



Ministère de la Santé
et des Services sociaux

**GUIDE DES
BONNES PRATIQUES
AU BLOC OPÉRATOIRE**

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépot légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN : 978-2-550-87954-1 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2021

Comité de rédaction de l'édition 2019-2020

Madame Danièle Hubert
Collaboration spéciale à l'édition
Ministère de la Santé
et des Services sociaux (MSSS)

Monsieur Christian Marc Lanouette
Conseiller senior
Direction générale adjointe de l'accès,
des services de proximité et des effectifs
médicaux (DGAASPEM), MSSS

Madame Mireille Longtin
Experte-conseillère
DGAASPEM, MSSS

Monsieur Hugues Paul Lormier
Conseiller clinique
DGAASPEM, MSSS

Madame Stéphanie Nadeau
Conseillère clinique
DGAASPEM, MSSS

Membres du groupe de travail de l'édition 2019-2020

Monsieur Marc Côté
Coordonnateur des activités chirurgicales
et cliniques externes
Centre intégré universitaire de santé
et de services sociaux (CIUSSS) du
Saguenay-Lac-Saint-Jean

Madame Marie-Frédérique Fournier
Directrice clientèle - chirurgie et
périopératoire (DCC-P)
CHU de Québec – Université Laval (UL)

Madame Annie Bourgault
Adjointe à la direction DCC-P, volet périopératoire
CHU de Québec – UL

Monsieur Roger Grégoire
Chirurgien colorectal
CHU de Québec – UL

Monsieur Pierre Nicole
Anesthésiologiste
CHU de Québec – UL

Madame Hélène Tremblay
Coordonnatrice de la trajectoire chirurgicale
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Monsieur Bobby Paré
Coordonnateur clinico-administratif –
Continuum de chirurgie
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Madame Janick Perrier
Coordonnatrice clinico-administrative des activités
périopératoires et chirurgicales
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Monsieur Patrice Senécal
Cogestionnaire des soins périopératoires
et des salles d'opération
Centre universitaire de santé McGill

Madame Nayma Tsouria
Coordonnatrice de l'unité fonctionnelle
du bloc opératoire de la chirurgie d'un jour (CDJ)
et de l'accès
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Monsieur Janik Sarrazin
Chirurgien-ORL
Centre intégré de santé
et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière

Monsieur Dany Savard
Directeur adjoint des services professionnels -
programme de chirurgie
CISSS des Laurentides

Monsieur François Gobeil
Anesthésiologiste
CISSS de la Montérégie-Est

Table des matières

Introduction.....	1
1. Le bloc opératoire en 2020.....	2
Plan stratégique 2019-2023 : l'accès aux services chirurgicaux	2
2. La gouvernance d'un bloc	3
2.1 Les rôles et responsabilités des gestionnaires.....	3
2.2 Le coordonnateur médical et le gestionnaire du bloc opératoire : un modèle de cogestion	3
2.3 Le chef de service de la planification chirurgicale et de la clinique préopératoire	4
2.4 Le responsable de la gestion des lits	5
3. La coordination d'un bloc opératoire.....	6
3.1 Les règlements de bloc opératoire	6
3.2 Le comité de bloc opératoire	6
3.3 La distribution des priorités opératoires.....	7
3.4 La gestion opérationnelle du bloc opératoire.....	8
4. Le système informatisé de gestion du bloc opératoire.....	9
5. La requête opératoire	10
6. La planification chirurgicale	11
6.1 La gestion du service de planification chirurgicale	11
6.1.1 Le guichet unique et la trajectoire préopératoire.....	11
6.2 La gestion des listes d'attente	12
6.2.1 L'inscription.....	12
6.2.2 Le suivi de la demande et l'épuration des listes d'attente.....	13
7. La phase préopératoire	14
7.1 La clinique préopératoire.....	14
7.2 La bonne utilisation de la clinique préopératoire	15
8. La conception du programme opératoire.....	16
9. Les services connexes	19
9.1 La brancarderie	19
9.2 La gestion des lits	19

