

Bloc opératoire	Indicateur
Quartier opératoire	OMS
Performance	Projet Path Belgique

Frédéric BONVOISIN*CHU Brugmann, Bruxelles**Président du groupe Surgical Theater Management du projet Path pour la Belgique***Éric BURTON, Jean-Claude HENSOTTE***Cliniques universitaires de Mont-Godinne, Yvoir, Belgique***Marc GODICHAL***Cliniques Sainte-Anne Saint-Rémi, Bruxelles***Ann-Lise GUISET***Service public fédéral, section Santé publique, Bruxelles***Florence HUT***Hôpital Erasme, Bruxelles***David LEDUC***CHU de Liège***Valérie WITTMANN***Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles*

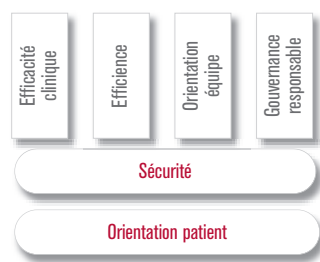
La nécessité de disposer d'indicateurs pour la gestion d'un quartier opératoire est largement répandue dans la littérature et justifiée par les auteurs pour des perspectives très diverses. Pour Bonvoisin ⁽¹⁾, l'utilisation de données objectives constitue l'élément central de la gestion d'un quartier opératoire. Au-delà de l'identification des problèmes, ces indicateurs sont un outil indispensable pour le reengineering des processus du quartier opératoire dans le cadre des missions spécifiques poursuivies par l'ensemble des acteurs hospitaliers. Perrin et Masson ⁽²⁾ ont quant à eux choisi des indicateurs spécifiques permettant de vérifier l'adéquation entre les moyens alloués et l'activité réalisée dans un bloc opératoire en croissance constante, due à l'amélioration des techniques chirurgicales associée à une diminution des risques opératoires. Menant une approche allant au-delà des frontières des salles d'opérations (processus d'admission, transport du patient, accès à la salle de réveil et aux unités de soins intensifs), Mango et Shapiro ⁽³⁾ traitent du problème de la variabilité des événements et des goulots d'étranglement qu'elle entraîne. Selon eux, l'amélioration de l'efficacité des processus passe par l'identification et le suivi des différentes étapes du parcours du patient. D'autres auteurs ciblent encore davantage leur analyse sur des points particuliers du processus opératoire. Ainsi, Mathias ⁽⁴⁾ aborde la problématique du délai entre les interventions. Dexter et Traub ⁽⁵⁾ traitent de la maximisation de l'efficacité des plages opératoires pour les cas électifs. Enfin, Macario et al. ⁽⁶⁾ se concentrent sur la variabilité de la rentabilité horaire des chirurgiens et leur marge de contribution financière à l'hôpital. En somme, les problématiques sont très variées et c'est dans ce contexte global de réflexion sur les indicateurs pour la gestion de quartier opératoire que

Le projet Path de l'OMS Recommandation d'indicateurs pour la gestion de quartier opératoire

Est présentée ici la réflexion menée par un groupe de travail multi-hospitalier belge dans le cadre du projet international Path (*Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals*). L'objectif est d'offrir aux hôpitaux participants une évaluation de leur performance et une analyse de leurs résultats, suivie de la traduction de ceux-ci en actions d'amélioration. Le quartier opératoire s'inscrit dans la dimension « efficacité » du modèle de mesure de la performance hospitalière de l'Organisation mondiale de la santé. Le groupe de travail s'est attelé à la construction d'un ensemble d'indicateurs articulé autour de trois objectifs considérés: offrir des processus efficaces de prise en charge du patient, optimiser l'activité du quartier opératoire, garantir des ressources humaines de qualité.

1

figure
**Modèle théorique
 de performance hospitalière
 de l'Office régional
 pour l'Europe de l'OMS**



s'inscrit cet article dont l'objectif est de présenter un projet initié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et poursuivi en Belgique par un groupe de travail multi-hospitalier.

