépendante pour maintenir leur offre de services;
- les chirurgies urgentes reliées en grande partie aux diverses missions de l'établissement, etc.

Dans le contexte où le ministère de la Santé et des Services sociaux a manifesté la volonté de rapatrier les CDJ s'effectuant au CMS, il apparaît essentiel pour l'HSCM que pour augmenter son volume de CDJ, il lui faut poursuivre son optimisation au niveau de l'environnement physique et de son fonctionnement afin de limiter le plus possible les contraintes mentionnées ci-dessus.

1. INTRODUCTION

L'objectif premier du présent mandat était de déterminer si le coût unitaire des CDJ réalisées à l'HSCM était inférieur à celui d'acquisition lorsqu'achetées du CMS en validant la fiabilité des données financières incluant l'amortissement des équipements et des infrastructures utilisés par l'établissement. Il fallait aussi compléter certains aspects relatifs à des commentaires effectués dans le premier rapport remis en août 2014 concernant les CDJ réalisées au CMS pour le compte de l'HSCM.

2. VOLET CLINIQUE

2.1 Lieux physiques

Présentement, l'HSCM a 14 salles d'opération situées au 6^e étage, réparties comme suit :

- 10 salles fonctionnelles, dont 3 salles dédiées (1 salle de trauma, 1 salle de césarienne, 1 salle pour les interventions chirurgicales avec le robot) et 7 salles polyvalentes;
- 1 salle qui, à la suite de rénovations et d'achat d'équipements, sera fonctionnelle le 8 septembre 2014;
- 2 salles utilisées pour l'entreposage de matériel;
- 1 salle utilisée pour les inductions anesthésiologiques.

Les installations physiques reliées à l'accueil de la clientèle pour les CDJ se situent au sous-sol (pré et postopératoire).

Constats et commentaires

- la disposition des lieux physiques et de l'environnement est très différente et moins fonctionnelle à l'HSCM (désuétude des lieux physiques et déplacements du sous-sol au 6^e étage);
- actuellement, aucune salle d'opération n'est dédiée à la CDJ;
- l'ouverture de la nouvelle salle ne permettra pas, selon nos discussions avec les instances administratives de l'établissement, de la dédier exclusivement aux CDJ, notamment en raison de l'impossibilité de déplacer les activités chirurgicales d'ophtalmologie hors bloc et du taux élevé d'annulations d'interventions chirurgicales.

2.2 Organisation des soins et des services à l'HSCM

Nos principales constatations concernant l'organisation des soins et des services cliniques à l'HSCM sont à l'effet que :

- l'équipe en salle d'opération est composée en moyenne de 2,7 infirmières, soit 2 infirmières (dont 1 auxiliaire) à l'interne (brossées et stériles qui participent à l'intervention et ne circulent pas dans la salle), 1 infirmière volante (pour le remplacement des pauses et dîners) et 1 inhalothérapeute. Cette information a été obtenue de la directrice de la santé physique de l'HSCM;
- en moyenne, il y a 1,2 salle sur les 10 salles qui est fermée sur l'heure du dîner;
- en période estivale, le nombre de salles d'opération fonctionnelles diminue en moyenne à 7 salles d'opération;
- l'ouverture de la 11^e salle a pour objectif d'augmenter les cas de CDJ de 5 par jour sur une période 40-42 semaines par année, soit l'équivalent d'une production supplémentaire d'environ 1 000 CDJ sur une période d'un an. La planification de cet objectif implique l'utilisation occasionnelle des 10 autres salles pour des CDJ. Nous rappelons qu'il s'effectue actuellement plus de 1 500 CDJ par année au CMS;
- le taux d'annulation des interventions spécifiques aux CDJ à l'HSCM a été de 12 % (428 interventions) en 2013-2014;
- le taux d'annulation des interventions chirurgicales incluant les CDJ à l'HSCM a été de 9 % en 2010-2011, de 8 % en 2011-2012 et de 8 % en 2013-2014;

- les 4 principales raisons des annulations pour l'année 2011-2012 réfèrent :
 - 1) au temps opératoire plus long qu'anticipé (245 opérations);
 - 2) à la condition de l'utilisateur (93 opérations);
 - 3) aux urgences annoncées (187 opérations);
 - 4) au fait que l'utilisateur ne s'est pas présenté (83 opérations).