10. L'accès aux services chirurgicaux	21
10.1 Les zones franches	21
10.2 La deuxième offre	21
10.3 Les plateaux techniques hors RSSS	21
11. Optimisation des processus et qualité des données.....	22
11.1 Une équipe performante.....	22
11.2 Les transmissions des données et l'interface avec la liste provinciale	23
11.3 La standardisation des interventions et des processus	23
11.4 Le tableau de bord	24
12. Les modalités particulières du bloc opératoire	25
12.1 L'alternance des salles d'opération	25
12.2 Les salles d'urgence et/ou salles « acute care »	25
12.3 La cohérence des heures d'ouverture	25
12.4 La salle de réveil	25
13. Conclusion.....	26
Annexe 1 : Séquence de la phase préopératoire du processus chirurgical	27
Annexe 2 : Trajectoire de la requête opératoire et du patient en préopératoire	28
Annexe 3 : rôles et responsabilités des dirigeants d'établissements	31
Bibliographie.....	34

ACRONYMES ET SIGLES

CA : Conseil d'administration

CDJ : Chirurgie d'un jour

CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

CMS : Clinique médicale spécialisée

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

DSP : Direction des services professionnels

HPU : Heure-présence de l'utilisateur

IPAC : Infirmier premier assistant en chirurgie

IRM : Imagerie par résonance magnétique

LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

NSA : Niveau de soins alternatif

Pool : Banque commune

RSSS : Réseau de la santé et des services sociaux

SIMASS : Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés

URDM : Unité de retraitement des dispositifs médicaux

GUIDE DES BONNES PRATIQUES AU BLOC OPÉRATOIRE

INTRODUCTION

Élaboré par un groupe d'experts cliniques du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et de professionnels du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), ce guide sert d'assises à l'organisation et la gouvernance des blocs opératoires des établissements du RSSS. L'objectif général du document est d'encadrer une partie des actions des gestionnaires et du personnel soignant tout en plaçant les besoins des patients au cœur d'une prestation efficiente et efficace des services chirurgicaux.

Le présent document s'inspire des travaux du guide des bonnes pratiques publié en 2011¹. La réalité du bloc opératoire d'aujourd'hui y est intégrée, en tenant compte des orientations ministérielles 2019-2023, notamment de celles sur l'accessibilité aux services.

Ce guide comprend l'ensemble des éléments jugés primordiaux pour une saine gestion du bloc opératoire et des centres d'activité qui gravitent autour de celui-ci. Toutefois, bien que les principes de ce guide s'appliquent de façon générale à tous les blocs opératoires, certains éléments peuvent être adaptés à la réalité des établissements ainsi qu'à leur mission respective.

Il est important de rappeler que dans certaines situations exceptionnelles (notamment en cas de pandémie), l'application des principes émis dans ce guide doit se faire en cohérence avec les directives de la santé publique de même que le jugement des gestionnaires et cliniciens. Ainsi, dans le cadre de la préparation et de la réponse à la pandémie de COVID-19 en mars 2020, les établissements du Québec ont été invités à adopter une approche planifiée pour répondre aux besoins cliniques. Ces circonstances ont exigé que notre système de santé agisse de manière responsable et équitable face à la gestion des ressources disponibles.

Comme mentionné dans une publication de madame Marie-Ève Bouthiller², lorsque les ressources sont réduites ou manquantes (équipements de protection, analgésiants, sédatifs, etc.) et que le volume de chirurgies est réduit, la distribution de ces ressources doit se faire selon un processus équitable guidé par des principes éthiques. Il y a des délais d'accès à la chirurgie ainsi que des choix à faire entre plusieurs patients et des types de chirurgie.

Bien que les mesures prises par le Québec pour contenir la pandémie semblent avoir des effets positifs, le risque d'éclosions localisées demeure très réel. Les stratégies mises en place pour une reprise sécuritaire des activités chirurgicales doivent faire l'objet d'une vigie constante et d'une capacité d'adaptation aux situations propres à chaque établissement. Les cliniciens et gestionnaires des blocs opératoires doivent en tenir compte en adaptant cette réalité aux bonnes pratiques recommandées par les experts.

Plusieurs sections composent ce guide. La première relate les tendances actuelles, suivie par les rôles et responsabilités qui incombent aux divers responsables clinico-administratifs. Les principaux aspects de la coordination des blocs opératoires y seront également abordés. La section suivante traitera des différents secteurs d'activités internes ou connexes du bloc opératoire, soit de la planification chirurgicale, de la clinique préopératoire, du programme opératoire ainsi que de la gestion des lits et de la prise en charge par la première ligne. Seront finalement traitées, dans la dernière section, plusieurs méthodes permettant d'optimiser les processus et d'améliorer la performance et l'accès aux services.

