



## Les cliniques de préadmission en tandem avec les blocs opératoires

*Par Serge LeBlanc, président du groupe de travail pour la préadmission et du comité de pilotage des blocs opératoires*

**A** la suite de l'adoption du projet de loi n° 33, les établissements de santé étaient tenus d'instaurer un mécanisme central de gestion de l'accès aux services. Des règles portant sur les listes d'attente devaient obligatoirement entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2007, afin d'assurer que les patients sont opérés dans un délai raisonnable. Heureuse coïncidence, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) venait tout juste d'inaugurer des cliniques de préadmission et d'implanter un logiciel de gestion des blocs opératoires dans ses trois hôpitaux. L'application informatique SIMASS, qui vise à harmoniser la gestion des listes d'attente, a également été adoptée pour répondre aux nouvelles exigences du ministère de la Santé et des Services sociaux. Toutes ces mesures contribuent à réduire les risques de report des opérations. L'implantation des cliniques de préadmission a été un succès. Cependant, l'instabilité des activités opératoires peut, à certains moments, rendre difficile l'arrimage entre la préadmission et le bloc opératoire.

### Bien préparer le patient

La bonne gestion des listes d'attente commence dans le bureau du chirurgien. Lorsqu'il annonce à son patient la date prévue de l'intervention, le médecin doit tenir compte du temps nécessaire pour qu'un bilan préopératoire puisse être planifié et réalisé par la clinique de préadmission.

Cette date ne doit pas non plus être trop éloignée du rendez-vous fixé à cette clinique car, après quatre mois, il faut refaire le bilan puisque, selon les normes établies, les examens ne sont plus valides. Le bilan peut varier en fonction de l'âge et de la condition du patient. Il comporte habituellement un questionnaire médical, un examen physique, des prélèvements sanguins et urinaires ainsi qu'un électrocardiogramme. Ce bilan permet de confirmer que le patient est apte à subir une intervention chirurgicale.

### L'implantation des cliniques de préadmission a donné l'occasion aux gestionnaires de revoir l'ensemble des activités liées à la chirurgie.



Serge LeBlanc

Par la même occasion, une infirmière complète la documentation clinique et explique au patient ce qu'il doit savoir avant l'intervention. Elle lui précise, entre autres, quels médicaments il doit cesser de prendre avant la chirurgie, par exemple l'aspirine qui éclaircit le sang, afin d'éviter un report de l'intervention le matin même de la chirurgie, ce qui aurait une incidence déplorables sur les ressources mobilisées inutilement au bloc opératoire. Enfin, l'infirmière prépare déjà le congé du patient en lui donnant les consignes pour sa sortie de l'hôpital.

Chacun des trois hôpitaux du CHUM est doté d'une clinique de préadmission. L'implantation de ces cliniques vise, entre autres, à assurer que le patient arrive à la salle d'opération prêt pour la chirurgie et que rien n'empêche qu'elle ait lieu. Ces cliniques permettent aussi au patient d'être évalué à un seul endroit, sauf si des examens plus approfondis sont nécessaires, notamment en radiologie ou en médecine nucléaire.

### Un logiciel à la rescousse

On estime que 90% des patients de chirurgies planifiées devraient passer par la clinique de préadmission, un pourcentage que le CHUM compte atteindre dans un avenir prochain. Bien sûr, la gestion des blocs opératoires ne dépend pas exclusivement de ces cliniques, mais leur implantation a donné l'occasion aux gestionnaires de revoir l'ensemble des activités liées à la chirurgie. À cette fin, l'adoption du logiciel Opéra a été d'un grand secours pour gérer tout le processus périopératoire et arrimer les besoins des services d'accueil, des cliniques de préadmission et des blocs opératoires.

Les interventions sont programmées une vingtaine de jours à l'avance, de sorte que les gestionnaires disposent de suffisamment de temps pour bien planifier les ressources humaines et matérielles appropriées. Le logiciel permet de gérer le flux d'information et de faire des mises à jour au fur et à mesure que les résultats de laboratoire sont disponibles. L'infirmière responsable et l'anesthésiologiste peuvent voir à l'écran si le patient est prêt pour le jour J.

