

# Une intervention systématique pour améliorer le fonctionnement des blocs opératoires au Québec

Pierre Fiset, MD  
Chef Anesthésiologiste, HME  
Montréal

Colloque MQRP  
Médecins québécois pour le régime public  
14 mai 2009

# Historique

- Réduire les temps d'attente en chirurgie: une nouvelle priorité
- Les anesthésiologistes Québécois interpellés
- Document sur la productivité en salle d'opération

# Document AAQ

- Prémises
  - Notion de continuum pré, per et post op.
  - Diminuer les risques de mal fonctionnement tout au long de ce processus
    - Cliniques pré-op, pré booking, optimisation de la cédule opératoire
  - Resserrement du fonctionnement au bloc et après...
    - diminution de pertes de temps, salles d'induction, introduction de nouvelles fonctions (auxiliaires), ajout de préposés, augmentation des heures de fonctionnement, gestion salle de réveil, USI, soins intermédiaires...
  - Mise en place de règlements et structure administrative plus efficace
    - Comité péri-op, gestion coopérative, comité de gestion des lits

# Création d'un comité conjoint FMSQ/MSSS

- Mandat: visiter des blocs opératoires de façon ciblée et proposer des correctifs visant, à court terme et à coût nul, à augmenter la productivité de 10%
- Création en janvier 2008

# Composition

- FMSQ: 3 membres
- MSSS: 3 membres
- Agences: 2 membres
- OIQ
- 3 Présidents d'associations

# Documents exigés

- Cédules opératoires
- Statistiques
- Procès verbaux comité du bloc
- Énoncé des problématiques
- Roulement, absentéisme
- Statistiques d'annulation

# Déroulement de la journée

- Arrivée à 7:00 am.
- Visite du bloc
- Réunions avec
  - Infirmière chef et assistante
  - Chefs de chirurgie et anesthésie
  - Président du comité du bloc et coordonnateur du bloc
- Dîner avec les chefs de département
- Rencontre post-prandiale avec le CMDP, DSI, etc.
- Finalement, rencontre avec la direction générale

# Déroulement (suite et fin)

- Remise de la fiche d'évaluation
- Commentaires généraux, mais quelques fois très spécifiques
- Rapport écrit final dans les semaines qui suivent
- Visite de suivi

# Résultats globaux

- En moyenne, augmentation de 10% du nombre de cas effectués dans les hôpitaux visités
- En général, à coût nul, ou avec *cost recovery*
- Gains d'efficacité sont possibles

# Les constats

- Chirurgie a faible acuité
- Gains d'efficacité dans les endroits moins performants
- Certains centres ont besoin d'une réorganisation (i.e.: investissements majeurs)

# Les dangers

- Aucune incidence sur les cas lourds
- Ne pas conclure qu'il ne faut pas investir ou réorganiser
- Amélioration des stats sert de prétexte à un arrêt des investissements dans la chirurgie tertiaire ou quaternaire (équipement, personnel, USI, réadaptation, soins hospitaliers)

# Les dangers

- Il existe un problème de manque de ressources à Montréal dans le réseau public:
  - USI, Urgence, salle d'opération
  - Coûts énormes
  - Ne se réglera pas par Toyota
- La structure organisationnelle des CH répond à la réalité des soins en centre universitaire?
  - Persistance de la gestion par silos corporatistes

# Conclusion

- Les gains d'efficacité sont possible en milieu public (comme dans le privé d'ailleurs...).
- Le privé ne prendra pas en charge la médecine lourde, tertiaire, à risque et à grande acuité. C'est là que devront se faire des investissements majeurs.... Rapidement.