

Analyse de l'environnement

Portrait des tendances et des pratiques de la chirurgie ambulatoire

Le recours aux CMS au Québec

Nadia Benomar et Marie-Hélène Jobin

Pôle santé HEC Montréal

AVEC LA COLLABORATION DE :

Ariane-Hélène Fortin

Denis Chênevert



Table des matières

| | |
|---|----|
| Table des tableaux..... | 3 |
| Avant-propos..... | 4 |
| Sommaire exécutif | 5 |
| Introduction | 7 |
| Portrait de la chirurgie ambulatoire au Canada et dans le monde | 8 |
| La chirurgie ambulatoire au Québec | 8 |
| Portrait général du secteur | 8 |
| Les acteurs de chirurgie ambulatoire et de services médicaux actuels et potentiels dans le réseau | 13 |
| Les spécialités des CMS | 14 |
| Portrait dans les autres provinces canadiennes..... | 15 |
| Pratiques dans le monde..... | 18 |
| La collaboration CMS – RSSS : forces et enjeux | 21 |
| Forces | 21 |
| La promesse de coûts plus faibles | 21 |
| La souplesse organisationnelle | 21 |
| La satisfaction des patients | 21 |
| Les enjeux à prévoir | 21 |
| La main-d’œuvre..... | 21 |
| La réglementation | 23 |
| L’opinion publique..... | 24 |
| Le financement | 24 |
| L’information | 25 |
| Le futur de la CDJ : les axes de développement | 26 |
| Élargissement des actes | 26 |
| Suivi pré et postopératoire | 26 |
| La technologie : robotisation et télémédecine | 27 |
| Conclusion | 29 |
| Bibliographie | 31 |
| Annexes | 33 |

Table des tableaux

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Profil des CMS au Québec | 9 |
| Figure 2 :MSSS – Chirurgies réalisées au Québec. | 10 |
| Figure 3 : MSSS – Chirurgies en attente depuis le début de la pandémie | 11 |
| Figure 4 : RAMQ - Ententes signées actives entre les CMS et les établissements du Réseau (30 mars 2021) | 12 |
| Figure 5 : RAMQ – degrés de diversification des CMS | 15 |
| Figure 6 : ICIS – Baisse des chirurgies durant la première vague (Canada sf. Qc) | 17 |
| Figure 7 : OCDE – Médiane des temps d’attente (jours) en chirurgie 2018 | 19 |
| Figure 8 : Profil de la profession infirmière au Québec..... | 23 |
| Figure 9 : ICIS — Personnel infirmier formé à l’étranger | 23 |

Avant-propos

Le Pôle santé HEC Montréal a été mandaté pour accompagner Chirurgie Dix30 dans la préparation de sa planification stratégique. Pour être en mesure de préparer celle-ci adéquatement, le Pôle santé HEC Montréal a effectué des recherches, analysé les données publiques et interviewé plusieurs parties prenantes de l'écosystème de la santé et de services sociaux. Le Pôle santé HEC Montréal étant, avant tout, un centre de recherche et de transfert de connaissances il a été convenu que la connaissance collectée serait diffusée au plus grand nombre. Il faut dire que le sujet stimule les débats, mais qu'à l'exception des acteurs du RSSS peu de monde saisi les nuances de ce secteur et encore moins les transformations qu'il a connu au cours de la dernière année. Cette analyse de l'environnement se veut donc avant tout un outil qui instruit le lecteur sur ce secteur et qui rend compte des transformations que ce dernier a connu au cours des derniers mois.

Nous remercions à cet effet les nombreux acteurs (MSSS, associations, fédérations, fournisseurs, acteurs du RSSS, etc.) qui se sont prêtés à l'exercice et qui ont bien voulu partager leur vision future de la chirurgie ambulatoire.

Sommaire exécutif

Le présent document fait état des tendances et des pratiques en matière de chirurgie ambulatoire dans le cadre de la pandémie qui a frappé le monde en 2020. En effet, les avancées technologiques et les contraintes de la pandémie ont accéléré la transition de certaines chirurgies avec hospitalisation à des chirurgies d'un jour. La pandémie a également incité les gouvernements à avoir recours plus fréquemment aux CMS (centre médicaux spécialisés) privés pour éponger les longues listes d'attentes qui s'allongent de façon exponentielle.

La présente analyse de l'environnement est structurée en trois parties :

La première partie présente donc **le portrait de la chirurgie ambulatoire** au Québec ainsi que dans d'autres provinces canadiennes et dans le monde. Nous avons établi dans cette section que les listes d'attentes pouvaient être très hétérogènes d'une juridiction à une autre, que les gouvernements avaient de plus en plus recours au privé pour pallier les lacunes du système public et que les stratégies qui connaissent le plus de succès dans les différentes juridictions sont des stratégies mixtes qui supposent d'agir autant sur l'offre que sur la demande de chirurgies.

La deuxième partie présente les **principales forces d'une collaboration CMS-RSSS** – souplesse organisationnelle, promesse de coûts plus faibles et satisfaction des patients – ainsi que les **principaux enjeux** auxquels ils doivent faire face pour établir une collaboration saine et équilibrée sur le long-terme – main d'œuvre, réglementation, financement et information.

La troisième partie présente les **principaux axes de développement** pour la chirurgie ambulatoire au Québec : l'élargissement des actes réalisés en partenariat, une plus grande collaboration pré et post-opératoire, l'intégration de la robotique et de la télémédecine aux processus de soins des patients.

L'analyse de l'environnement permet par ailleurs de faire ressortir quatre constats majeurs :

En premier lieu, le secteur de la chirurgie ambulatoire va poursuivre sa croissance tant au public qu'au privé du fait de trois éléments prépondérants : l'ampleur du rattrapage du retard de la pandémie, le changement du profil démographique de la population (une population vieillissante et de plus en plus sédentarisée) et le focus de l'ensemble des acteurs vers la réduction des délais de séjour pour limiter les temps d'attente en chirurgie.

En deuxième lieu, les CMS au Québec ont connus une transformation majeure à la suite de la pandémie. Outre la multiplication des types de modèles d'affaires et la diversification des interventions proposées, il convient de remarquer qu'à la faveur de la pandémie, de plus en plus de CMS se sont transformés en « sous-traitants » du réseau public c'est-à-dire qu'ils mettent au service des médecins des établissements des ressources matérielles et humaines alors qu'initialement les CMS avaient pour principale vocation d'offrir aux médecins propriétaires de ces CMS des priorités opératoires supplémentaires.

En troisième lieu, il convient de souligner que les changements majeurs déployés cette dernière année pour faire face au pied levé à la crise sanitaire supposent tout de même une évaluation approfondie afin d'établir la valeur et la pertinence du maintien de certaines

mesures à plus long-terme et éventuellement des changements dans la réglementation. Pour être couronnées de succès sur le long-terme la collaboration public-privé nécessite des balises claires pour l'ensemble des acteurs.

Enfin, sans grande surprise, la gestion de la main-d'œuvre constituera le principal défi pour la réalisation des objectifs de la province en matière de chirurgie ambulatoire. La pénurie de main-d'œuvre actuelle combinée à la fatigue du personnel soignant accumulée durant la pandémie et à la croissance de la demande pour les prochaines années nécessiteront la mise en place de stratégies multi-facettes qui protègent la santé des soignants, qui attirent, forment et retiennent des profils de l'international et qui réglementent adéquatement les pratiques tant du public que du privé.

Introduction

Dans la plupart des pays de l'OCDE, les patients doivent souvent composer avec de longs temps d'attente pour obtenir certaines chirurgies. Outre l'insatisfaction et l'augmentation de l'anxiété au cours de délai, les longues listes d'attentes ont souvent des répercussions sur l'état de santé des patients et leur capacité à retrouver une santé optimale après la chirurgie. C'est pourquoi les différentes juridictions se sont dotées de politiques publiques fixant les balises temporelles à ne pas dépasser pour mieux répondre aux besoins des patients.

Une des stratégies pour réduire le temps d'attente des patients a été de mettre en place, au cours des dernières années, des centres de chirurgies ambulatoires (publics ou privés) afin d'augmenter la capacité chirurgicale des systèmes de santé et d'offrir aux patients la possibilité d'accéder à leurs chirurgies dans des délais plus raisonnables. Au Québec, ces centres sont appelés des centres médicaux spécialisés (CMS) et ont la possibilité d'opérer des chirurgies ne nécessitant pas d'hospitalisation.

Le présent document est une analyse de l'environnement actuel de la chirurgie ambulatoire à partir de recherches issues de la littérature académique et grises, d'analyse des données publiques et des données fournies par les acteurs du Réseau de santé et de services sociaux, ainsi que d'entrevues (18) réalisées auprès d'acteurs du système de la santé et des services sociaux.

L'objectif de cette analyse est d'identifier les tendances en matière de chirurgie ambulatoire d'ici et d'ailleurs, ainsi que les acteurs en présence au Québec. Cette analyse a également pour but de voir l'impact de la pandémie sur le secteur et d'identifier les principaux changements qui se sont opérés ces derniers mois pour faire face à l'augmentation exponentielle de la liste d'attente des chirurgies du fait des délestages des activités pour faire face à l'effort Covid-19. En effet, la collaboration entre les CMS et les établissements de santé s'est renforcée au cours des derniers mois et de nouveaux modèles d'affaires ont émergés, mais elle se confronte également à de nouveaux enjeux qu'il convient de souligner.

Le rapport est donc divisé en 3 parties :

- La première rend compte de la situation et des politiques mises en place au Québec, au Canada et ailleurs dans le monde.
- La deuxième souligne les forces et les enjeux de la collaboration CMS- RSSS qui a connu un essor ces derniers mois.
- La dernière identifie les principales tendances qui seront en mesure de transformer la chirurgie ambulatoire dans le futur.

Portrait de la chirurgie ambulatoire au Canada et dans le monde

La chirurgie ambulatoire au Québec

Portrait général du secteur

La chirurgie ambulatoire ou chirurgie d'un jour (CDJ) regroupe tous les types de chirurgies qui nécessitent une surveillance post-anesthésie de moins de 24h (incl. chirurgie de la cataracte). Les CDJ sont possibles dans plusieurs spécialités les plus fréquentes étant : l'ophtalmologie, la chirurgie générale, l'orthopédie, l'urologie et la gynécologie.