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide des bonnes pratiques au bloc opératoire*, 2011, <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-940-01.pdf>, [En ligne] 2020-08-18.

2. Marie-Ève BOUTHILLER. *Système de priorisation pour l'accès à une chirurgie en situation de pandémie*, document préparé pour Docteure Lucie Opatny, sous-ministre adjointe, 20 avril 2020, ministère de la Santé et des Services sociaux.

GUIDE DES BONNES PRATIQUES AU BLOC OPÉRATOIRE

1. LE BLOC OPÉRATOIRE EN 2020

La finalité du fonctionnement d'un bloc opératoire est d'offrir aux patients des soins de qualité susceptibles d'améliorer, voire de restaurer, leur état de santé dans un délai raisonnable et au moindre coût, c'est-à-dire avec le moins de complications organisationnelles possible. En dehors de la qualité des actes médicaux (tant anesthésiques que chirurgicaux) et des soins, les éléments qui font qu'un bloc opératoire fonctionne correctement ou non relèvent essentiellement d'une planification efficace et de la bonne gestion de ses activités, qui sont faites des aléas survenant au cours de celles-ci³.

Son bon fonctionnement nécessite une interaction et une collaboration étroite avec plusieurs autres secteurs : urgence, unité de soins, consultation, clinique externe, secteur de la chirurgie d'un jour, guichet de planification chirurgicale, clinique préopératoire, unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM), laboratoire, banque de sang, imagerie, unité des soins intensifs, salle de réveil, etc.

La gestion du bloc opératoire exige une discipline rigoureuse de la part de tout le personnel (médical ou non) qui y œuvre. L'autorité du gestionnaire clinico-administratif, du coordonnateur médical et du chef du département de chirurgie doit être reconnue. De même, tous les membres de l'équipe chirurgicale doivent se conformer aux règles qui sont nécessaires au bon fonctionnement du bloc opératoire : utilisation des ressources de façon judicieuse, disponibilité, ponctualité, discipline et courtoisie.

Les règles de fonctionnement, de même que les règlements élaborés par les membres du comité du bloc opératoire et approuvés par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et le conseil d'administration (CA) doivent être respectés.

Plan stratégique 2019-2023 : l'accès aux services chirurgicaux

Dans le cadre de consultations⁴ sur les enjeux du système de santé et de services sociaux, la population a exprimé le souhait d'obtenir des services dans des délais acceptables. Recevoir le bon soin au bon moment et par la bonne personne est au cœur des préoccupations des citoyens.

Même si la situation s'est légèrement améliorée ces dernières années, on observe toujours de longs délais d'attente au niveau des services spécialisés. Le MSSS compte améliorer davantage l'accès à la chirurgie en général. Au 31 mars 2019, 13 480 personnes étaient en attente d'une chirurgie depuis plus de six mois. D'ici 2023, le MSSS vise à diminuer ce nombre à 7 000⁵.

En établissant les délais d'attente maximaux attendus pour une chirurgie à six mois, ainsi qu'en modulant les priorités en fonction de la condition clinique du patient, le plan stratégique détermine les assises pour introduire un changement structurant dans la façon d'administrer les blocs opératoires au Québec. La participation de tous est nécessaire pour y parvenir.

3. Frédéric BONVOISIN. *Évaluation de la performance des blocs opératoires : du modèle aux indicateurs*, septembre 2011, ministère de la Santé et des Services sociaux, <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00626150>, [En ligne] 2020-08-18.

4. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan stratégique 2019-2023*, page 3.

5. Op. cit., page 3.

GUIDE DES BONNES PRATIQUES AU BLOC OPÉRATOIRE

2. LA GOUVERNANCE D'UN BLOC OPÉRATOIRE

Plusieurs leviers sont à la disposition de l'établissement pour assurer un leadership fort et une gouvernance assumée. Dans cette section, les éléments clés pour ce faire y sont décrits. Bien que la présentation de ces éléments ne soit pas exhaustive, certains sont toutefois des incontournables. Nous retenons, entre autres, le principe de cogestion médicale (ou de responsabilité partagée), le rôle du chef de département de chirurgie, d'anesthésiologie et de gynécologie qui lui confère la légitimité d'agir ainsi que les règlements du bloc opératoire entérinés par l'établissement.