La genèse du projet Path

Le rapport 2000 de l'OMS ⁽⁷⁾ mentionne que l'organisation, la configuration et la délivrance des services ont un impact sur la performance du système de santé. Ce rapport introduit le concept d'accompagnement qui indique que les gouvernements devraient s'assurer que leur système de santé fournit les services de santé optimaux pour leur population. Pour parvenir à cette fin, l'accent doit être mis sur le développement de systèmes qui tracent

et régulent la performance des fournisseurs de santé, spécialement la performance hospitalière, étant donné que de tels systèmes sont très peu développés en Europe. En outre, le déploiement de nouvelles orientations politiques, telle que la demande pour des stratégies d'amélioration des finances et de la qualité, ou tel que l'intérêt croissant dans la détermination de la satisfaction des patients, sont également des incitants pour généraliser l'évaluation de la performance hospitalière.

En 2003 et 2004, des ateliers ⁽⁸⁾ ont été organisés par l'Office régional pour l'Europe de l'OMS au cours desquels a été adopté le projet Path – *Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals* – dont l'objectif est d'offrir aux hôpitaux participants une évaluation de leur performance et une analyse de leurs résultats, suivie de la traduction de ceux-ci en actions d'amélioration. Durant cette phase de préparation du projet, deux grandes notions ont été discutées: les définitions et les concepts de la mesure de la performance hospitalière ainsi que les principes pour l'élaboration et le développement de réseaux de benchmarking dédiés à la mesure de la performance hospitalière et à la promotion de l'amélioration de la qualité des soins.

En ce qui concerne la mesure de la performance hospitalière, plusieurs modèles ont été étudiés (dont le Balanced scorecard de l'Ontario Hospitals Association, un modèle danois d'itinéraire patient, le Quality indicator project du Maryland...) pour finalement aboutir à définir la performance comme étant la réalisation de buts désirés. Selon l'OMS ⁽⁹⁾, un hôpital à haute performance devrait se baser sur des compétences professionnelles en adéquation avec: la connaissance actuelle et les ressources et technologies disponibles, l'utilisation efficiente des ressources, la minimisation du risque pour le patient, la satisfaction du patient et les résultats de santé. Cette définition a conduit à l'élaboration d'un modèle cohérent de mesure de la performance hospitalière à travers six dimensions clés (*figure 1*).

Dans ce cadre, la sélection des indicateurs a été un processus très complexe en raison des différences de compréhension, de systèmes et d'objectifs. Les résultats de ces discussions ont finalement amené les responsables européens du projet aux décisions suivantes ⁽¹⁰⁾:

- la sélection des indicateurs devait se faire sur leur fonctionnalité plutôt que sur des aspects académiques;
- les preuves de validité des indicateurs pouvaient être relativement faibles pour certaines mesures dès lors que celles-ci étaient considérées comme utiles par beaucoup d'hôpitaux ou incluses dans de nombreux systèmes;

notes

(1) F. Bonvoisin, «La gestion du quartier opératoire par les indicateurs», *Gestions hospitalières*, 427, 462-7, 2003.
 (2) P. Perrin, M. Masson, «Étude du fonctionnement d'un bloc opératoire de chirurgie réglée», *Gestions hospitalières*, 370, 17-21, 1998.
 (3) P.D. Mango, L.A. Shapiro, «Hospitals get serious about operations», *The McKinsey Quarterly*, 2, 74-85, 2001.
 (4) J.-M. Mathias, «Benchmarking OR turnover times», *OR Manager*, 16, 1-4, 2000.
 (5) Dexter F. and Traub R.D., «How to schedule elective surgical cases into specific

operating rooms to maximize the efficiency of use of operating room time», *Anesthesia and Analgesia*, 94, 933-42, 2002
 (6) Macario A., Dexter F. and Traub R.D., «Hospital profitability per hour of operating room time can vary among surgeons», *Anesthesia and Analgesia*, 93, 669-75, 2001
 (7) World Health Organization, «The world Health Report: Health systems», Improving performance, Geneva, 2000.
 (8) World Health Organization, Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions, report

operating rooms to maximize the efficiency of use of operating room time», *Anesthesia and Analgesia*, 94, 933-42, 2002.
 World Health Organization, 1st workshop on pilot implementation of the Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals, Barcelona, 2004.
 (9) World Health Organization Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions, op. cit.
 (10) World Health Organization, Selection of indicators for hospital performance measurement, report on the 3rd and 4th workshop, Barcelona, 2003.

