

Point de vue de la rédaction

Toujours dans la veine des effectifs médicaux et de l'accès aux soins, sujets abordés dans les deux derniers éditoriaux du Journal canadien de chirurgie, le manque de ressources en salle d'opération constitue un des obstacles pour les patients en chirurgie. Je suis persuadé qu'en chirurgie, nous sommes tous aujourd'hui la cible d'exhortations visant à améliorer l'efficacité des salles d'opération afin de maximiser l'utilisation efficace des ressources disponibles. Comme le vôtre, mon hôpital réunit des statistiques sur l'utilisation des salles d'opération, mais le mien en fait état publiquement au personnel des salles d'opération par l'intermédiaire du comité des services peropératoires. Cette attitude d'ouverture et de partage de l'information sur les problèmes à la salle d'opération nous a permis collectivement d'instaurer des changements et de viser des inefficiences chroniques précises pour essayer d'améliorer notre rendement.

Au cours de l'exercice 2006–2007, nous avons pratiqué 11 166 interventions, total qui se compare à celui des dernières années. Nous avons recueilli des données de l'exercice 2002–2003 à celui de 2006–2007 pour pouvoir comparer notre rendement au fil du temps. Cette comparaison directe s'est révélée décourageante au cours de la dernière année parce que nous avons constaté que les temps d'attente en chirurgie avaient augmenté en 2006–2007 comparativement aux années précédentes. Le problème s'est révélé particulièrement aigu au cours des six derniers mois de l'exercice.

Quant aux causes du retard, nous constatons que le manque de lits disponibles constitue le plus grand problème : le tiers des patients ont vu leur intervention reportée parce qu'il manquait de lits à la salle de réveil, aux soins intensifs ou sur l'étagé. Une analyse plus attentive révèle que cette simple mention «pas de lit disponible» semble multifacto-

rielle et semble aussi échapper à la compétence d'une seule personne, ce qui rend les solutions difficiles.

D'autres causes de retard sont plus facilement attribuables à des problèmes précis. Par exemple, 20 % des retards ont été causés par une mauvaise évaluation préopératoire — les patients n'avaient pas été vus par l'anesthésiste avant leur intervention parce qu'ils n'avaient pas été référés comme il se doit au service de préadmission. Une autre tranche de 13 % des retards ont été causés par des chirurgiens qui ont apporté des modifications à l'intervention réservée immédiatement avant celle-ci ou pendant celle-ci, ce qui a causé un retard pendant qu'on récupérait les instruments du service de traitement central. Les patients retardataires ont compté pour 13 % des retards, ce qui constitue un sous-produit de l'admission le jour même et qu'on peut régler en partie seulement en informant les patients — la température et la circulation jouent toujours un rôle important au Canada!

On a subdivisé ces données pour analyser les retards survenus au début du premier cas de la journée. Ce retard semble le plus crucial : si l'on commence le premier cas en retard, il est presque inévitable qu'on le finira en retard, ce qui cause des problèmes énormes d'effectifs à la salle d'opération en fin d'après-midi ou entraîne l'annulation du dernier cas prévu sur la liste. Lorsqu'on analyse les causes du retard du premier cas, il est possible d'en attribuer environ 75 % au chirurgien et non aux boucs émissaires habituels (dans notre esprit), que sont les services d'anesthésie ou de soins infirmiers. Vingt-cinq pour cent des patients n'ont pas été bien préparés sur le plan du jeûne ou de l'intraveineuse installée, etc. Une autre tranche de 25 % n'étaient pas inscrits d'avance, et la documentation était incomplète dans un autre

25 % des cas, principalement parce qu'il manquait le consentement ou que l'anamnèse était incomplète.

Je ne sais pas combien d'hôpitaux au Canada produisent des rapports détaillés sur leur expérience peropératoire. Si votre hôpital ne le fait pas, je vous encourage vivement à demander que l'on réunisse ce genre de renseignements et qu'on les dévoile afin que les gens puissent essayer d'améliorer leur fonctionnement et que l'on puisse ainsi améliorer l'efficacité des salles d'opération. Si votre hôpital recueille ce genre d'information, il vous faut exercer des pressions pour qu'elle soit généralement accessible à tous les chirurgiens, infirmières et anesthésistes qui travaillent dans l'établissement.

Actuellement, la chirurgie au Canada consiste essentiellement à faire plus avec moins. Pour maximiser les ressources matérielles et humaines affectées dans le secteur de la santé, il nous incombe de les utiliser de la façon la plus efficace possible. À cette fin, nous devons mettre en commun l'information sur notre rendement comme chirurgiens, ainsi que sur celui de nos collègues infirmières et anesthésistes. Cette mise en commun nous permet de viser des lacunes précises, que ce soit au niveau du personnel ou à celui du processus et, par conséquent, d'améliorer le rendement. L'information nous permet aussi de viser des problèmes qui pourraient surgir subitement pendant l'année (p. ex., disponibilité de lits) et d'élaborer une stratégie afin d'y faire face en modifiant la planification et les critères des congés des patients hospitalisés.

Votre expérience de ce type de collecte d'information, ainsi que de son analyse et son utilisation dans vos hôpitaux, m'intéresse. Votre expérience ressemble-t-elle à la mienne?

James P. Waddell, MD
Co-rédacteur

Intérêts concurrents : aucuns déclarés.