Ce logiciel rend l'information accessible à partir de l'un ou l'autre des trois hôpitaux du CHUM grâce à un index-patients commun. Les trois blocs opératoires utilisent en outre une même terminologie grâce à Gylbert Gervais, l'adjoint administratif du Département de chirurgie, qui a harmonisé la nomenclature des milliers de termes utilisés jusqu'alors. Ce travail colossal a été possible grâce à la collaboration des chefs des services chirurgicaux ainsi que des commis et des infirmières des blocs opératoires.

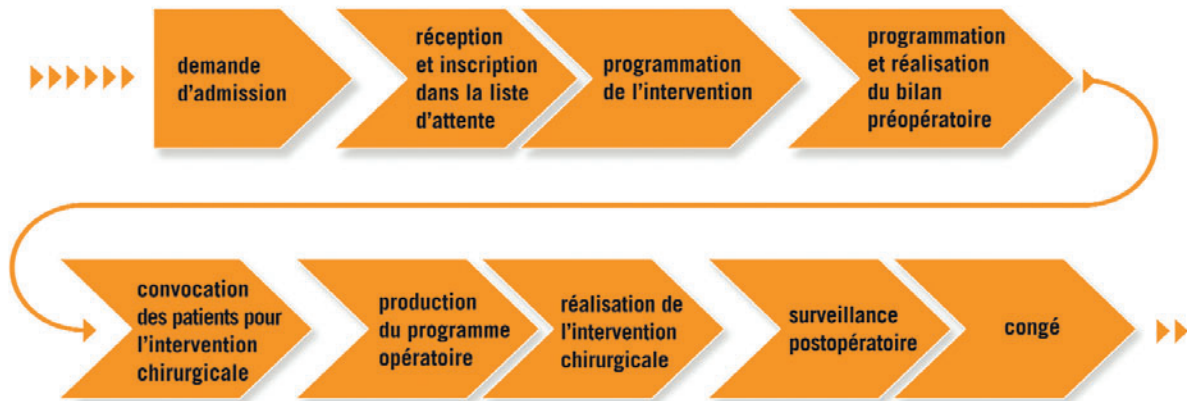
### Des éléments de solution

Une meilleure gestion des listes d'attente favorise la planification des blocs opératoires, mais encore faut-il que ces blocs fonctionnent à pleine capacité, ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas en période de pénurie des effectifs. Cependant, établir le calendrier des priorités opératoires à plus long terme aide à pallier ce problème. Ainsi, les priorités opératoires de la période des Fêtes sont planifiées au cours de l'été. La liste des priorités étant connue longtemps à l'avance, les chirurgiens et les anesthésiologistes savent à quel moment leur présence sera requise. Par ailleurs, les grilles horaires communes assurent une meilleure utilisation des salles de chirurgie et des ressources professionnelles entre les trois hôpitaux du CHUM.

Récemment, le D<sup>r</sup> Gaétan Barrette, président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, soutenait que si 15% des infirmières des blocs opératoires étaient des auxiliaires, le rendement des salles d'opération serait grandement amélioré. Ce pourcentage est déjà atteint au CHUM, qui vise désormais 30%.

Comme on a pu le constater, des éléments de solution ont été instaurés, et d'autres mesures seront graduellement adoptées afin de répondre aux besoins toujours croissants. Ainsi, une réorganisation du travail dans les blocs opératoires est en cours dans le but d'en optimiser le fonctionnement et de prévoir les conséquences qu'auront les départs à la retraite au cours des prochaines années. L'ensemble de ces mesures devrait avoir une incidence positive sur l'utilisation des salles de chirurgie et des lits dans les salles de réveil, aux soins intensifs et dans les unités de soins.

### Le processus périopératoire en neuf étapes



*BULLETIN CHUM* est publié par la Direction des communications du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Éditrice : Nicole Beaulieu Ont collaboré à la rédaction de ce numéro : Paul Aussant, Suzanne Blanchet, Monique Lamarre, D<sup>r</sup> Steven Lapointe, Serge LeBlanc, Guylaine Marquis, Monique Périé, Stéphane Trépanier, D<sup>r</sup> Luc Valiquette Révision et correction d'épreuve : Camille Larose, Françoise Turcotte

Conception graphique et impression : Production multimédia du CHUM. Pour information, communiquer par téléphone au 514 890-8218

ou par courriel : pierre.duchesneau.chum@ssss.gouv.qc.ca