Ces CDJ sont réalisées soit dans les établissements du Réseau de la santé et des services sociaux (public) ou dans les centres médicaux spécialisés (CMS) En effet, au Québec, certaines de ces chirurgies sont réalisées à l'extérieur de l'hôpital dans des centres médicaux spécialisés (CMS) dans quatre cas de figure :

- Les interventions non couvertes par la RAMQ : c'est le cas des interventions de chirurgie esthétique.
- Le tourisme médical, lorsque des patients d'autres juridictions font le choix de se faire opérer au Québec.
- Le recours au privé pour une intervention plus rapide, dans le cas où certains employeurs ou patients souhaitent obtenir une intervention rapide pour éviter les longues périodes d'invalidité au travail ou pour retrouver rapidement une certaine qualité de vie. Dans le premier cas de figure, les employeurs qui ont fait le choix de signer des ententes particulières avec les assureurs peuvent proposer à leurs employés de recourir à une chirurgie au privé, si l'évaluation du dossier par l'assureur l'autorise; en d'autres termes, le recours au privé accélère le retour au travail dans des conditions optimales, c'est-à-dire qu'il réduit la période en invalidité et limite les effets néfastes d'une attente trop longue (récupération des facultés motrices). Dans le deuxième cas de figure, des patients découragés ou insatisfaits du temps d'attente pour leur intervention au public choisissent de réaliser cette intervention dans un CMS à leur frais. Dans les deux cas, c'est au patient que revient la décision finale se faire opérer au privé ou au public. Bien que la pratique soit réelle le sujet reste très controversé : il faut reconnaître que la Loi sur l'assurance maladie interdit techniquement une telle pratique « *Les frais d'assistance médicale étant à la charge de la CNESST, celle-ci acquitte les honoraires des services des professionnels de la santé selon les normes établies par la CNESST. Aucun montant ne peut être réclamé au travailleur pour une prestation d'assistance médicale à laquelle il a droit en vertu de la LATMP. Un employeur ne peut assumer ces frais à la place de la CNESST LATMP art.194.* » (Gouvernement du Québec, 2020). Toutefois, dans les cas où l'affaire a été portée en cour, la jurisprudence a donné raison aux patients et aux employeurs. Néanmoins le remboursement des frais de la CNESST se fait à concurrence de ce qui est prévu à la Régie de l'assurance maladie du Québec. (Noël, 2010).
- Le privé comme partenaire du public, dans les cas où des priorités opératoires sont achetées dans les CMS par des établissements publics, pour leurs médecins, afin d'augmenter la capacité du réseau et de réduire le temps d'attente des chirurgies au public. Dans ce cas de figure, le patient issu du public se fait opérer

dans le CMS sans pour autant déboursier de frais supplémentaires, puisque ceux-ci sont pris en charge par le Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

Le nombre des CMS est relativement faible au Québec et le secteur a connu une croissance en dents de scie. En effet, on dénombre, à l'heure actuelle, 58 CMS (certains ayant plusieurs permis car ils ont plusieurs succursales). Ils étaient 61 en 2012 et on en comptait 45 en 2015 (Labrie, 2015)

En 2015, Yannick Labrie écrivait : « *Seulement une minorité de CMS dispensent des services de santé médicalement requis, et presque uniquement dans le cadre d'ententes de partenariat signées avec des centres hospitaliers publics. La lourdeur du cadre réglementaire et le manque d'autonomie des administrateurs d'hôpitaux dans la négociation de ces ententes ont toutefois fait en sorte qu'il y en ait très peu.* » (Labrie, 2015) Force est de constater que le secteur a très peu bougé depuis (Figure 1).

Figure 1 : Profil des CMS au Québec

| | |
|--|--|
| Nombre de CMS | 58 (Incluant plusieurs succursales) |
| Nombre de types d'intervention autorisées | 58 |
| Nombre de CMS – médecins affiliés à la RAMQ | 40 |
| Nombre de CMS – médecins non affiliés à la RAMQ | 18 |

Ce rapport s'intéresse tout particulièrement aux stratégies déployées par le MSSS et ses établissements pour répondre aux besoins en CDJ ces dernières années et à la contribution des CMS dans ce contexte particulier.

En effet, un peu partout dans le monde, et c'est aussi le cas ailleurs au Canada, le recours aux CMS fait partie de la stratégie déployée par le secteur public afin de répondre aux temps de référence fixés et de limiter les temps d'attente des patients. En 2004, les premiers ministres du Canada ont convenu de travailler à réduire les temps d'attente dans 5 domaines prioritaires : le traitement du cancer, les soins coronariens, l'imagerie diagnostique, les remplacements articulaires (hanche et genoux) et la restauration de la vue (cataracte) (ICIS, 2020).

À la suite de cette entente, le Québec, a choisi d'appliquer « son propre plan de réduction des temps d'attente en fonction des objectifs, des normes et des critères établis par les autorités québécoises compétentes en tenant compte de sa capacité financière » (MSSS, 2021). Ainsi, dans le cas où les temps de référence ne peuvent être observés, une offre alternative est proposée au patient :

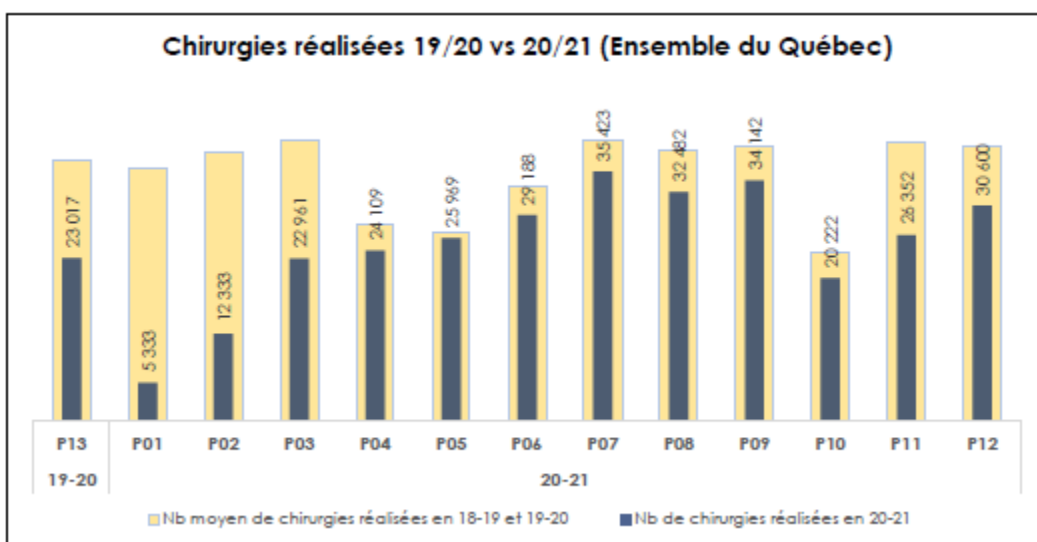
- Être opéré par un autre chirurgien du même hôpital ;
- Être opéré dans un autre hôpital de la même région ;
- Être opéré à l'extérieur de sa région ;
- Être opéré dans un centre médical spécialisé (CMS) (MSSS, 2021)

Historiquement, ce sont les chirurgies de remplacement articulaire (hanche ou genou) et de restauration de la vue (cataracte) qui ont été les premières à être proposées dans les CMS, outre la chirurgie esthétique. Il faut dire que ce sont également ces spécialités qui sont le plus demandées par les assureurs lorsque l'employeur et l'employé demandent d'avoir recours au privé pour limiter les périodes d'invalidité.

Toutefois, la pandémie est venue bouleverser tout cela. En 2019, juste avant la pandémie, le MSSS se fixait pour cible de réduire le temps d'attente de plus de 6 mois pour les chirurgies de 13 480 (2019-2020) à 7 000 (cible 2022-2023) (MSSS, 2019)

Mais les délestages nécessaires pour permettre au RSSS de répondre à l'effort COVID-19 ont considérablement réduit le nombre de chirurgies réalisées en centre hospitalier : ainsi depuis la pandémie, 322 131 chirurgies ont été réalisées (de mars 2020 au 27 février 2021) contre près de 458 964 l'année précédente aux mêmes périodes (Figure 2) (MSSS, 2021)

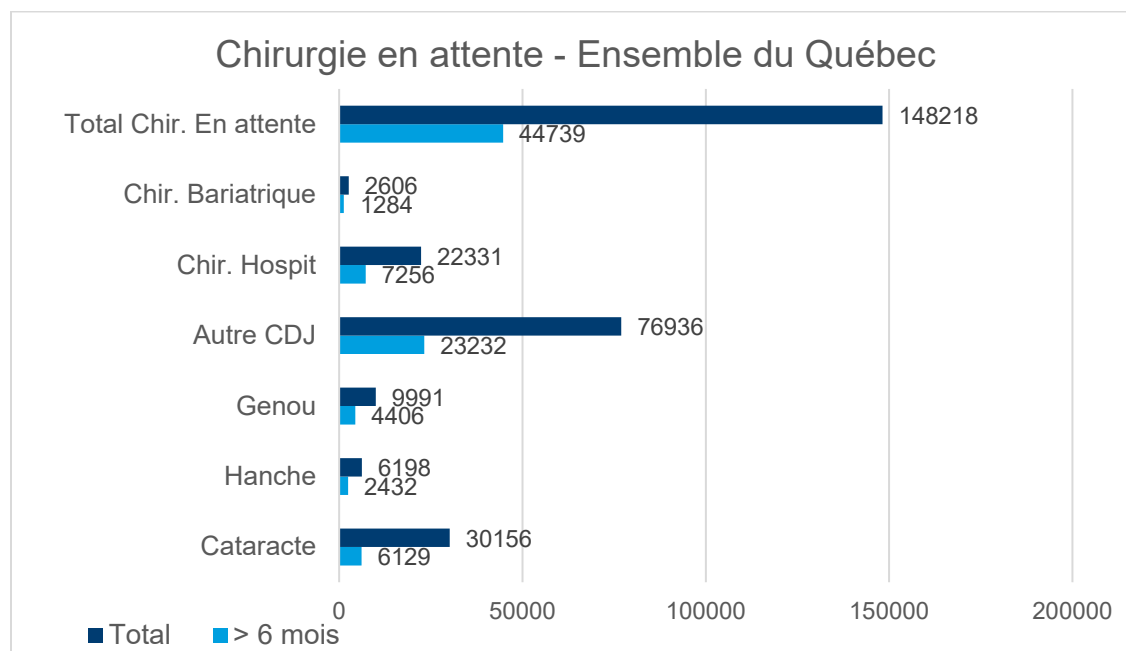
Figure 2 :MSSS – Chirurgies réalisées au Québec.