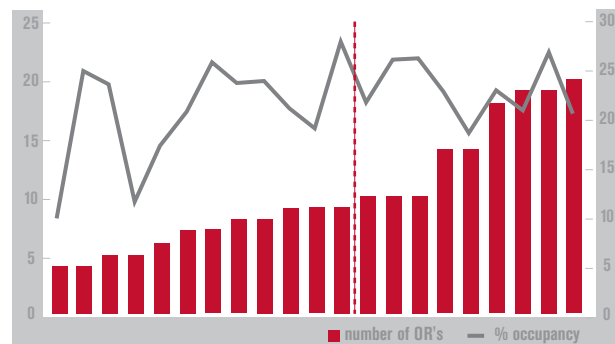
- la meilleure stratégie pour avoir un impact sur l'amélioration de la qualité semblait être de disposer d'une association équilibrée de mesures de structure, de processus et de résultats;
- des indicateurs ne devaient pas être exclus uniquement parce qu'ils requéraient des données manquantes ou inappropriés dans les hôpitaux.

Toujours selon l'OMS ⁽¹¹⁾, les indicateurs de performance peuvent être utilisés pour des raisons internes ou externes. Les raisons internes sont liées aux différentes fonctions de gestion de l'hôpital en tant qu'organisation de délivrance de services de santé. Dans ce cas, les indicateurs sont utilisés comme information de gestion pour diriger, évaluer ou améliorer les fonctions dans le long terme (stratégique) ou dans le court terme (tactique ou opérationnel). Les raisons externes sont liées aux questions d'équilibre financier posées par les actionnaires que sont l'État, les assureurs, les patients/consommateurs et le public en général. Finalement, les six dimensions du modèle ont été déclinées en douze sous-dimensions et donné lieu à la sélection de vingt indicateurs de base. La notion de quartier opératoire s'est retrouvée dans la dimension « efficacité » (dans la sous-dimension « Utilisation de la capacité ») et a été analysée au travers de l'indicateur « Plages (in)utilisées de salles d'opération », qui était calculé par le rapport entre les plages utilisées et les plages disponibles dans le quartier opératoire, en-dehors de l'activité de nuit. Dans un second temps, les responsables européens ont débuté la mise en œuvre des réseaux de benchmarking dédiés à la mesure de la performance hospitalière et à l'amélioration de la qualité des soins. Les principes suivants ont été adoptés ⁽¹²⁾:

- la participation des hôpitaux au réseau coordonné par l'OMS se fait sur base volontaire;
- le projet a pour but de permettre une comparaison d'indicateurs mais également de pratiques;
- les informations sont prioritairement destinées à des objectifs d'amélioration interne des hôpitaux;
- afin de respecter la confidentialité, les données sont anonymisées;
- les indicateurs ne sont pas normatifs. L'objectif est d'établir une comparaison de la performance hospitalière et, par voie de conséquence, d'améliorer la qualité des soins prodigués.

Le projet a ainsi démarré sur la base d'un réseau initialement composé de cinquante et un hôpitaux, répartis dans six pays (Afrique du Sud, Belgique, Canada, France, Pologne, Slovaquie). Le travail de collecte des données et d'élaboration des indicateurs est assuré par l'université de Montréal.

figure 2
Indicateur de taux d'occupation des quartiers opératoires



Source: WHO et SPF Santé publique.