De même, la responsabilité de la gestion de la liste d'attente relève de l'ensemble de l'équipe clinico-administrative. Chacun doit, en fonction de son degré d'implication, recevoir l'information sur l'état des délais d'attente du processus chirurgical de son établissement et en assurer le suivi.

L'établissement doit également promouvoir la formation des cliniciens qui sont nommés à des postes de gestionnaires. La formation d'un médecin ou d'une infirmière ne comprend, dans bien des cas, que peu de notions de gestion administrative. Des formations qui permettent d'outiller le clinicien dans ses fonctions quotidiennes sont souhaitables et contribuent à reconnaître la nature du travail qu'implique un tel rôle.

2.1 Les rôles et responsabilités des gestionnaires

Les rôles et responsabilités des gestionnaires impliqués dans la structure de gestion des soins périopératoires doivent être bien définis et surtout attribués aux personnes dont les compétences sont reconnues. La structure de gouvernance peut également être adaptée selon le type d'organisation (centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS), centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS), institut, etc.).

Bien que tous les paliers de gestion de l'établissement aient un rôle à jouer dans le bon fonctionnement du bloc opératoire, ceux qui sont directement concernés par les opérations courantes font ici l'objet d'une description plus spécifique. Les rôles et responsabilités des paliers supérieurs se retrouvent à l'annexe 3.

2.2 Le coordonnateur médical et le gestionnaire du bloc opératoire : un modèle de cogestion

La modalité de cogestion clinico-administrative figure parmi les meilleures pratiques de gestion d'un bloc opératoire, car elle permet de donner de la légitimité aux décisions stratégiques des organisations. Ce modèle assure une gouvernance intégrée du bloc opératoire et facilite le respect des règlements. La responsabilité est partagée entre le coordonnateur médical et le gestionnaire (que l'on nomme également gestionnaire clinico-administrative, chef de service ou autres dénominations selon l'établissement). À eux deux revient la responsabilité d'établir un programme opératoire qui vise l'optimisation des ressources humaines et matérielles tout en respectant les priorités accordées aux chirurgiens par le chef de département de chirurgie, l'horaire du personnel et des médecins ainsi que les contraintes qui leur sont imposées par les budgets alloués.

GUIDE DES BONNES PRATIQUES AU BLOC OPÉRATOIRE

Le coordonnateur médical doit être un anesthésiologiste ou un chirurgien, membre actif du CMDP, exerçant la majeure partie de ses activités professionnelles au bloc opératoire. Il a autorité sur les médecins lorsque ces derniers œuvrent dans l'une ou l'autre des unités constituant le bloc opératoire et représente la direction des services professionnels à l'intérieur du bloc opératoire. Il travaille en collaboration avec les chefs de services médicaux et coordonne les activités quotidiennes avec le gestionnaire du bloc opératoire.

Ce dernier a la responsabilité de planifier, d'organiser et de coordonner les activités opérationnelles touchant l'organisation et la prestation des soins à la clientèle. Le gestionnaire du bloc opératoire assume également la gestion des ressources humaines et du budget du bloc opératoire.

2.3 Le chef de service de la planification chirurgicale et de la clinique préopératoire

Idéalement, les responsables du service de la planification chirurgicale et de la clinique préopératoire se retrouvent sous la même gouvernance administrative puisqu'ils sont complémentaires.

En étroite collaboration avec les chefs de départements et de services médicaux, tous deux se doivent d'assurer la fluidité de la trajectoire de la requête opératoire. Démontrant un grand sens du leadership et du partenariat, ils sont chargés d'optimiser la gestion de l'accès et identifient des stratégies novatrices pour atteindre les objectifs.