Source : (MSSS, 2021)

Les patients en attente de chirurgie d'un jour ont donc pâti de ce délestage et les listes d'attente, notamment pour les chirurgies d'un jour, se sont allongées significativement. On comptait ainsi au 27 février 2021, 148 218 chirurgies en attentes dont 44 739 de plus de 6 mois. Parmi ces chirurgies, 123 281 étaient des chirurgies de la hanche, du genou, de la cataracte et autres chirurgies d'un jour (Figure 3).

Figure 3 : MSSS – Chirurgies en attente depuis le début de la pandémie



Source : (MSSS, 2021)

Face à cette importante accumulation de patients en attente, le MSSS a fait le choix, durant la pandémie, de recourir davantage aux CMS dans sa stratégie de résolution des listes d'attentes de chirurgies ambulatoires, et ce de manière univoque. Les différentes sorties publiques du Ministre ont souligné l'apport positif des CMS à la résolution de la longue liste d'attente. En effet, Québec estimait en février à 10% le nombre de chirurgies réalisées en plus dans la province grâce aux ententes signées. Laval (45%), la Montérégie (25%), Chaudière-Appalaches (17%) et Montréal (14%) bénéficiaient du plus grand nombre d'ententes (Boily & Gentile, 2021). Depuis, de nouvelles ententes ont été signées, au Saguenay et en Outaouais notamment, afin de faire face aux listes d'attentes dans ces régions également.

Cette position n'est pas passée inaperçue auprès des acteurs que nous avons sondés pour la présente analyse de l'environnement; ils remarquent d'ailleurs que la pandémie pourrait contribuer à un changement graduel de l'opinion publique sur le rôle que peuvent jouer les CMS dans le paysage de la chirurgie ambulatoire. Ils rejoignent à cet effet les conclusions de l'OCDE pour qui « *La crise du COVID-19 a donné un coup d'accélérateur à des mutations déjà à l'œuvre dans le secteur de la science, de la technologie et de l'innovation. Elle a donné lieu [...] à la multiplication des partenariats public-privé, ou encore à la participation active de nouveaux acteurs. Autant d'évolutions qui pourraient précipiter la transition vers une science et une innovation à terme plus ouvertes* » (OCDE, 2021).

Au 30 mars 2021, 13 CMS avaient signé des ententes avec les établissements du RSSS et d'autres ententes sont en cours de négociation. Au total, ce sont donc 28 ententes qui ont été contractées avec le privé pour réaliser certaines chirurgies d'un jour (Figure 4).

Figure 4 : RAMQ - Ententes signées actives entre les CMS et les établissements du Réseau (30 mars 2021)

| Nom du CMS | Ententes signées | Partenaires du RSSS |
|---|------------------|---|
| CMS Opéra MD | 3 | <ul style="list-style-type: none"> - CHU de Québec-UL (Hôtel-Dieu de Qc, Hôpital Enfant-Jésus, Hôpital St-Sacrement, Hôpital St-François d'Assise, Pavillon CHUL) - CISSS Chaudière-Appalaches (Hôpital et CRDP de Thetford, Hôpital de St-Georges, Hôtel de Lévis, Hôpital et CRDP de Montmagny) - INST.UNIV. DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QC |
| CMS Lebourgneuf | 1 | <ul style="list-style-type: none"> - CISSS Chaudière-Appalaches (Hôtel-Dieu de Lévis) |
| CMS des Trois-Rivières | 1 | <ul style="list-style-type: none"> - CIUSSS Mauricie-Centre-du-Québec (CHAUR Pavillon Ste-Marie) |
| Services Chirurgicaux des Cantons inc | 1 | <ul style="list-style-type: none"> - CIUSSS-Estrie Les Services Chirurgicaux des Cantons (L'Hôpital Fleurimont, L'Hôtel-Dieu de Sherbrooke) |
| CMS OculoVision Ophthalmologie | 1 | <ul style="list-style-type: none"> - CIUSSS-Estrie Le CMS OculoVision (L'Hôpital Fleurimont, L'Hôtel-Dieu de Sherbrooke) |
| CMS Rockland MD | 5 | <ul style="list-style-type: none"> - CIUSSS Nord de l'île (HSCM, HF, HJT) - CIUSSS Centre-Ouest de l'île de Mtl (L'Hôpital général juif) - CIUSSS de l'Est de l'île de Montréal (l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et l'Hôpital Santa Cabrini) - CISSS des Laurentides (Hôpital St-Eustache et Hôpital St-Jérôme) - CUSM (Site Glen et de l'Hôpital général de Montréal) |
| CMS Clinique chirurgicale de Laval | 3 | <ul style="list-style-type: none"> - CIUSSS Est-de-l'île de Montréal (Hôpital Maisonneuve Rosemont et Hôpital Santa Cabrini) - CISSS de Laval (Cité de la santé) - CISSS des Laurentides (Hôpital de Saint-Eustache et Hôpital régional de Saint-Jérôme) |
| L'institut de l'œil de Montréal | 3 | <ul style="list-style-type: none"> - CUSM (Hôpital de Lachine) - CISSS Montérégie-Ouest (Hôpital du Suroît et Hôpital Anna-Laberge) - CIUSSS Ouest de l'île de Montréal (Hôpital du Lakeshore et Centre hospitalier St-Mary's) |
| Opmedic | 3 | <ul style="list-style-type: none"> - CISSS de Laval (Cité de la santé) - CISSS de Lanaudière - CIUSSS des Laurentides (l'Hôpital de St-Jérôme et de St-Eustache) |
| Chirurgie Dix30 | 4 | <ul style="list-style-type: none"> - CISSS Montérégie Centre (l'Hôpital Charles-Lemoyne et du Haut-Richelieu) - CISSS Montérégie-Est (l'Hôpital Pierre-Boucher, l'Hôpital Honoré-Mercier et l'Hôtel-Dieu de Sorel) - CISSS Montérégie-Ouest (Hôpital du Suroît et Hôpital Anna-Laberge) - CIUSSS Centre-Sud de Montréal (Hôpital Notre-Dame et de l'Hôpital de Verdun) |
| CMS Saguenay | 1 | <ul style="list-style-type: none"> - Hôpital de Chicoutimi |
| CMS Centre chirurgical de la Capitale P.B. inc. | 1 | <ul style="list-style-type: none"> - CISSS de l'Outaouais |
| Clinique Pierre Larose | 1 | <ul style="list-style-type: none"> - CISSS de la Montérégie-Centre Hôpital Charles-Lemoyne et Hôpital du Haut-Richelieu |

Les ententes signées depuis le début de la pandémie font remarquer deux points importants : la diversification des modèles d'ententes et la diversification des chirurgies réalisées en CMS.

Les acteurs de chirurgie ambulatoire et de services médicaux actuels et potentiels dans le réseau

Dans le cadre de la pandémie, le MSSS a laissé le choix aux établissements de signer les ententes directement avec les CMS mais sous sa supervision. Cela a mené à des modèles d'ententes signées, très hétérogènes et à une certaine opacité sur la performance de ces dernières. Il faut reconnaître qu'il est sans doute trop tôt pour établir quel modèle est le plus approprié pour une collaboration entre CMS et le RSSS sur le long terme, mais il est certainement de mise de souligner qu'un suivi et une analyse de ces différentes ententes seront nécessaires pour comparer et tirer les leçons pour le futur afin d'éviter certaines dérives.

Bien que nous n'ayons pas eu accès à tous les détails des ententes signées, nous avons, dans le cadre de cette analyse, identifié plusieurs modèles.

Le modèle « Cost + »

Il s'agit du modèle historique des CMS ayant participé au projet pilote ministériel¹. Ce modèle semble assez répandu. Certaines organisations, ayant déjà eu une entente avec les CMS du projet pilote, ont fait le choix de répliquer le modèle avec de nouveaux CMS. Les CMS chargent aux RSSS le coût réel de la chirurgie plus une marge prédéfinie. Les entrevues avec les différentes parties prenantes nous ont laissés entrevoir que tous les CMS n'appliquent pas les mêmes marges. Toutefois; nous n'avons pu obtenir de détail sur les variations dans les marges de profit existantes.

Le modèle « à forfait »

Ce modèle représente des ententes à prix fixe pour différentes chirurgies. Il a également la particularité de présenter une durée de contrat plus longue que le modèle « Cost+ ».

Le modèle « locatif »

Le modèle locatif (avec des baux de longue durée) fait intervenir un tout autre type d'acteurs. Dans ce modèle d'affaires, les établissements de santé font affaire directement avec des promoteurs/constructeurs qui n'offrent que des salles d'opération. Ils laissent le soin à l'établissement de santé de gérer ses propres équipes, mais viennent accélérer l'accès à des plateaux récents et performants comparativement à la construction classique d'un bloc opératoire.

Chaque modèle peut avoir ses avantages et inconvénients. En effet, le modèle « Cost+ » a l'avantage de la transparence. Il suppose également que les gains d'efficience qui seraient réalisés au cours des années par l'amélioration des processus ou un apport technologique bénéficieraient au RSSS. Par ailleurs, il n'engage pas le CMS à innover et investir pour améliorer la productivité ou réduire les coûts ; la marge de profit reste intacte, peu importe la performance.

Le plus important risque de ce modèle relève davantage de la négociation de la marge de profit fixée. Ainsi, selon que le pouvoir de négociation penche du côté du RSSS ou des

¹ Le projet pilote ministériel est un projet expérimental de comparaison des coûts liés aux chirurgies et aux procédures sous scopie entre le réseau public de santé et de services sociaux et 3 cliniques privées qui a duré 3 ans et qui a pris fin en 2019. (<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=13&file=1621-F.PDF>)

CMS, le taux fixé pourrait varier. Il est évident que, dans le contexte actuel où la demande est forte, le pouvoir de négociation penche davantage vers les CMS. Il est fort à parier qu'une fois le cumul de la pandémie résorbé, les taux risquent d'être revus à la baisse. Certains acteurs du RSSS ont déjà souligné que les marges actuelles sont exceptionnelles et que la négociation sera sans doute plus serrée pour un partenariat à long terme. L'opinion publique augmente aussi la pression pour négocier à la baisse les taux de majoration.

L'autre élément pouvant influencer sur la marge de profit est la durée des ententes signées. À l'heure actuelle, les ententes sont relativement courtes, ce qui contribue à voir des marges à la hausse, puisque le risque est plus élevé pour les CMS (en cas d'absence de renouvellement de l'entente par exemple).