Constats et commentaires

- il est difficile de comparer de façon optimale le coût des CDJ de l'HSCM avec ceux du CMS, compte tenu :
 - qu'il n'y a pas de salle dédiée aux CDJ à l'HSCM;
 - de la disposition des lieux physiques et de l'environnement très différent et moins fonctionnel à l'HSCM. En effet, le projet de réaménagement de l'ophtalmologie hors bloc opératoire, soit du 6^e vers le sous-sol, ne pourra prendre forme à court terme compte tenu des coûts de rénovations associés à la non-conformité de la salle aux normes ISO 5. Cette situation va rendre la logistique plus difficile et sera un défi supplémentaire dans la planification opératoire pour l'atteinte de la cible de CDJ. Un plan doit être déposé à l'Agence à cet égard, en décembre prochain. De plus comme mentionné plus tôt, l'accueil de la clientèle de la CDJ se trouvant au sous-sol son cheminement vers le bloc opératoire n'est pas optimal;
- la mise en fonction de la 11^e salle à l'HSCM ne permettra pas de couvrir l'ensemble du rapatriement des CDJ faites au CMS si d'autres avenues ne sont pas mises en place. À cet effet, il faudrait notamment s'assurer que les discussions en cours entre les instances administratives de l'HSCM et le CUSM en regard des interventions bariatriques faites actuellement au CMS vers l'Hôpital Lachine permettront d'actualiser une zone franche sur une base de plus de 6 mois afin de mobiliser les chirurgiens bariatriques de l'HSCM à adhérer à cette avenue;
- selon les données de 2011-2012, si on exclut les CDJ d'ophtalmologie (faites exclusivement et à gros volume à l'HSCM) et les CDJ bariatriques (faites exclusivement au CMS), le NIRRU des CDJ effectués à l'HSCM est de 1,33, celui du CMS est de 1,26 et celui de l'ensemble de la région de Montréal est de 1,18. Par conséquent, le NIRRU du CMS est moins lourd que celui de l'HSCM, mais plus lourd en moyenne que celui de la région de Montréal;

- l'HSCM a un taux d'annulation de 12 % en CDJ (428 interventions) et celui du CMS est de 2 % (44 interventions) pour l'année 2013-2014;
- le chef de département de chirurgie de l'HSCM, en présence du directeur des finances de l'HSCM, confirme que la petite salle de chirurgie du CMS pourrait être utilisée 1 à 2 fois par mois à la place d'une des 2 salles d'opération, ce qui vient corroborer notre recommandation faite dans notre précédent rapport portant sur les CDJ effectuées au CMS.

3. VOLET FINANCIER

Le cadre financier utilisé par l'HSCM pour établir le coût par usager en chirurgie d'un jour est le modèle Magic CPA de MediaMed. Nous avons rencontré des représentants de MediaMed et de l'HSCM pour discuter de la méthodologie et évaluer la fiabilité des données financières utilisées pour déterminer ce coût.

À la suite de nos travaux, nous croyons que le coût par usager de 2 680 \$ présenté dans l'analyse produite par l'HSCM à l'automne 2013 est sous-évalué d'environ 74 \$. La sous-évaluation provient de deux facteurs, soit les limites de la méthodologie et du fait qu'elle ne tient pas compte des coûts d'amortissement.

3.1 Application de la méthodologie MediaMed

3.1.1 Coûts exclus par la méthode

À la suite de nos travaux de validation, nous croyons que la méthodologie qui a été utilisée par l'HSCM est un indicateur valable du coût par usager en CDJ. Cependant, cette méthodologie a ses limites de sorte que certains coûts ne peuvent être répartis entre les usagers. Par conséquent, certaines sommes sont exclues dans la méthode de calcul de MediaMed. À cet égard, nous estimons que le coût par usager est sous-évalué de 30 \$ en CDJ.

3.1.2 Coûts et amortissement de la nouvelle salle de CDJ à l'HSCM

Les coûts des rénovations et équipements de la nouvelle salle de CDJ sont évalués à 713 600 \$. Cette somme est financée en partie par la Fondation (373 600 \$) et le solde par l'HSCM et l'Agence.