Spécifiquement au responsable de la planification chirurgicale :

Il joue un rôle clé dans la gestion transversale de l'accès auprès de ses collaborateurs. Il s'assure de concilier équitablement les requêtes opératoires, la capacité du bloc opératoire et le respect des cibles relatif aux délais sur les listes d'attente. Il effectue les arbitrages nécessaires entre les décisions du personnel administratif sur les des priorités opératoires et les demandes des chirurgiens. Il voit également à prendre les mesures nécessaires en cas d'écart, notamment en proposant des solutions alternatives aux chefs de services médicaux dont les membres présentent des écarts aux cibles attendues. Finalement, il est également responsable de la production des différentes données statistiques, de l'analyse de la performance et de sa diffusion auprès des personnes concernées.

Spécifiquement au responsable de la clinique préopératoire :

Il s'assure de la prise en charge des demandes de chirurgie et de la préparation des usagers qui demandent des examens simples (radiographie, laboratoire, questionnaires autocomplétés par l'utilisateur), des examens complexes (scan, IRM) ou d'autres consultations préopératoires. Il veille au respect de la bonne utilisation du plateau technique, des ressources humaines et matérielles requises pour la chirurgie ainsi qu'à la disponibilité d'une prise en charge postopératoire optimale (lits, soins à domicile, etc.).

GUIDE DES BONNES PRATIQUES AU BLOC OPÉRATOIRE

2.4 Le responsable de la gestion des lits

Sous la responsabilité de la direction des services professionnels (DSP), le rôle de la personne impliquée dans la gestion des lits d'hospitalisation consiste principalement à s'assurer de la pertinence de l'utilisation des lits au sein de son établissement.

À l'occasion de la revue quotidienne de la situation, celle-ci est partagée avec les gestionnaires des différents départements de médecine et de chirurgie ainsi que la direction des services professionnels pour exposer les enjeux de gestion des lits et apporter les solutions appropriées.

Bonnes pratiques :

Un leadership managérial fort est essentiel pour assurer une saine gouvernance du bloc opératoire et des départements qui s'y rattachent. Le tandem médico-administratif s'assure de la performance du plateau technique et de l'équité pour les patients.

Les rôles et responsabilités de chacun des gestionnaires et responsables des soins périopératoires doivent être clairement définis et approuvés par les instances en autorité dans l'établissement :

- 1. Coordonnateur médical du bloc opératoire;*
 - 2. Gestionnaire du bloc opératoire;*
 - 3. Responsable de la planification chirurgicale;*
 - 4. Responsable de la clinique préopératoire;*
 - 5. Responsable de la gestion des lits.*
-

3. LA COORDINATION D'UN BLOC OPÉRATOIRE

Les structures de coordination du bloc opératoire apparaissent absolument nécessaires pour éviter des affrontements inutiles et optimiser les ressources disponibles; matérielles ou humaines. Ces structures sont multiples et permettent de traiter les processus de planification, de programmation, de régulation afin de maximiser l'utilisation du bloc opératoire et de réaliser des performances optimales.

Pour ce faire, il faut que soient bien précisés les règlements et ses modalités d'application de même que le mandat de chacune des instances, qui ne doivent exercer leur rôle que dans un but d'harmonisation et avec l'assentiment de tous.

3.1 Les règlements de bloc opératoire

Les règlements sont l'assise de l'organisation et de la gouvernance du bloc opératoire. Ils dictent les règles de fonctionnement et sont essentiels pour une gouvernance optimale. Ils doivent être entérinés par les départements de chirurgie, d'anesthésie, de gynéco-obstétrique, ainsi que par le CMDP et le conseil d'administration.

Peu importe la taille de l'établissement et/ou sa mission, des règlements de bloc doivent être rédigés pour chacun des établissements du RSSS. Il est recommandé que la fréquence de révision de ces règlements soit tous les trois ans.

Les règlements du bloc opératoire doivent être intégrés aux règlements des départements et des services de chirurgie⁶ ou être en cohérence avec eux.

3.2 Le comité de bloc opératoire

Un comité actif et efficace est essentiel dans le plan d'organisation d'un bloc opératoire. Son rôle est d'une importance cruciale pour la prise de décision et pour le fonctionnement global du bloc. Il se doit d'être pleinement opérationnel et doit se réunir sur une base régulière.