Le modèle « à forfait » a pour avantage, quant à lui, de fixer un prix unique (moins de volatilité) ; toutefois dans le cas d'un gain d'efficacité de la clinique, le RSSS ne pourrait pas en bénéficier. Nous avons constaté que les contrats d'entente de cette nature semblent plus longs que les modèles « Cost+ ». Par conséquent, du fait de la durée des contrats, le contexte est plus propice à inciter des investissements et des démarches d'améliorations des processus de la part des CMS. Tout gain de performance sera par ailleurs source d'une plus grande marge pour le CMS.

Enfin, l'attrait du modèle « locatif » est à surveiller de près, puisqu'il vient perturber les acteurs en présence de deux façons différentes. D'abord, ce modèle vient accélérer l'accès à des plateaux techniques performants. Ensuite, les partenaires privés se libèrent de deux des barrières à l'entrée les plus difficiles du secteur : la mise en place de protocoles de qualité (protocoles de gestion et protocoles cliniques) ainsi que le recrutement et la formation de personnel qualifié. Toutefois, dans ce cas de figure, les partenaires du RSSS ne peuvent bénéficier de la souplesse organisationnelle possible avec les CMS ; ils peuvent néanmoins bénéficier des avantages de la focalisation (se focaliser consiste à se concentrer sur un segment ciblé et d'y investir ces ressources afin d'optimiser ses ressources et de développer une expertise spécifique).

Notons toutefois que la rareté de la main-d'œuvre est actuellement le facteur le plus criant pour le MSSS. Également, dans plusieurs établissements du RSSS, la disponibilité des blocs opératoires n'est pas l'élément déterminant : plusieurs établissements disposent de capacité opératoire non utilisée faute de main-d'œuvre et traitent ainsi avec le secteur privé, pour bénéficier de leur personnel soignant et de leurs plateaux récents.

Il convient également de remarquer qu'à la faveur de la pandémie, peu importe le modèle d'affaires choisi, de plus en plus de CMS font le choix d'offrir leurs ressources (bloc opératoire et équipes) au réseau public. Par conséquent, ces CMS ne servent plus principalement de lieu d'exercice aux médecins propriétaires qui les ont bâtis, mais servent davantage aux établissements publics comme complément de ressources à leurs médecins (les médecins opérant dans ces CMS n'étant pas nécessairement propriétaires des CMS en question).

Les spécialités des CMS

Les permis des CMS se diversifient depuis quelques années. Historiquement, outre les CMS offrant des soins de chirurgie esthétique, les CMS proposaient principalement des chirurgies en lien avec les domaines prioritaires (cataracte, hanche, genou). L'analyse des nouvelles ententes avec le RSSS et des permis indique que le RSSS est à présent

plus ouvert à transférer des chirurgies d'autres spécialités que la cataracte ou l'orthopédie, comme la chirurgie bariatrique ou diverses interventions endoscopiques, car le délestage résultant de la pandémie a créé d'importants besoins pour les patients. Par ailleurs, les CMS semblent également développer graduellement leur expertise pour être en mesure de répondre au besoin des établissements du réseau en accueillant une patientèle plus diversifiée : les 58 CMS listés par la RAMQ ont obtenu un permis d'exercice pour 58 types d'interventions dans 11 spécialités différentes : gynécologie, urologie, plastie, orthopédie, ophtalmologie, orthopédie, chirurgie générale, chirurgie mineure, gastroentérologie, otorhino-laryngologie, neurochirurgie (Annexe 1).

Il reste que la plupart des CMS demeurent spécialisés : 16 % ne peuvent offrir qu'une intervention et 19 % n'offrent des interventions que d'une seule spécialité (majoritairement des chirurgies ophtalmologiques ou esthétiques). La grande majorité des CMS (41 %) offrent des interventions d'une à trois spécialités (en moyenne 2 spécialités ; très souvent une spécialité en complément à la chirurgie esthétique).

Seule une petite poignée de CMS est en mesure d'offrir un vaste éventail d'interventions (24 %) et s'avère, dans les faits, assez diversifiée avec une moyenne de 4,9 spécialités offertes. Ces CMS sont situés principalement dans la région de Montréal ainsi qu'à Gatineau (Figure 5). L'avantage de la focalisation n'est pas étranger à cette retenue.

Figure 5 : RAMQ – degrés de diversification des CMS

| Nombre d'intervention permise (permis) | Nombre de CMS | Pourcentage | Nombre moyen de spécialités offertes (site web) |
|--|---------------|-------------|---|
| 1 intervention | 9 | 16 % | 1 |
| Entre 2 et 10 interventions | 11 | 19 % | 1 |
| Entre 11 et 33 interventions | 24 | 41 % | 2 |
| Plus de 33 interventions | 14 | 24 % | 4,9 |

Portrait dans les autres provinces canadiennes

En 2015, l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) réalisait un premier portrait de l'environnement de la chirurgie ambulatoire hors hôpital dans l'ensemble des provinces canadiennes. Elle soulignait l'existence de nombreuses initiatives à travers le Canada destinées à confier l'exécution d'interventions chirurgicales à faible risque à un autre service de l'hôpital ou à un autre établissement afin d'améliorer l'accès aux autres chirurgies à risque modéré ou élevé (Cowling & de Léséleuc, 2015). En effet, tout comme au Québec, ces différentes initiatives ont été mises en place afin de faire face aux longues listes d'attente en chirurgie.

À titre d'exemple, en Alberta, les *Chartered surgical facilities* ont été développées dans le but d'offrir aux patients un accès accru aux services, une réduction des temps d'attente et/ou une réduction globale des coûts (Alberta Health Services, 2021). Ces contrats signés directement avec l'Alberta Health Services proposent principalement des chirurgies en lien avec les spécialités suivantes : dermatologie, otorhinolaryngologie, ophtalmologie, chirurgie maxillaire, chirurgie plastique et gynécologique (avortement) (Alberta Health Services, 2021). L'étude de l'ACMTS répertoriait toutefois plusieurs autres

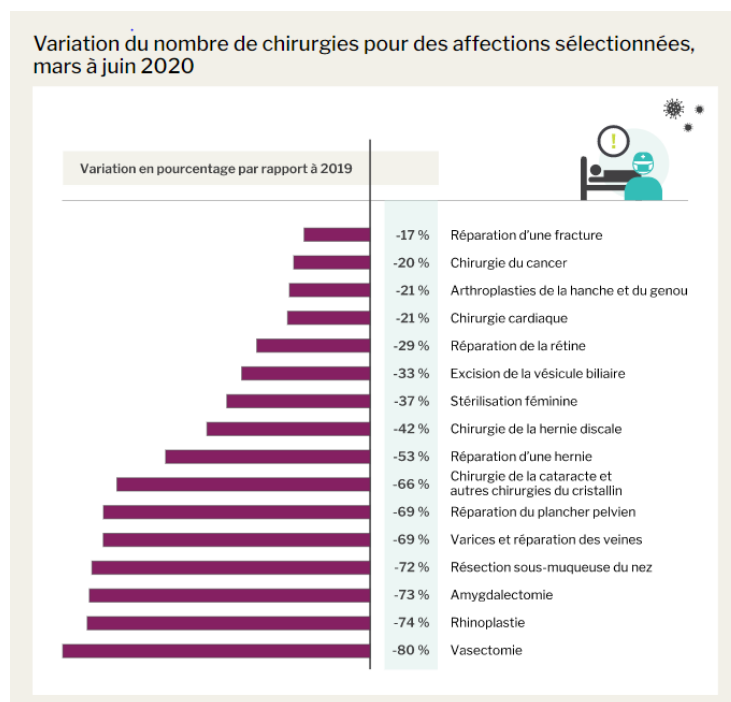
spécialités comme, l'urologie, l'endoscopie ou encore l'orthopédie qui étaient réalisées hors centre hospitalier (Cowling & de Léséleuc, 2015).

En Colombie-Britannique, les premières expériences de chirurgie d'un jour en dehors des établissements de santé ont eu lieu en 2011. Depuis, l'Agence de santé Fraser Health autorise de plus en plus de chirurgie d'un jour en dehors des murs de l'hôpital pour en libérer l'accès aux patients complexes hospitalisés (Cowling & de Léséleuc, 2015). Ces ententes portent sur un vaste éventail de chirurgies (gynécologie, orthopédie, endoscopie, orthopédie, etc.).

La province de l'Ontario possède également des établissements autonomes qui proposent des chirurgies d'un jour. Elle a, de plus, fait le choix de recourir à des cliniques communautaires spécialisées pour que les patients puissent obtenir le soin nécessaire, dans le cadre approprié en temps opportun (Cowling & de Léséleuc, 2015). Ces cliniques communautaires spécialisées sont soit des pavillons ouverts par l'hôpital soit des établissements de santé indépendants à but non lucratif qui travaillent en étroite collaboration avec les établissements publics. Initialement, les interventions pratiquées étaient relatives à la cataracte et à la coloscopie; depuis, les interventions se sont diversifiées à l'instar des autres provinces.

L'environnement de la chirurgie d'un jour dans les provinces a été, comme au Québec, bouleversé par la pandémie. En effet, les provinces canadiennes ont également souffert – à différent niveau – de l'impact que la pandémie de Covid-19 a eu sur le report de chirurgies. La Figure 6 reprend les principales chirurgies ayant connu une baisse de la production par rapport à 2019 au courant de la première vague.

Figure 6 : ICIS – Baisse des chirurgies durant la première vague (Canada sf. Qc)



Source : Base de données sur les congés des patients, 2018-2019 à 2020-2021 (données de l'exercice en cours) (Institut canadien d'information sur la santé, 2021)

Ainsi en l'espace de quelques mois, les différentes provinces ont mis sur pied des stratégies pour rattraper le retard accumulé pendant les vagues successives. La stratégie de reprise des activités est basée sur 2 piliers importants :

- Le retour à la capacité d'avant Covid-19 et l'augmentation de la capacité du secteur public
- Le recours aux organisations privées

À titre d'exemple, en Alberta le retard accumulé en un an (mars 2020 à mars 2021) serait estimé à 36 000 chirurgies environ et la stratégie du gouvernement depuis décembre 2020 est de collaborer avec les établissements chirurgicaux privés afin qu'ils offrent davantage d'interventions chirurgicales financées par l'État aux Albertains : plus de 40 établissements de ce type, sous contrat avec l'*Alberta Health Services*, proposent des chirurgies financées par l'État notamment pour la cataracte et les chirurgies orthopédiques qui ont accusé de nombreux retards (Hudes, 2021). En 2020 en Alberta, 15 % des chirurgies (44 000) ont été réalisées dans des établissements privés et le gouvernement albertain espère éponger le retard accumulé d'ici la fin 2021.