Déclinaison du projet en Belgique

En Belgique, le projet Path s'est concrétisé en 2005 sous l'impulsion du Service public fédéral, section Santé publique. Différents groupes de travail ont été constitués et chargés d'analyser les indicateurs identifiés par l'OMS. Pour le quartier opératoire, une première comparaison a été effectuée pour un ensemble de vingt et un hôpitaux, sur la base d'un indicateur de taux d'occupation qui rapportait les heures d'interventions à une ouverture totale du quartier opératoire (soit toutes les salles disponibles ouvertes tous les jours pendant 24 heures). Les heures d'interventions furent calculées en sommant les différences entre les temps d'entrée et de sortie des patients de la salle d'intervention (c'est-à-dire sans tenir compte des temps passés en salle d'induction et en salle de réveil, ni des temps de remise en ordre des salles). Ces données n'incluaient que les salles d'opération gérées centralement (hors quartier d'accouchement) et prenaient en compte à la fois les interventions programmées et les interventions effectuées en urgence. La figure 2 représente ces vingt et un hôpitaux classés par ordre croissant en fonction de la taille de leur quartier opératoire (en nombre de salles d'opération). Dans cet échantillon, le taux d'occupation médian était de 21,7% (soit un peu plus de cinq heures d'ouverture par jour calendrier), avec un minimum à 9,7% et un maximum à 27,8%. Une analyse plus fine fut menée sur base de la taille des quartiers opératoires en séparant ceux de moins de dix salles de ceux de dix salles et plus (la ligne de séparation sur la figure 2) :

notes

- (11) World Health Organization Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions, op. cit.
(12) Idem.

1 objectif

Offrir des processus efficaces de prise en charge du patient

Thème / indicateurs	Fréquence de mesure	Représentation statistique	Niveau de détail
Thème 1: Reports et annulations d'intervention			
Indicateur : $\frac{\sum \text{reports et annulations}}{\sum \text{interventions}}$	Mensuel	Taux moyen	Q, D
Thème 2: Heure prévue versus heure réelle de début de programme			
Indicateur 1 : $\frac{\sum 1^{\text{er}} \text{ interventions ayant commencé en retard}}{\sum \text{ premières interventions}}$	Mensuel	Taux moyen	Q, D, S
Indicateur 2 : $\sum \text{retards de la 1}^{\text{er}} \text{ intervention de chaque programme}$	Mensuel	Valeur absolue	Q, D, S
Indicateur 3 : retard maximal pour une première intervention	Mensuel	Valeur absolue	Q, D, S
Thème 3: Heure prévue versus heure réelle de fin de programme			
Indicateur 1 : $\frac{\sum \text{ dernières interv. ayant terminé au-delà du prog.}}{\sum \text{ dernières interventions}}$	Mensuel	Taux moyen	Q, D, S
Indicateur 2 : $\sum \text{ dépassements de la dernière intervention de chaque programme}$	Mensuel	Valeur absolue	Q, D, S
Thème 4: Interventions non programmées			
Indicateur : $\frac{\sum \text{ interventions non programmées en semaine}}{\sum \text{ interventions en semaine}}$	Mensuel	Taux moyen	Q, D

Q = par quartier - D = par discipline chirurgicale - S = par salle d'opération - C = par chirurgien

2 objectif

Optimiser l'activité du quartier opératoire

Thème / indicateurs	Fréquence de mesure	Représentation statistique	Niveau de détail
Thème 1: Activité, en nombre d'interventions			
Indicateur : $\sum \text{ interventions}$	Mensuel	Valeur absolue	Q, D, C
Thème 2: Activité, en heures d'interventions			
Indicateur 1 : $\sum \text{ heures d'interventions}$	Mensuel	Valeur absolue	Q, D, C
Indicateur 2 : Durée moyenne des interventions	Mensuel	Valeur absolue	Q, D, C
Thème 3: Occupation			
Indicateur : $\frac{\sum \text{ heures occupées par des intervent. programmées}}{\sum \text{ heures de plages ouvertes en semaine}}$	Mensuel	Taux moyen	Q, D, S
Thème 4: Potentiel d'activité			
Indicateur : $\frac{\sum \text{ heures occupées par toutes les interventions}}{\sum \text{ heures potentielles (24h/24, 365 jrs./an)}}$	Mensuel	Taux moyen	Q, D, S
Thème 5: Délai entre les interventions			
Indicateur : Délai entre les interventions	Annuel	Moyenne/médiale	Q, S
Indicateur 2 : $\sum \text{ temps de délai entre les interventions}$	Annuel	Valeur absolue	Q, S
Indicateur 3 : $\sum \text{ délais supérieurs à 15 min}$ (par catégorie : 15-30 min ; > 30 min)	Annuel	Valeur absolue	Q, S
Thème 6: Ambulorisation			
Indicateur : $\frac{\sum \text{ interventions en hôpital de jour}}{\sum \text{ interventions}}$	Annuel	Taux moyen	Q, D, C