La structure du comité peut différer d'un établissement à l'autre en fonction de la mission du centre, des niveaux de soins y étant prodigués et de la répartition géographique de ses installations. Dans les établissements qui ont des réalités plus complexes (dans le cas des CISSS ou CIUSSS comportant plusieurs installations pourvues d'un bloc opératoire), il est recommandé d'avoir deux niveaux de comité de bloc :

- Le premier niveau se veut plus stratégique, les enjeux plus larges et relatifs aux orientations de l'établissement y sont discutés et débattus;
- Le second niveau peut être plus opérationnel, les enjeux locaux du quotidien du bloc doivent y être abordés et traités.

⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide des bonnes pratiques au bloc opératoire, Annexe 2 : Règlements du bloc opératoire, 2011.*

GUIDE DES BONNES PRATIQUES AU BLOC OPÉRATOIRE

Voici une recommandation de composition des membres d'un comité de bloc opératoire :

- Le coordonnateur médical, qui en assume habituellement la présidence;
- Les chefs de départements de chirurgie, d'anesthésiologie, de gynéco-obstétrique;
- Les chefs de services (chefs de spécialités chirurgicales);
- Le directeur des services professionnels ou son délégué;
- Le gestionnaire de service du bloc opératoire ou son délégué;
- Le gestionnaire ou le représentant des technologies respiratoires du bloc opératoire, s'il est différent du chef de bloc opératoire;
- Le gestionnaire de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux.

Le comité détient la responsabilité ultime de l'administration et du bon fonctionnement du bloc opératoire sur le plan médical. Essentiellement :

- Il en établit les règles de fonctionnement (règlements du bloc opératoire) et propose les amendements jugés pertinents;
- Il approuve les recommandations des chefs de départements sur la répartition des priorités par service chirurgical pour répondre aux besoins de la clientèle inscrite sur les listes d'attente et en respect avec les délais d'accès;
- Il réévalue périodiquement la répartition des priorités, minimalement quatre fois par année;
- Il s'assure de l'application des directives, procédures et politiques de gestion régissant les activités du bloc chirurgical;
- Il reçoit les rapports et plaintes jugés pertinents par le chef de service et émet des recommandations;
- Il élabore les règles relatives aux conditions de travail et d'exercice pour le personnel médical et professionnel telles que les heures d'ouverture lors des périodes de vacances ainsi que les dépassements d'horaire acceptés.

Il peut déléguer certains pouvoirs de gestion à un comité exécutif formé du gestionnaire de bloc, du coordonnateur médical et du chef du département de chirurgie ou du chef du département d'anesthésiologie.

Le comité de bloc devrait se réunir un minimum de sept à huit fois par année. Un compte-rendu de ces rencontres doit être rédigé et accessible lorsque requis.

3.3 La distribution des priorités opératoires

Les priorités électives, trop longtemps distribuées de façon historique, doivent faire l'objet d'une nouvelle approche pour s'adapter à la réalité du bloc opératoire d'aujourd'hui. Les mœurs doivent changer afin que l'objectif premier de placer le patient au cœur de la prestation de services soit l'affaire de tous.

La distribution des priorités octroyées par le comité du bloc opératoire doit également se faire dans l'objectif d'optimiser l'utilisation des ressources humaines et/ou matérielles du bloc opératoire et de réduire les délais d'attente en chirurgie.

Elles sont octroyées par le chef de département de chirurgie à un service, et non pas à un individu en particulier. Il appartiendra par la suite au chef du service d'en faire l'allocation parmi les membres de son service, en se basant d'abord sur les besoins de la clientèle tout en restant vigilant face aux listes d'attente.

GUIDE DES BONNES PRATIQUES AU BLOC OPÉRATOIRE

Un modèle de distribution des priorités opératoires doit être développé et, une fois cela fait, entériné par l'établissement.

La redistribution des priorités doit d'abord reposer sur les besoins de la clientèle. Elle doit tenir compte des cas oncologiques sur la liste et respecter les délais d'attente. À priorité égale, le patient le plus ancien sur la liste d'attente devrait être opéré avant celui qui attend depuis moins longtemps.

Il peut être intéressant, pour effectuer la distribution des priorités, faciliter la planification chirurgicale ainsi que gérer la liste d'attente et le travail des chefs de services, de transposer la liste d'attente en temps de salle plutôt qu'en nombre de cas.