De son côté, la Colombie-Britannique est sans doute la province qui a déployé la stratégie la plus complète pour répondre de façon proactive à l'environnement changeant en lien avec la pandémie. Elle est, par ailleurs, citée par le MSSS pour sa stratégie inspirante afin d'établir le plan québécois de relance de la chirurgie (en l'adaptant à la réalité et aux contraintes d'ici). La stratégie de la Colombie-Britannique repose sur l'augmentation des chirurgies tant au public :

- En prolongeant les heures d'exploitation des salles d'opération (soir et week-end),
- En ouvrant des salles d'opération jusqu'alors inutilisées (faute de main-d'œuvre),

- En optimisant les opérations et améliorant les processus pour réaliser des gains d'efficacité

Qu'au privé :

- En augmentant la capacité des cliniques chirurgicales privées sous contrat avec les six autorités de santé de la Colombie-Britannique.

Pour répondre avec succès à ce plan de rattrapage, la Colombie-Britannique a choisi d'investir dans le recrutement et la rétention de personnel supplémentaire (tant infirmiers que chirurgiens et anesthésistes) : moins de 8 mois après le début du plan de relance, la province avait déjà recruté 33 chirurgiens, 35 anesthésistes et plus de 680 infirmières de blocs opératoires et formé 172 infirmières et comptait poursuivre ses efforts de recrutement et de formation du personnel nécessaire à la réalisation du plan de rattrapage des chirurgies.

La province a également choisi de faire de l'amélioration des procédures un cheval de bataille dans tous les hôpitaux de la province afin d'une part d'améliorer l'efficacité des protocoles COVID-19 dans les blocs opératoires (les mesures de sécurité spéciales COVID-19 ayant baissé le rendement des blocs) et d'autre part de revoir les pratiques au bloc opératoire dans leur ensemble pour en améliorer l'efficacité tout en palliant la pénurie de certaines ressources (les anesthésistes notamment).

La Colombie-Britannique a également fait de la transparence avec les citoyens un pilier majeur de son plan : les cibles, les initiatives entreprises et les avancées réalisées sont ainsi publiées sur une base régulière (aux deux mois) afin de tenir au courant l'ensemble des citoyens. La province a également choisi de centrer ses priorités sur les besoins des patients et d'ajuster les priorités provinciales sur les patients qui nécessitent des soins d'urgence ou qui ont attendu plus du double du temps de référence : chaque autorité sanitaire a ainsi appelé individuellement sa liste de patients en attente pour vérifier si ces derniers souhaitaient reprendre leurs chirurgies (111 584 patients ont ainsi été contactés entre le 1^{er} avril 2020 et le 12 novembre 2020). La province a, enfin, fait le choix de prioriser les chirurgies d'un jour qui ne nécessitent pas de passer une nuit à l'hôpital et qui peuvent être effectuées à l'extérieur des salles d'opération des hôpitaux (Government of British-Columbia, 2020).

Pratiques dans le monde

Les délais d'attente des chirurgies sont une problématique répandue dans plusieurs pays. L'OCDE réalise, à cet effet, une veille régulière des initiatives entreprises par les différentes juridictions pour réduire les temps d'attente pour les patients et recueillir les résultats de telles initiatives. La Figure 7 fait état des médianes des temps d'attentes pour 3 types de chirurgies.

Figure 7 : OCDE – Médiane des temps d'attente (jours) en chirurgie 2018

| | Cataracte | Remplacement hanche | Remplacement genou |
|-------------------------|------------------|----------------------------|---------------------------|
| Canada | 66 | 105 | 122 |
| Australie | 84 | 119 | 209 |
| Royaume-Uni | 65 | 92 | 98 |
| Danemark | 36 | 35 | 44 |
| Finlande | 97 | 77 | 99 |
| Suède | 51 | 75 | 90 |
| Portugal | 119 | 126 | 204 |
| Espagne | 74 | 118 | 147 |
| Italie | 24 | 50 | 42 |
| Estonie | 187 | 282 | 461 |
| Pologne | 246 | 179 | 253 |
| Hongrie | 36 | 43 | 85 |
| Israël | 77 | 56 | 85 |
| Chili | 97 | 240 | 839 |
| Nouvelle-Zélande | 82 | 81 | 89 |
| Moyenne OCDE | 92 | 113 | 189 |

Il faut noter que les cibles de temps d'attente ne sont pas standardisées : chaque pays a ses propres cibles et chaque pays a développé ses propres politiques pour réduire les temps d'attentes et atteindre ses cibles (OECD, 2020). La moyenne de l'OCDE est par ailleurs à considérer avec précaution puisque d'une part les données du Chili en crise viennent fausser la moyenne et qu'un certain nombre de pays scandinaves ont une définition du temps d'attente assez conservatrice puisque le temps d'attente en chirurgie débute au moment où le généraliste réfère le patient et non une fois que le patient a vu le spécialiste (leurs temps d'attente sont par conséquent surestimés comparativement à d'autres pays).

Ainsi au Royaume-Uni et en Finlande les cibles sont accompagnées de sanctions pour les prestataires qui ne peuvent démontrer des améliorations et une progression vers les cibles fixées et d'une surveillance accrue pour s'assurer d'une réduction effective des temps d'attentes. Chaque organisation a cependant le choix d'identifier la stratégie la plus adaptée pour atteindre ces cibles (OECD, 2020).

Le Danemark a quant à lui choisi de garantir aux patients un plus grand choix de prestataires en cas de dépassement des délais d'attente. Ainsi si les délais ne sont pas respectés, le patient a le droit de choisir de se faire soigner gratuitement dans un hôpital privé au Danemark ou dans un hôpital public ou privé à l'étranger. C'est à la région d'origine de couvrir les dépenses engagées, ce qui incite chacune des régions à déployer les mesures pertinentes pour éviter les déplacements de patients (OECD, 2020).

D'autres pays ont fait le choix de concentrer leurs efforts dans l'amélioration de la gestion de la demande en priorisant les patients sur les listes d'attentes. Le système de priorisation des patients le plus poussé est sans doute celui de la Norvège, où chaque patient se voit attribuer un délai d'attente individuel maximal basé sur une évaluation clinique rigoureuse. Cette politique a été mise en place pour éviter que les cas plus complexes n'aient à attendre plus longtemps. Les patients sont par ailleurs libres de choisir le prestataire de leur choix (qu'il soit public ou privé) et l'information des délais d'attente de tous les prestataires est disponible à l'ensemble de la population pour faciliter l'optimisation des ressources. En 2018, 98% de tous les patients finnois ont reçu des soins de santé dans les limites de leur temps d'attente maximal individuel (OECD, 2020).

Pour agir efficacement sur la réduction des temps d'attente, la tendance est à la mise en place de politiques mixtes. En effet, de plus en plus de pays combinent les différents types de politiques qui agissent soit sur l'offre (augmenter le volume de chirurgie planifiée), soit sur la demande (meilleure priorisation des patients) (OECD, 2020).

La collaboration CMS – RSSS : forces et enjeux

L'environnement de la chirurgie ambulatoire hors établissement est très dynamique présentement. Le sujet de la collaboration entre le privé et le public a aussi le grand privilège de soulever les passions. Bien modestement, nous identifions ici quelques éléments à considérer dans cette recherche d'un nouvel équilibre de coopération entre ces acteurs.

Forces

La promesse de coûts plus faibles

De manière générale, les différentes juridictions ont recours aux établissements extrahospitaliers pour la chirurgie d'un jour dans le but premier d'améliorer l'accès et de réduire les listes d'attentes. L'efficacité de ce type d'établissement est souvent soulignée dans un deuxième temps. En effet, par leur focalisation sur des chirurgies bien spécifiques et des cas précis, il est attendu des CMS (ou équivalent) de proposer une meilleure utilisation de la capacité disponible et de restreindre les coûts fixes (infrastructure, gestion, équipement) et variables (main-d'œuvre et fournitures). La focalisation de ce type d'établissement permet aussi des projets d'optimisation bien moins complexes à réaliser que dans un établissement multimission du réseau.

La souplesse organisationnelle

La souplesse organisationnelle est sans doute la force qui fait consensus auprès des acteurs du Réseau interrogés. En effet, les parties prenantes sondées ont souligné la capacité des CMS à s'adapter aux changements liés à l'environnement externe très rapidement.

La satisfaction des patients

Peu importe le lieu d'intervention de la chirurgie, la réduction du temps de séjour afin de transformer certaines chirurgies nécessitant une hospitalisation par le passé à des chirurgies d'un jour s'accompagne le plus souvent d'un fort taux de satisfaction des patients. À titre d'exemple, l'ACMTS indique que plusieurs études soutiennent l'efficacité et l'innocuité d'une chirurgie d'un jour d'arthroplastie totale de hanche. Ces études indiquent par ailleurs que cette procédure rencontre de forts taux de satisfaction auprès des patients (Foerster, 2017).

Les enjeux à prévoir

La main-d'œuvre

Peu importe la province, le lieu de réalisation de la chirurgie ambulatoire (public ou privé) ou la stratégie déployée pour faire face à l'impact de la pandémie (augmentation de la capacité opératoire du public ou recours aux CMS), la question de la main-d'œuvre est cruciale. La pénurie de main-d'œuvre identifiée en amont de la pandémie ne peut qu'être exacerbée par le besoin d'accroître la cadence pour répondre à l'allongement des listes d'attentes. Au public, le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre sont problématiques et les efforts supplémentaires demandés aux effectifs depuis mars 2020 inquiètent : comment demander une augmentation de la capacité sur plusieurs années pour éponger le cumul occasionné à des équipes déjà très éprouvées ? Les acteurs du

RSSS interrogés ont tous souligné leur inquiétude face au risque d'épuisement de la main-d'œuvre. Le recours au CMS engendre lui aussi très souvent des préoccupations à cet effet. En effet, puisque les ressources sont limitées et que CMS et RSSS recrutent du même bassin de professionnels, les CMS sont entrevus par le réseau comme des concurrents potentiels, exerçant une pression supplémentaire dans cette pénurie partagée. Certains répondants ont souligné l'attrait des conditions de travail du privé comparativement au réseau public (principalement la souplesse organisationnelle et la possibilité d'un meilleur équilibre travail-vie personnelle). D'ailleurs, au Québec plusieurs ententes conclues avec les CMS incluent des clauses dites « de maraudage » pour éviter une hémorragie des effectifs du public vers le privé. Le MSSS a, par ailleurs, mis en place de nouvelles mesures qui interdisent notamment la sollicitation et l'embauche du personnel à l'emploi du RSSS et l'affectation d'un prestataire de services au sein d'un organisme public, si ce prestataire a été à l'emploi d'un organisme du secteur de la santé et des services sociaux dans les 90 jours précédents (MSSS, 2021). En d'autres termes, non seulement il n'est pas possible de recruter les personnes du réseau, mais il faut attendre 90 jours après leur démission pour être en mesure de les solliciter.