Nous évaluons à 43 \$ par usager les coûts d'amortissement de cette salle qui a été rénovée et équipée pour accueillir des CDJ qui se font actuellement au CMS. Nous avons posé comme hypothèse que le nombre de cas de CDJ qui seront éventuellement rapatriés du CMS et effectués dans cette salle ne dépassera pas 1 000 par an. La DSP et la directrice de la santé physique sont de cet avis, alors que le chef de département de la chirurgie évalue plutôt ce nombre à environ 250, étant donné, entre autres, les débordements et urgences imprévisibles qui ont un impact sur les annulations des CDJ.

Nous avons déterminé que l'amortissement de la partie du bâtiment occupée par cette nouvelle salle représente 1 046 \$ par année, soit 1 \$ par usager. La détermination de cette somme a été effectuée selon le nombre de mètres carrés de la salle en proportion des mètres carrés totaux de l'immeuble; on arrive ainsi à un coût total d'amortissement de 44 \$ par usager.

3.2 Autres considérations

On nous a mentionné que la rénovation et l'acquisition d'équipements reliés à la nouvelle salle (11^e salle) étaient originalement prévues pour optimiser les opérations au bloc opératoire. Il n'y a pas lieu de croire que le coût aurait été moins élevé si la salle avait été dédiée à 100 % à la CDJ.

On a constaté qu'il s'effectue beaucoup de temps supplémentaire au bloc, entre autres, le soir et parfois la nuit (plus de 1 200 000 \$ au total dans les 2 dernières années). L'organisation voulait diminuer le plus possible le nombre d'heures supplémentaires et réduire le taux d'annulation des chirurgies. Cette salle supplémentaire donnait de l'oxygène au bloc opératoire.

Nous estimons que l'établissement s'est privé d'une économie de 90 000 \$ par an (5 000 \$ par priorité opératoire X 18 priorités opératoires en moyenne par an) en ne prenant pas soin de planifier un ou deux jours par mois de CDJ dans la petite salle de chirurgie du CMS. En répartissant ce coût sur 1 500 usagers par année, nous constatons une économie non réalisée de 60 \$/usager.

Nous estimons que l'établissement s'est privé d'une économie de 12 000 \$ à 15 000 \$ par an, soit entre 8 \$ et 10 \$ par usager en ne procédant pas à l'achat de certaines fournitures médicales; préférant laisser une partie de cette responsabilité au CMS contrairement à ce qui est prévu dans l'entente signée entre les deux parties. Le CMS refaiture ces fournitures à l'HSCM en y ajoutant une marge de profit de 15 %.

Selon les deux derniers paragraphes, c'est approximativement une économie d'au moins 68 \$ par usager dont ne s'est pas prévalu l'HSCM au cours des dernières années.

3.3 Comparaisons des coûts entre faire effectuer les CDJ au CMS ou les réaliser à l'HSCM

Description	CMS	HSCM	Écart
- Amortissement et location	175	44	131
- Loyer	109	---	109
- Anesthésiologistes	166	---	166
SOUS TOTAL	450	44	406
Autres coûts de production	2 152	2 710	(558)
TOTAL - Coût moyen/usager	2 602	2 754	(152)
Marge de profit	262	---	262
TOTAL - Prix de revient/usager	2 864	2 754	110
ÉCONOMIES POSSIBLES			
• planification d'utilisation de la petite salle de chirurgie au CMS	(60)	---	(60)
• achat par l'HSCM de toutes les fournitures médicales utilisées par le CMS	(8)	---	(8)
TOTAL du prix de revient/usager si l'HSCM profitait des économies possibles	2 796	2 754	(42)
Possibilité de cesser le versement des honoraires aux anesthésiologistes par le CMS	(166)	---	(166)
Prix de revient/usager après corrections possibles de la facturation	2 630	2 754	(124)

4. CONCLUSION

L'écart des coûts unitaires des CDJ effectuées par l'HSCM et le CMS RocklandMD est plus ou moins significatif dépendamment des ajustements mentionnés dans le présent rapport qui pourraient être apportés par les deux organisations.

Il nous apparaît également important de signaler que l'aménagement actuel du bloc opératoire de l'HSCM ne permet pas, à court terme, d'accueillir l'ensemble des CDJ qui s'effectuent actuellement au CMS.

Considérant que les objectifs du mandat ont été couverts par le présent rapport, il revient au Ministère de poursuivre la réflexion concernant l'organisation de services.