3.4 La gestion opérationnelle du bloc opératoire

Selon la méthode de calcul du taux d'occupation quotidien des salles d'opération développée par le MSSS, le temps d'occupation réel (patient présent dans la salle) devrait être de plus de **80 %** de la durée totale de huit heures par jour (temps théorique équivalent à 100 %). Cette proportion représente le temps où un patient occupe physiquement la salle d'opération, excluant les périodes entre les cas. Cette donnée ne représente pas l'unique indicateur de la performance du bloc opératoire, mais bien la maximisation de l'utilisation des ressources dans un contexte sécuritaire pour la clientèle.

L'identification d'une salle uniquement dédiée aux urgences au sein du bloc opératoire demeure une décision locale et doit tenir compte de la mission de l'établissement (centre de traumatologie par exemple). Nonobstant l'utilisation de salles dédiées aux urgences, chaque établissement doit développer une politique de gestion des urgences et mettre en place un mécanisme efficace qui en découle.

Également, une banque commune (pool) de cas de chirurgie d'un jour constitue une pratique acceptable pour optimiser les temps opératoires de la spécialité. Il va de soi que ce système est possible si d'abord approuvé par les médecins d'une même spécialité.

Bonnes pratiques :

De concert avec un comité de bloc opératoire fonctionnel, opérationnel et décisionnel, ainsi que doté d'une gouvernance forte, les règlements de bloc opératoire sont le levier nécessaire pour faire respecter les décisions prises et en assurer une application rigoureuse. Ils doivent être révisés et approuvés tous les trois ans.

- 1. Le comité du bloc doit se réunir minimalement de sept à huit fois par an. Un compte-rendu des rencontres doit être rédigé et disponible lorsque demandé.*
 - 2. La distribution des priorités opératoires s'effectue en fonction des besoins des patients, plutôt que sur des principes historiques.*
 - 3. Le taux d'occupation des salles d'opération doit être égal ou supérieur à 80 %. Le taux est calculé à partir du nombre d'heures de présence du patient dans la salle (HPU) sur le nombre total d'heures d'ouverture (habituellement huit heures par jour).*
 - 4. Une banque commune de cas en chirurgie d'un jour peut s'avérer une stratégie efficace pour optimiser les temps opératoires.*
-

GUIDE DES BONNES PRATIQUES AU BLOC OPÉRATOIRE

4. LE SYSTÈME INFORMATISÉ DE GESTION DU BLOC OPÉRATOIRE

L'information nécessaire à la production d'un programme opératoire cohérent, permettant de gérer en temps réel un nombre volumineux d'activités chirurgicales, doit être traitée efficacement avec l'aide d'un support informatique. Celui-ci doit avoir la capacité d'évoluer en fonction des changements organisationnels qui surviennent au fil des ans et être en mesure de réaliser un minimum de tâches essentielles à la gestion du bloc au quotidien. Il doit également s'arrimer parfaitement avec les systèmes de reddition de comptes et de collectes de données des organismes qui participent à la surveillance des processus chirurgicaux, notamment le MSSS et la Régie de l'assurance maladie du Québec. Une interface avec les autres systèmes d'information et de gestion de trajectoire du patient au sein de l'établissement est également souhaitable.

L'informatisation des processus doit être la plus complète possible. Un de ses principaux impacts, en plus d'en être une conséquence logique, est la suppression du papier. Idéalement, le système informatisé doit être géré par une seule équipe, qui a reçu une formation appropriée pour accomplir cette tâche et peut suivre l'évolution du processus chirurgical du début à la fin, allant même jusqu'à la planification de la convalescence.

La mise sur pied et le bon fonctionnement d'un système informatisé dépendent de la collaboration de tout le personnel et de l'appui des chirurgiens et des anesthésiologistes.

Plusieurs systèmes sont utilisés dans le RSSS québécois. Le développement d'un guide de saisie, qui permet une concordance des informations entre elles, est essentiel à la standardisation des données utilisées à des fins de comparaison et d'amélioration de la qualité.