Q = par quartier - D = par discipline chirurgicale - S = par salle d'opération - C = par chirurgien

les médianes des deux groupes étaient très similaires (22,2% et 22,7%) mais la dispersion était moindre dans les grands quartiers opératoires.

Malgré ces premiers résultats intéressants, la notion d'utilisation/occupation est vite apparue comme très restrictive dans le cadre d'un projet visant la mesure de la performance hospitalière et l'amélioration de la qualité des soins. Le groupe de travail Surgical Theater Management s'est donc attelé à la construction d'un ensemble plus large d'indicateurs permettant de mieux appréhender la dimension d'efficacité de la production dans le quartier opératoire. Pour ce faire, deux critères de sélection ont été retenus: la pertinence et l'accessibilité des indicateurs. En ce qui concerne la pertinence, nous avons suivi les principes de l'OMS, à savoir privilégier les aspects fonctionnels (utilité reconnue) plutôt que les aspects scientifiques (robustesse, sensibilité, efficacité...). Par contre, pour ce qui est de l'accessibilité, nous avons volontairement pris le parti de nous écarter des recommandations de l'OMS et de ne retenir que des indicateurs pouvant être construits sur base de données déjà existantes, dans la perspective de disposer rapidement d'éléments de comparaison entre les institutions participantes.

En janvier 2006, le groupe de travail a produit un premier document synthétisant la réflexion menée sur le choix des indicateurs. La structure de ce document s'articule autour de trois objectifs considérés comme les éléments majeurs à retenir dans le cadre d'une comparaison de la mesure de la performance et des pratiques de soins:

- offrir des processus efficaces de prise en charge du patient: les indicateurs liés à cet objectif ont pour but de détecter et de mesurer les événements qui viennent perturber le parcours du patient ou la fluidité de l'organisation du bloc, ce qui engendre une dégradation du processus de prise en charge du patient;
 - optimiser l'activité du quartier opératoire: dans deuxième cette partie, il s'agit essentiellement d'analyser la rentabilité des ressources (humaines, techniques, financières) disponibles pour l'exploitation du quartier opératoire;
 - garantir des ressources humaines de qualité: ce dernier groupe d'indicateurs vise à déterminer les mesures nécessaires pour assurer un environnement et une charge de travail adéquats pour les professionnels présents dans le quartier opératoire.
- Il est important de préciser que ces objectifs sont intimement liés et qu'un juste équilibre doit être trouvé entre ceux-ci. À titre d'exemple, il apparaît inopportun de pousser l'optimisation de l'activité du

quartier opératoire à un point tel que la prise en charge des patients ne soit plus efficace (goulots d'étranglements, retards, annulations) et que les équipes ne soient plus en mesure de répondre à la demande (absentéisme, rotation élevée du personnel). Inversement, garantir une qualité de travail et une efficacité de la prise en charge grâce à un surdimensionnement des équipements, des infrastructures et des ressources humaines par rapport à l'activité réelle du quartier opératoire n'est pas une solution financièrement viable à long terme.

La sélection proprement dite des indicateurs s'est quant à elle opérée sur une base consensuelle au sein du groupe de travail qui était composé des principales catégories de professionnels de la santé concernés par la problématique, à savoir des chirurgiens, des anesthésistes, des infirmiers-chefs de bloc opératoire et des gestionnaires. En pratique, chaque hôpital a présenté les indicateurs qu'il utilisait et le groupe de travail a retenu ceux pour lesquels une majorité des membres y voyait un intérêt à les exploiter dans leur institution.

