

# Pourquoi mes chirurgies ne commencent-elles pas à temps ?

Cela ne manque jamais de m'étonner : lorsque des chirurgiens discutent, il y en a toujours un qui se plaint que le temps de roulement dans sa salle d'opération est trop long. Il y a d'autres plaintes que j'entends couramment : le premier patient de la journée n'a pas été transporté à temps à la salle d'opération, le préposé aux patients a appelé pour dire qu'il était malade, les infirmières ne sont jamais prêtes à temps, quelqu'un m'a « volé » ma plage horaire ou il y avait la mauvaise table chirurgicale dans ma salle d'opération. Ces raisons constituent une litanie de plaintes. L'optimisation des soins de santé est un sujet qui a enfin de l'importance au Canada. Les listes d'attente font maintenant les manchettes et embarrassent les administrateurs d'hôpitaux, du moins dans certaines provinces. Les listes d'attente pourraient déterminer à l'avenir les ressources des hôpitaux. Les retards en chirurgie deviennent davantage critiqués pour les établissements. Ce numéro du *Journal canadien de chirurgie* présente deux articles originaux sur les retards dans les blocs opératoires au Canada.

Wong et ses collaborateurs<sup>1</sup> ont abordé d'un angle particulier les données réunies et analysées par un chirurgien au cours d'une période de neuf ans. Le personnel de la salle d'opération ne semble pas avoir été informé de la consignation des retards. Dans la moitié des cas à l'étude, il y a eu retard : les pannes d'équipement et le patient arrivé en retard à la salle d'opération en sont les deux principales causes. Wright et ses collaborateurs<sup>2</sup> ont analysé les retards après un exercice d'information des équipes chirurgicales. Les membres du personnel de la salle d'opération étaient au courant de l'exercice et, en théorie, tous essayaient d'optimiser le soin des patients. Les raisons les plus fréquentes du retard étaient la disponibilité du chirurgien et de l'anesthésiste et le manque de préparation des patients. L'exercice a réduit les retards dans le début des interventions. Le meilleur taux de début à temps a toutefois été de 60%.

Certes, beaucoup d'établissements se sont livrés à cet exercice pour une raison ou pour une autre. Le nôtre a

essayé à plusieurs reprises d'analyser la circulation à la salle d'opération. Les exercices ont inclus une approche 6-sigma, un examen Qmentum et l'initiative d'une école de MBA, notamment. Après cinq ans, nous n'avons pas encore vu les rapports finals et encore moins les résultats de ces études. Comme l'ont signalé Wright et ses collaborateurs<sup>2</sup>, nous avons constaté que le « caucus » est un moyen efficace de mobiliser le personnel de la salle d'opération. Nous avons aussi observé que l'obligation de modifier leur horaire de la matinée irrite les chirurgiens et que si un médecin n'a pas participé à au moins une partie de la conception des études, à leur réalisation ou à l'interprétation des résultats, la principale raison du retard était attribuable à « une mauvaise réservation » ou à « l'absence du chirurgien ». Ces constatations contredisent celles de Wong et de ses collaborateurs<sup>1</sup>, qui signalent que la plupart des retards sont attribuables à des raisons qui n'ont rien à voir avec le chirurgien.

Les problèmes présentés dans ces deux articles sont ceux que vivent les chirurgiens tous les jours. Nous devons participer davantage à la collecte et à l'analyse des données si nous voulons que le processus d'optimisation avance. Les résultats seront interprétés différemment, selon les personnes qui auront réuni et analysé les données. C'est pourquoi nous devons participer le plus possible à l'exercice afin de rendre les résultats plus significatifs pour le vécu quotidien des chirurgiens.

**Edward J. Harvey, MD**

Co-rédacteur, *Journal canadien de chirurgie*

**Intérêts concurrents** : aucuns déclarés.

## Références

1. Wong J, Khu KJ, Kaderali Z, et al. Delays in the operating room: signs of an imperfect system. *Can J Surg* 2010;53:189-95.
2. Wright JG, Roche A, Khoury AE; OR On-Time Start Task Force. Improving on-time surgical starts in an operating room. *Can J Surg* 2010;53:167-70.