Aussi strictes que ces mesures paraissent, la réalité est que dans les cas où la sévérité de la pénurie augmente et que les tensions entre le public et le privé se cristallisent, le gouvernement pourrait être incité à prolonger cette réglementation au-delà de la pandémie voire renforcer davantage cette réglementation pour protéger le réseau public.

Cette préoccupation n'est pas isolée : elle cristallise également les débats en Alberta où le développement d'un projet de la plus grande clinique privée de la province (bien qu'elle soit à l'étape de réflexion) sème déjà la controverse du fait notamment de l'impact d'une telle initiative sur les effectifs.

Bien que plusieurs voix s'élèvent pour sonner l'alarme des risques de pénuries futures pour les chirurgiens, les anesthésiologistes ou encore les physiothérapeutes, on l'aura compris, la principale inquiétude concerne le personnel infirmier pour lequel la situation est d'ores et déjà critique. La stratégie d'augmentation de la capacité des blocs opératoires (au public ou au privé) dépend intimement de la capacité des acteurs à attirer, former et retenir les ressources pertinentes (les infirmières de bloc opératoire sont spécialisées) qu'elles soient récemment diplômées, à la retraite ou issues de l'immigration. Il faut rappeler qu'au Canada près de 10 % des infirmières sont âgées de 60 ans et plus, ce qui laisse présager une pression supplémentaire dans les années à venir (Figure 8) (ICIS, 2020).

Figure 8 : Profil de la profession infirmière au Québec

| | Infirmière Praticienne | | Infirmière Autorisée | | Infirmière Auxiliaire Autorisée | |
|--|------------------------|-------------|----------------------|-------------|---------------------------------|-------------|
| | Nombre | Pourcentage | Nombre | Pourcentage | Nombre | Pourcentage |
| Effectif (n = 101 233)* | 545 | | 72 695 | | 27 993 | |
| Taux par 100 k habitants | 6,5 | | 866,4 | | 333,6 | |
| Sexe féminin | 495 | 90,8 | 64 369 | 88,5 | 25 089 | 89,6 |
| Âge moyen | 38,3 | | 41,7 | | 40,6 | |
| Main-d'œuvre (n=95 174)** | 542 | 99,4 | 70 217 | 96,6 | 24 415 | 87,2 |
| Temps plein (main-d'œuvre) | 506 | 93,4 | 41 724 | 59,4 | 11 245 | 46,1 |
| Temps partiel (main-d'œuvre) | 30 | 5,5 | 23 947 | 34,1 | 11 631 | 47,6 |
| Emploi occasionnel (main-d'œuvre) | 6 | 1,1 | 4545 | 6,5 | 1539 | 6,3 |
| Santé mentale (soins directs) | 0 | 0 | 3840 | 5,5 | 490 | 2 |
| Région rurale ou éloignée (main-d'œuvre) | 95 | 17,7 | 7004 | 10 | 1021 | 4,2 |

(*) L'effectif est défini comme le nombre d'infirmières et d'infirmiers inscrits

(**) la main-d'œuvre est définie comme le nombre d'infirmières et d'infirmiers qui occupent un emploi dans la profession

Les différentes juridictions misent beaucoup sur une stratégie de recrutement à l'étranger à ce titre, le Québec semble jusqu'à présent avoir moins recours à cette stratégie que les autres provinces (Figure 9).

Figure 9 : ICIS — Personnel infirmier formé à l'étranger

| | Pourcentage de personnel infirmier formé à l'étranger (effectif de 2019) | | | |
|-----------------------------|--|--------|---------|--------|
| | Canada | Québec | Ontario | C-B |
| Inf. Autorisées | 9,4 %. | 5,9 % | 11,4 % | 14,6 % |
| Inf. Auxiliaires Autorisées | 7,8 % | 0 % | 11,3 % | NA |

Le Québec a toutefois été relativement épargné jusqu'à présent par la mobilité infirmière interprovinciales et territoire puisque le niveau de rétention est élevé (la langue étant sans doute le principal facteur de protection). On sait cependant que les politiques de recrutement dynamique de la Colombie-Britannique ont eu un certain succès. Il faudra étudier de près cet indicateur dans les prochaines années pour voir si la pandémie a rendu les stratégies de recrutement plus combatives au pays et si le Québec non seulement parvient à maintenir ses effectifs, mais aussi à en attirer d'autres.

La réglementation

La réglementation constitue un deuxième enjeu majeur pour le secteur de la chirurgie ambulatoire. À l'heure actuelle, la loi ne permet pas aux CMS de médecins affiliés l'hospitalisation au-delà de 24 heures : les cas simples sont donc envoyés en CMS tandis que les cas modérés à complexes sont maintenus à l'hôpital. Pour permettre un meilleur « case-mix » aux hôpitaux afin d'optimiser l'utilisation des blocs opératoires et ménager les effectifs du public, cette contrainte devrait être relaxée. Un tel assouplissement de la réglementation implique néanmoins un rehaussement, tant des processus que des compétences des CMS, afin d'être en mesure de prendre en charge adéquatement ces

nouveaux types de cas. Les acteurs du réseau soulignent que cette transition, qui constituerait un facteur de différenciation important, n'est pas simple à réaliser et qu'elle suppose des efforts supplémentaires de la part des CMS pour être en mesure de relever le défi et superviser les patients en salle de réveil ou de récupération après une opération.

A contrario, la délégation de toutes les CDJ en CMS ne serait pas optimale pour le RSSS. Il faudrait assurément garder certaines CDJ à l'interne pour mieux équilibrer les programmes opératoires, mieux utiliser la capacité des blocs opératoires en fin de journée et préserver l'engagement des équipes de travail dans le RSSS.

L'opinion publique

Bien que la pandémie ait accéléré la collaboration entre le public et le privé et ainsi permis jusqu'à une certaine mesure de dépasser certaines réticences des différents acteurs (patients, praticiens, etc.), il demeure que l'opinion publique reste préoccupée par la contribution du privé. En effet, une certaine portion de la population perçoit encore le recours au privé comme une contribution pouvant mener à une médecine à deux vitesses. Il s'agit d'ailleurs d'une des principales préoccupations relayées par les acteurs de l'écosystème au Québec et que l'on retrouve également dans les autres juridictions canadiennes. Les expériences réalisées actuellement (financement public, prestation mixte) dans le contexte de la pandémie semblent néanmoins moins rebuter que par le passé, du fait de l'ampleur des délais d'attente et la satisfaction du service rendu au privé tant pour les cliniciens que pour les patients (efficacité, courtoisie, convivialité).

La présence du privé en santé suscite, par ailleurs, d'importantes interrogations quant aux pressions supplémentaires qui peuvent s'exercer sur le public notamment du point de vue des ressources humaines. Nous l'avons mentionné, la possibilité que les ressources se tournent plus aisément vers le privé – les conditions d'exercice y étant plus faciles – combiné à un transfert uniquement de cas simples au privé font craindre l'émergence d'un sentiment de spoliation. En effet, sans encadrement adéquat, le secteur public se retrouverait avec une charge de cas plus complexes, une productivité en baisse et des équipes davantage confrontées à des conditions d'exercice plus contraignantes et moins motivantes qu'au privé.

Le financement

Pour le moment le MSSS, à l'instar des autres provinces, a fait le choix d'une politique de gestion des listes d'attentes qui augmente l'offre. Une telle stratégie a pour effet d'accroître les dépenses. Pour pallier le cumul des chirurgies, les différentes juridictions ont d'ores et déjà fait le choix de ne pas limiter les dépenses et d'augmenter la capacité opératoire en investissant dans le recrutement de la main-d'œuvre, en augmentant les heures d'ouverture des blocs opératoires et en ayant recours au CMS (ou équivalent).

Dans un contexte Post-Covid-19, l'incertitude de la stratégie du MSSS est plus grande. Le MSSS pourrait en effet soit faire le choix de poursuivre les ententes pour accroître l'accès ou à l'inverse contraindre à limiter les ententes à certains types de chirurgies pour éviter les dépassements de budgets.

Par ailleurs, l'évaluation du projet pilote sur les coûts par activités n'est pas encore disponible et le déploiement du financement par parcours de soins en est encore à ses débuts. À l'heure actuelle, les établissements sont encore financés par enveloppe et même si des avancées ont été réalisées en ce sens (travail de collecte et d'analyse des

données), il est encore difficile pour un établissement d'établir des comparables clairs entre les coûts totaux dans son organisation et au privé. Lorsque cette information sera disponible, et que le financement reflètera cette réalité, les négociations seront beaucoup plus aisées à réaliser et il sera plus facile pour les établissements de faire des choix stratégiques pour mieux répondre aux besoins de leurs populations.

L'information

Malgré plusieurs avancées durant la pandémie, il demeure de nombreux déficits importants notamment en matière de numérisation. Le MSSS est conscient de ces enjeux et souhaite à cet effet développer un système de gestion de la liste d'attente en temps réel afin de mieux coordonner les services et prioriser les cas par un système de priorisation efficace en fonction du temps opératoire requis plutôt qu'en nombre de cas et un système uniforme d'attribution des priorités opératoires en fonction des besoins des usagers sur la liste d'attente. Les acteurs concertés sont d'avis que sans un accès élargi à des données fiables, le secteur de la chirurgie ambulatoire continuera à être géré de manière sous optimale.

Le futur de la CDJ : les axes de développement

Au cours des entrevues avec les acteurs de l'écosystème et la recherche dans la littérature grise, plusieurs axes de développement pour la chirurgie ambulatoire ont émergé. La présente section synthétise ces principales transformations et avenues de développement.