Les résultats

Au départ des trois objectifs précités, le groupe de travail a décliné une série de thématiques reprenant non seulement les définitions des notions traitées et les indicateurs proprement dits, mais également des recommandations en matière de fréquence de mesure, de mode de représentation statistique et de niveau de détail. Pour les indicateurs où cela s'est révélé nécessaire, nous avons aussi déterminé des compléments d'information apportant un meilleur éclairage de la thématique. Enfin, pour les cas où c'était possible, nous y avons rattaché une revue de la littérature et nous avons fait référence à des normes ou des standards reconnus. Le détail de cette réflexion est présenté dans les tableaux ci-contre.

Un complément d'information est recommandé pour le thème « Reports et annulations d'interventions ». En effet, il apparaît opportun de répartir les cas de reports et d'annulations selon leur cause: interne au bloc (matériel manquant, problème technique, indisponibilité d'un opérateur) ; externe au bloc (examens préopératoires incomplets, pas de place disponible aux soins intensifs) ; due au patient (détérioration de l'état ou maladie imprévisible, médication non arrêtée à temps, patient non à jeun).

Pour ce groupe d'indicateurs, il apparaît opportun de fournir un complément d'information pour deux thèmes:

- **Activité:** que ce soit en nombre ou en heures, les interventions doivent être distinguées selon leur

objectif

Garantir des ressources humaines de qualité

Thème/Indicateurs	Fréquence de mesure	Représentation statistique	Niveau de détail
Thème 1: Encadrement infirmier			
Indicateur : $\frac{\Sigma \text{équivalents temps pleins payés}}{\Sigma \text{ETP autorisé par la norme}}$	Annuel	Taux moyen	Q
Thème 2: Heures supplémentaires			
Indicateur : $\frac{\Sigma \text{heures supplémentaires}}{\Sigma \text{ETP payés}}$	Mensuel	Valeur absolue	Q, D
Thème 3: Petit absentéisme			
Indicateur : $\frac{\Sigma \text{jours d'absence}}{\Sigma \text{jours à prester}}$	Mensuel	Taux moyen	Q, D
Thème 4: Formation permanente			
Indicateur : $\frac{\Sigma \text{jours de formation}}{\Sigma \text{infirmiers}}$	Annuel	Valeur absolue	Q
Thème 5: Heures intérimaires			
Indicateur : $\frac{\Sigma \text{heures prestées par des intérimaires}}{\Sigma \text{ETP payés}}$	Mensuel	Valeur absolue	Q, D
Thème 6: Turn-over			
Indicateur : $\frac{\Sigma \text{départs du service sur l'année écoulée}}{\Sigma \text{personnels présentes au début de l'année}}$	Mensuel	Valeur absolue	Q, D

Q = par quartier - D = par discipline chirurgicale - S = par salle d'opération - C = par chirurgien

lourdeur. Sur base des lettres clés de la nomenclature belge, nous avons dressés trois catégories d'interventions: $\leq N200/\leq K120$, $N200$ à $N450/K120$ à $K270$, $> N450/> K270$;

- **Ambulatorisation:** selon la structure de l'hôpital (disposition ou non d'un quartier opératoire spécifiquement dédié à l'activité de jour), l'ambulatorisation peut être envisagée sous différents angles: jour/jour (interventions d'hospitalisation de jour effectuées dans des salles dédiées à la prise en charge de l'hospitalisation de jour) ; jour/classique (interventions d'hospitalisation de jour effectuées dans des salles dédiées à la prise en charge de l'hospitalisation classique) ; classique/jour (interventions d'hospitalisation classiques effectuées dans des salles dédiées à la prise en charge de l'hospitalisation de jour). Cette distinction permet également d'apporter un éclaircissement sur les débordements possibles de l'une ou l'autre activité et sur le dimensionnement optimal de chacune.

À nouveau, deux thèmes doivent faire l'objet de compléments d'information au sein de ce groupe:

- **Encadrement infirmier:** la gestion opérationnelle des équipes nécessite d'effectuer une distinction parmi

les ETP, à savoir ceux qui sont réellement actifs (présents sur le terrain) et ceux qui ne le sont pas (congéés de maladie, écartements prophylactiques...);

- Formation permanente: il est souhaitable de préciser – dans la mesure du possible – des éléments tels que le type, la durée, le mode de financement et l’initiateur de la formation.

Les perspectives

L’ensemble des recommandations présentées dans cet article doivent avant tout être considérées comme une réflexion inachevée. Elle présente donc des lacunes mais qui sont autant de perspectives à développer dans la poursuite de notre travail. En particulier, deux points devront faire l’objet de recherches complémentaires: la subjectivité du choix et le fait que les indicateurs actuellement définis ne couvrent pas entièrement tous les aspects de performance et de qualité du quartier opératoire.

En ce qui concerne la subjectivité, le choix des indicateurs reflète inévitablement la perception utile qu’en ont les membres du groupe de travail. Or, ce groupe présente l’inconvénient majeur d’être relativement restreint (six hôpitaux et un expert du SPF) et donc peu représentatif des professionnels de ce secteur, ne fut-ce qu’au niveau belge. Même si certains indicateurs ont fait l’objet d’un rattachement à des normes ou des standards largement diffusés dans la littérature, un travail complémentaire de critique et de validation de ces indicateurs doit encore être effectué. Dans ce cadre, rappelons qu’un des objectifs du projet Path est de créer un réseau international de benchmarking qui permet non seulement de comparer des données mais qui peut également servir de communauté d’échange sur la mesure de la performance et sur les pratiques professionnelles. Des contacts ont notamment été pris avec le groupe de travail français dans la perspective d’une harmo-

nisation des réflexions et un colloque international rassemblant les pays participant au projet a été organisé par l’OMS en juin 2006.

Pour ce qui est d’accroître la couverture des aspects de performance et de qualité du quartier opératoire, une des pistes à suivre est de sortir du quartier opératoire et de s’orienter vers les problématiques qui surviennent en amont et en aval de celui-ci. À titre d’exemple – un peu caricatural, il est vrai – Mango et Shapiro ⁽¹³⁾ entamaient leur analyse des systèmes hospitaliers américains par le constat suivant: «Baladez-vous dans la plupart des hôpitaux aux États-Unis aujourd’hui et vous observerez un véritable anachronisme logistique. Les patients arrivent à l’admission à cinq heures du matin pour attendre deux heures avant d’être vus et deux heures de plus avant d’être préparés pour leur chirurgie. À l’heure du dîner, l’embouteillage se dessine dans les salles d’opération où les patients arrivent systématiquement en retard en raison des délais d’admission. Les chirurgiens, anticipant cela, arrivent plus tard que l’heure prévue pour les opérations de façon à éviter de perdre du temps. En cours d’après-midi, le goulot d’étranglement s’est déplacé à la salle de réveil et à l’unité de soins intensifs, forçant les patients endormis à attendre dans la salle d’opération.»

L’engagement dans cette voie, aussi intéressant soit-il, pose de nouveaux problèmes. Outre le fait que l’amélioration potentielle n’est plus forcément du ressort des équipes du quartier opératoire, nous risquons également de nous retrouver davantage dépourvus en regard de l’un de nos critères de sélection des indicateurs, à savoir l’accessibilité des données. Cette difficulté nous imposera vraisemblablement d’élargir l’angle sous lequel est conduite notre approche et nécessitera une prise de conscience à l’échelle de l’hôpital tout entier. Le projet Path nous permet cet élargissement de point de vue, il ne nous reste plus qu’à le mettre en œuvre. •

note

(13) P.D. Mango, L.A. Shapiro, “Hospitals get serious about operations”, The McKinsey Quarterly, 2, 74-85, 2001.