Élargissement des actes

Au Québec, le rattrapage du « *backlog* » de la pandémie se fera sur une période plus longue que celle initialement prévue. En effet, si les premiers scénarios évaluaient le temps de rattrapage de 14 à 24 mois (MSSS, 2020), les partenaires externes parlaient davantage de 4-5 ans compte tenu de leur capacité à augmenter les heures d'ouverture des salles d'opération ou à les ouvrir la fin de semaine.

De plus, même si la position du MSSS sur le partenariat long terme avec les CMS reste encore équivoque, les perspectives de développement en chirurgie d'un jour citées par le MSSS laissent présager des opportunités de collaboration. En effet, la conversion de certaines chirurgies en chirurgie d'un jour est au cœur de la vision future du MSSS pour la chirurgie ambulatoire. Il souhaite, pour cela, favoriser la révision des processus afin de permettre la diminution de la durée de séjour.

Cette vision rejoint le point de vue des acteurs du RSSS pour qui un réel travail de réflexion doit être entamé afin de se focaliser sur les chirurgies les plus stratégiques et poursuivre le partenariat avec les CMS pour les chirurgies d'un jour « non stratégiques », voire établir une liste des chirurgies qui actuellement nécessitent une hospitalisation et qui pourraient éventuellement être réalisées en ambulatoire (au public ou en partenariat avec le privé).

Il faut dire que le profil démographique de la population québécoise laisse présager une augmentation des besoins en matière de chirurgies ambulatoires. En effet, le vieillissement de la population (Institut de la Statistique du Québec, 2021; Marois & Bélanger, 2015) et sa sédentarisation va se traduire par d'une part, une plus grande demande pour certaines chirurgies (orthopédiques, bariatriques, etc.) et d'autre part, une complexité accrue des profils patients (multiplication des patients souffrant de comorbidités médicales telles que le diabète, l'hypertension ou l'obésité). Les CMS auront ainsi à prendre en charge des cas plus complexes que ceux qu'ils traitent actuellement (Frost&Sullivan, 2016; Dyrda, 2020; Wood, 2021).

Suivi pré et postopératoire

La sortie le jour même d'une intervention exige le plus souvent une approche multidisciplinaire des cas réalisés. Les acteurs consultés ont identifié l'importance d'un travail collaboratif pour la sélection rigoureuse des patients, l'éducation des patients en amont et en aval de la chirurgie, l'amélioration des procédures d'anesthésie, le recours à des techniques chirurgicales provoquant un minimum de dommage ainsi que le recours à un suivi régulier depuis la maison et très souvent à un programme de physiothérapie soutenu. À l'heure actuelle, les suivis pré et post-chirurgie sont encore réalisés par les établissements publics quand bien même la chirurgie a lieu dans un CMS et le suivi se fait encore principalement de manière « traditionnelle ». Dans le cas d'un partenariat à

plus long terme et d'une diversification des activités réalisées, il est fort à parier qu'une réflexion plus poussée de la collaboration en amont et en aval de la chirurgie entre les acteurs soit un élément crucial de la trajectoire patient et que les nouvelles technologies jouent un rôle prépondérant dans le développement d'approches de suivi hors hôpital.

La technologie : robotisation et télémédecine

Pour le MSSS, certaines opportunités ont émergé notamment en ce qui concerne l'apport technologique dans la transformation du secteur de la santé et plus particulièrement celui de la chirurgie ambulatoire. En effet, le développement de la requête électronique, l'informatisation de certains processus, le suivi des données à l'aide de nouveaux moyens technologiques auront un impact majeur sur la réalisation de la vision du MSSS en matière de chirurgie ambulatoire à savoir : la conversion de certaines chirurgies qui nécessitent une hospitalisation en chirurgie d'un jour et la modulation des cibles d'attente des usagers pour une chirurgie en fonction de leur état de santé pour uniformiser la priorisation des cas pour tous les types de chirurgies.

L'apport technologique a également été souligné par différents acteurs de l'écosystème. En effet, la conversion de certaines chirurgies en CDJ suppose la mise en place de procédures moins invasives. Il n'est donc pas étonnant de constater l'essor de l'industrie de la robotique chirurgicale conçue pour aider les chirurgiens à effectuer des chirurgies moins invasives et de haute précision afin de réduire les temps de séjours et de réadaptation. Bien que nous soyons encore en phase exploratoire, les études de marché les plus récentes indiquent que l'Amérique du Nord et l'Europe seront à l'avant-garde du développement et de l'adoption de telles technologies (Frost & Sullivan, 2021).

Par ailleurs, une des tendances dans l'industrie est le développement de solutions robotiques de téléprésence qui auront la capacité d'imiter les actions d'une personne ce qui incitera le secteur de la santé (les organisations comme les praticiens) à revoir leur approche en matière de soins aux patients (Frost & Sullivan, 2021). L'essor de la robotique sera conduit par la multiplication des innovations notamment en oncologie et en orthopédie (Robotique, 3D printing, smart implants et orthobiologics) et par l'accent qui sera mis sur l'amélioration des procédures chirurgicales. Comme bien d'autre développement en santé, cet essor est propulsé par l'augmentation de la prévalence de certaines maladies en lien avec les modes de vies sédentaires.

Il faut toutefois garder à l'esprit qu'en matière de chirurgie robotique, le coût d'investissement élevé, les réglementations strictes et le manque de personnel formé joueront une grande part dans l'adoption de telles technologies (Frost&Sullivan, 2018). Ces nouvelles technologies nécessitent donc une démonstration claire de l'amélioration des résultats cliniques pour les patients (Frost&Sullivan, 2018) et de l'apport d'une réelle valeur ajoutée tant pour les cliniciens (facilité d'utilisation, précision et temps de chirurgie) (Frost&Sullivan, 2018) que pour les organisations (augmentation des volumes de chirurgie, apport en matière de valeur ajoutée et réduction de leur taille pour réduire l'espace nécessaire à leur utilisation) (Frost&Sullivan, 2018). Au Québec, la contribution des UETMIS (unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé) des établissements et l'INESSS joueront un rôle prépondérant dans l'identification et le déploiement de technologies pertinentes dans la province.

Enfin, la pandémie a créé un *Momentum* pour l'essor de la télésanté y compris pour les services ambulatoires. En effet, les études les plus récentes estiment qu'environ un quart

des activités ambulatoires pourront être réalisées virtuellement (Bestsenny, Gilbert, Harris, & Rost, 2020; Fera, Korba, & Shukla, 2020). En effet, l'accent sur les phases de suivi pré et postopératoire et la tendance de déploiement de soins basés sur la valeur stimuleront l'adoption de dispositifs de télésurveillance (Frost&Sullivan, 2018) et de téléconsultation (Frost&Sullivan, 2020; Bestsenny, Gilbert, Harris, & Rost, 2020; Fera, Korba, & Shukla, 2020) et inciteront à une plus grande collaboration entre les prestataires de soins travaillant dans la même trajectoire de soins et de services (Bestsenny, Gilbert, Harris, & Rost, 2020; Frost&Sullivan, 2020).

Conclusion

Le secteur de la chirurgie ambulatoire est en pleine transformation. L'analyse de l'environnement nous indique que la pandémie a servi à décristalliser et passer outre certaines appréhensions, notamment envers la contribution du privé en santé. Il demeure que la multiplication des ententes et leur balisage restreint ne permettent pas à l'heure actuelle de statuer sur le modèle le plus performant et que, passée la pandémie, ces questions ressurgiront assurément, tant dans l'opinion publique que dans l'esprit des partenaires du RSSS. Il faudra donc établir une évaluation claire et précise de la contribution de chacun et ajuster le cas échéant la réglementation pour s'assurer que les balises sont clairement définies pour tous.

Par ailleurs, la chirurgie ambulatoire a une bonne perspective de croissance (tant au public qu'au privé) dans la mesure où, comme les autres juridictions, le MSSS souhaite avant tout éponger la liste d'attente le plus rapidement possible et poursuivre les efforts de transformation des chirurgies nécessitant une hospitalisation à de nouvelles chirurgies d'un jour. Certains partenaires du RSSS sont même en réflexion pour continuer à soustraire certaines chirurgies aux CMS afin de se concentrer sur des chirurgies plus stratégiques. Il reste que cette volonté de collaboration à long terme est tributaire des aléas politiques et pour le moment il n'y a pas de signal clair du gouvernement quant à une collaboration à long terme, passée la pandémie. Rappelons que l'environnement incertain du partenariat public-privé a longtemps conduit les CMS à embrasser d'autres modèles d'affaires (tiers payeurs, tourisme médical, même si ces options sont sporadiques) et qu'avec des listes d'attentes aussi importantes, aujourd'hui plus que jamais, il semble important de réfléchir à une stratégie pérenne qui mette les besoins et l'expérience des patients au centre des préoccupations de tous les acteurs en présence.

Dans un tel contexte, trois questions cruciales se posent. Quels sont donc les besoins futurs en matière de chirurgie ambulatoire pour le Québec ? La pandémie a permis de mettre en lumière, ici comme ailleurs, des axes prioritaires : les chantiers souhaités par le MSSS sont ainsi nombreux. Que cela soit la mise en place d'un système de gestion de la liste d'attente en temps réel, l'uniformisation du système d'attribution des priorités opératoires en fonction des besoins des usagers ou la révision des processus et l'intégration de nouvelles technologies en vue de diminuer les durées de séjours à l'hôpital sont autant de projets qui nécessiteront de la part de l'ensemble des acteurs des efforts titanesques et une collaboration étroite. Quelle est la vision future du MSSS en matière de chirurgie d'un jour et comment comptons-nous la réaliser ? La vision du gouvernement nous l'avons vu repose principalement sur la poursuite de la conversion de certaines chirurgies avec hospitalisation en chirurgie d'un jour et sur l'uniformisation de la priorisation des cas pour tous les types de chirurgies. Cela suppose de poursuivre les efforts et les avancées qui ont été réalisés — tant au public qu'au privé — pour transformer les chirurgies avec hospitalisations en CDJ, mais aussi d'essayer les initiatives à succès à l'ensemble des établissements de la province. À cet effet, les CMS qui collaborent avec plus d'un établissement peuvent être des laboratoires d'essais de nouvelles pratiques et des courroies de transmission des pratiques à succès puisque les équipes en place ont la possibilité de travailler en collaboration avec des équipes médicales de divers horizons. Enfin comment le Québec parviendra-t-il à surmonter le défi crucial qu'est la pénurie de main-d'œuvre ? La question est à l'esprit de tous les acteurs publics comme privés. Nous l'avons vu, une réglementation plus stricte pour éviter un transfert des effectifs du public au privé a été mise en place et le recrutement à l'international, longtemps délaissé par la

province comparativement aux autres juridictions comme la Colombie-Britannique ou l'Ontario, sera sans doute la planche de salut pour les prochaines années.

À l'heure où nous rédigeons ces dernières lignes, des travaux d'un comité d'expert mis sur pied par le MSSS sont en cours pour établir des premiers éléments de réponses aux chantiers prioritaires cités précédemment. Gageons que la publication de ces travaux suscitera une nouvelle réflexion sur le sujet de la chirurgie ambulatoire au Québec et permettra d'entrevoir avec plus de précision le chemin qui reste à parcourir. Une certitude demeure; à l'instar des autres juridictions, pour être en mesure de faire face aux défis post-pandémiques couplés aux transformations démographiques futures de notre population, les acteurs du secteur devront faire preuve de flexibilité et de souplesse : pour poursuivre la collaboration et la complémentarité entérinée durant ce contexte si particulier, il est important d'établir une cohabitation bien balisée où le privé ne se substitue pas au public, mais s'intègre en toute complémentarité. Il faudra également encourager la mise en place de nouveaux moyens technologiques en appui aux transformations des pratiques cliniques et des pratiques de collaboration et de coordination interdisciplinaire qui sont nécessaires à la réalisation des cibles en matière de chirurgie ambulatoire.

Bibliographie

- Alberta Health Services. (2021). *Surgical Contracts*. Récupéré sur Alberta Health Services : <https://www.albertahealthservices.ca/about/Page3172.aspx>
- Bestsenny, O., Gilbert, G., Harris, A., & Rost, J. (2020). *Telehealth: A quarter-trillion-dollar post-COVID-19 reality ?* McKinsey & Company .
- Boily, D., & Gentile, D. (2021, 02 05). 20 500 opérations réalisées au privé depuis juin au Québec. *Radio-Canada*.
- Cowling, T., & de Léséleuc, L. (2015). *Interventions chirurgicales effectuées en dehors des salles d'opération des hôpitaux*. Ottawa : ACMTS Analyse prospective; Numéro 49.
- Dyrda, L. (2020, 08 28). *20 bold predictions about the ASC industry over the next 5 years*. Récupéré sur Beckers'ASC Review : - https://www.beckersasc.com/asc-news/20-bold-predictions-about-the-asc-industry-over-the-next-5-years.html?origin=ASCE&utm_source=ASCE&utm_medium=email&oly_enc_id=9452A8901623D4T
- Fera, B., Korba, C., & Shukla, M. (2020). *The future of virtual health*. Deloitte Insight.
- Foerster, V. (2017, March). Outpatient (same-day) total hip replacement. 2017 Mar. (O. CADTH, Éd.) *issue 152*.
- Frost & Sullivan. (2021). *Growth Opportunities In Autonomous Mobile Robots, Robotic Grippers, Surgical Robots, And Digital Manufacturing*. Frost & Sullivan.
- Frost&Sullivan. (2016). *Innovations in the global orthopedic devices industry*. Frost&Sullivan.
- Frost&Sullivan. (2018). *Disruptive Innovations Redesigning Orthopedic Devices and Procedures*. Frost&Sullivan.
- Frost&Sullivan. (2018). *Incisionless Surgeries: Envisioning The Future of Surgical Technology*. Frost&Sullivan.
- Frost&Sullivan. (2020). *Impact of COVID-19 on Elective Procedures in the US, 2020–2023*. Frost&Sullivan.
- Gouvernement du Québec. (2020). *LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES*. Québec : Éditeur officiel du Québec. Récupéré sur Légis Québec : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/a-3.001>
- Gouvernement of British-Columbia. (2020). *Renewable Surgery Plan*.
- Hudes, S. (2021, 03 05). Alberta teams with private clinics to clear surgeries delayed by COVID-19. *Calgary Herald*.
- ICIS. (2020). *Le personnel infirmier au Canada 2019 - un regard sur l'effectif et la main d'oeuvre*. Ottawa - ON : Institut canadien d'information sur la santé.
- ICIS. (2020). *Les temps d'attente dans les domaines prioritaires*.

- Institut canadien d'information sur la santé. (2021). *Incidence de la COVID-19 sur les soins hospitaliers*. Récupéré sur Institut canadien d'information sur la santé : <https://www.cihi.ca/fr/ressources-sur-la-covid-19/lincidence-de-la-covid-19-sur-les-systemes-de-sante-du-canada/soins-hospitaliers>
- Institut de la Statistique du Québec. (2021). La population des régions administratives du Québec en 2020. *Bulletin sociodémographique*, 25(2).
- Labrie, Y. (2015). *Le Monopole Public De La Santé Au Banc Des Accusés Les Contestations Judiciaires Visant À Changer Les Politiques De Santé Au Canada*. Montréal : Institut économique de Montréal.
- Marois, G., & Bélanger, A. (2015). Vieillesse de la population dans la région métropolitaine de Montréal : perspectives démographiques locales. *Cahiers québécois de démographie*, 44(1).
- MSSS. (2019). *Plan stratégique 2019-2023*. Québec.
- MSSS. (2020). *Plan de rattrapage juin 2020*.
- MSSS. (2021, 02 27). *Accès aux services médicaux spécialisés – Volet chirurgie*. Récupéré sur Accès aux services médicaux spécialisés – Volet chirurgie : <https://g74web.pub.msss.rtss.qc.ca/>
- MSSS. (2021). *Accès aux services médicaux spécialisés – Volet chirurgie*. Récupéré sur <https://g74web.pub.msss.rtss.qc.ca/>
- MSSS. (2021, 03 30). *Salle de presse - Communiqués*. Récupéré sur [msss.gouv.qc.ca](https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqué-2729/) : <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqué-2729/>
- Noël, S. (2010, 04 30). Le remboursement du coût des services d'assistance médicale reçus en clinique privée. *L'Express Travail*. Récupéré sur <https://soquij.qc.ca/fr/ressources-pour-tous/articles/le-remboursement-du-cout-des-services-d>
- OCDE. (2021). *Science, technologie et innovation : Perspectives de l'OCDE 2021 AFFRONTER LA CRISE ET SAISIR LES OPPORTUNITÉS*. Paris : OCDE. doi:<https://doi.org/10.1787/1a6d0f4c-fr>
- OECD. (2020). *Waiting Times for Health Services - NEXT IN LINE*. Paris : OECD Health Policy Studies. doi:<https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en>
- Wood, E. (2021). Shifts in case mix bode well for future of outpatient surgery. *OR Manager*.

Annexes

Annexe 1 : RAMQ – Liste des permis octroyés aux CMS par type d'intervention)

| Type d'interventions | Nombre de CMS ayant un permis |
|---|-------------------------------|
| Lipoinjection | 42 |
| Liposuction | 41 |
| Blépharoplastie | 39 |
| Augmentation mammaire | 35 |
| Lipectomie abdominale | 35 |
| Rhytidectomie (modelage facial) | 35 |
| Exérèse de prothèse/capsulectomie | 34 |
| Abdominoplastie/redrapage cutané autres régions | 34 |
| Exérèse de lésions cutanées de la paupière | 33 |
| Rhinoplastie | 33 |
| Réduction mammaire | 31 |
| Chirurgie abcès, tumeur, kyste, plaie, fistule, glandes sudoripares, avec ou sans greffe et débridement de plaie | 30 |
| Plastie des petites et grandes lèvres | 30 |
| Réparation d'oreilles décollées (prominauris) | 29 |
| Correction chirurgicale ou au laser de cicatrices | 29 |
| Mastectomie chez la femme et chez l'homme | 29 |
| Autre reconstruction mammaire | 29 |
| Chirurgie pour maladie de Dupuytren | 28 |
| Chirurgie du nez pour lésions bénignes ou troubles respiratoires | 28 |
| Chirurgie des lèvres, de la bouche et de la langue pour lésions bénignes ou précancéreuses | 28 |
| Extraction de la cataracte avec l'implantation d'une lentille intra-oculaire | 27 |
| Chirurgie pour tunnel carpien | 27 |
| Chirurgie lésions bénignes des os, muscles, ligaments, tendons, bourses synoviales et fascias et arthroplastie d'hallux | 25 |
| Tarsorrhaphie et séparation des paupières | 23 |
| Exérèse de kystes, de tumeurs bénignes ou malignes | 23 |
| Ligature, section et exérèse pour varices | 20 |
| Excision de ganglions superficiels | 20 |
| Chirurgie herniaire | 20 |
| Chirurgie pour lésion ou réparation de nerfs périphériques | 19 |
| Greffe | 19 |
| Exérèse de fil, clou, plaque et vis | 19 |
| Chirurgie anorectale pour fissure, fistule, hémorroïdes ou prolapsus | 19 |
| Biopsies mammaires | 18 |
| Arthrotomie ou arthroscopie diagnostique ou thérapeutique, excluant la colonne vertébrale | 18 |
| Au laser | 17 |
| Chirurgie des sinus | 17 |
| Kératectomie superficielle de la cornée | 15 |
| Laparoscopie diagnostique | 14 |
| Chirurgie de la rétine | 13 |
| Exérèse avec ou sans plastie de sinus pilonidal | 12 |
| Reconstruction ligamentaire du genou | 12 |
| Acromioplastie, reconstruction de la coiffe | 12 |
| Laparoscopie diagnostique et thérapeutique | 12 |
| Chirurgie pour strabisme | 11 |
| Excision de glandes salivaires pour lésions bénignes | 11 |
| Cure de cystocèle toute voie d'approche, entéroçèle ou rectocèle | 10 |
| Hystérocopie diagnostique et thérapeutique | 10 |
| Chirurgie bariatrique | 9 |
| Ligature tubaire toute voie d'approche | 9 |
| Dilatation et curetage | 9 |
| Arthroplastie-prothèse de la hanche | 8 |
| Arthroplastie-prothèse du genou | 8 |
| Vaginoplastie | 8 |
| Hystérectomie vaginale simple | 8 |
| Salpingo-ovariectomie ou ovariectomie toute voie d'approche | 8 |
| Phalloplastie avec insertion de prothèse pénienne | 3 |
| Scrotoplastie avec insertion de prothèses testiculaires | 3 |
| Interruption de grossesse | 2 |