Bonnes pratiques :

Le système informatique de gestion du bloc opératoire doit permettre de :

1. Compléter les programmes prévus dans les temps alloués et mieux ordonnancer les cas, aussi bien à court qu'à long terme. Il en résulte une meilleure attribution des ressources humaines, diminuant les heures en surcroît de celles prévues à l'horaire;
 2. Distribuer plus facilement le programme opératoire aux chirurgiens;
 3. Vérifier la disponibilité des instruments, des équipements, des fournitures requises ainsi que celle du personnel spécifique (assistance opératoire, technologie en radiologie, etc.);
 4. Établir la traçabilité des instruments et implants, faire l'inventaire des fournitures et organiser les commandes de matériel plus systématiquement;
 5. Effectuer le suivi des indicateurs de performance et de fonctionnement;
 6. Planifier l'utilisation des salles lors de l'élaboration du programme opératoire, documenter le temps réel d'occupation des salles et prévoir les temps de remise en état des salles entre les cas;
 7. Estimer le temps requis pour une intervention particulière adaptée au chirurgien ou à l'anesthésiologiste et planifier de façon plus cohérente et logique le programme;
 8. Documenter l'utilisation des priorités opératoires par département ou par service, et ce, pour chacune des périodes.
-

5. LA REQUÊTE OPÉRATOIRE

Lorsque la décision d'opérer est prise, le chirurgien doit remplir une requête opératoire de façon lisible et complète. Pour faciliter la logistique et la préparation du patient, il est important que le consentement opératoire soit signé au moment où le chirurgien rencontre le patient.

Actuellement, les versions plus récentes des systèmes de gestion des blocs opératoires rendent accessible la requête opératoire électronique.

L'utilisation de cette modalité facilite l'inscription des patients sur la liste d'attente en temps réel, standardise la saisie des données, améliore la qualité de celles-ci et permet une meilleure gestion de la demande. Elle offre également la possibilité d'automatiser la priorisation des cas dans un contexte de ressources plus limitées. Il est aussi possible d'y intégrer des champs obligatoires, des aides à la saisie ainsi que des gabarits spécifiques à un chirurgien ou à une spécialité chirurgicale. Elle limite la perte de temps, la retranscription et le risque d'erreurs inhérent à de telles pratiques.

Bonnes pratiques :

Les recommandations du Vérificateur général⁷ sont concordantes avec cette proposition, qui permet d'améliorer la gestion des demandes opératoires et l'efficacité de la trajectoire chirurgicale. En conséquence :

- 1. L'utilisation d'une requête opératoire électronique doit être pratique courante dans chacun des établissements du Québec;*
 - 2. Dans l'éventualité où la requête électronique n'est pas encore en place, un projet en ce sens doit être présenté à court terme.*
-

⁷ Rapport du Vérificateur général à l'Assemblée nationale pour l'année 2018-2019, chapitre 6, recommandation numéro 5, page 32, Mai 2018.

6. LA PLANIFICATION CHIRURGICALE

Afin d'assurer un suivi et une gestion adéquate de l'épisode de soins des patients en attente d'une chirurgie, les établissements doivent compter sur un service de planification chirurgicale centralisée. Celui-ci a pour fonction de coordonner l'épisode de soins de l'usager, incluant son inscription sur la liste d'attente, sa préparation personnalisée, le suivi des prescriptions du chirurgien et des consultants selon ses besoins spécifiques ainsi que la planification de sa chirurgie. Ceci doit se faire dans les meilleurs délais avec les informations requises pour une préparation optimale.

6.1 La gestion du service de planification chirurgicale

Pour assurer une meilleure fluidité des processus, il est recommandé de confier la gestion des services de planification chirurgicale et de la clinique préopératoire à un même palier de gouvernance.

L'élaboration d'une procédure détaillée de la planification chirurgicale, disponible et accessible pour les agents administratifs qui œuvrent au sein du service de planification chirurgicale, est essentielle. Elle doit faire l'objet d'une révision annuelle et être enseignée rigoureusement à chacun des agents qui débutent dans le service.

L'assignation d'agents administratifs de classe 1 pour exécuter ces tâches, qui requièrent un niveau élevé de rigueur et d'expertise, fait consensus parmi les gestionnaires des services de planification chirurgicale. La complexité des processus ainsi que les interactions avec les différents professionnels et la clientèle justifient cette recommandation.

6.1.1 Le guichet unique et la trajectoire préopératoire

Un guichet unique est un environnement qui vise à accélérer et simplifier les flux d'informations entre les différents services impliqués dans une trajectoire de soins ou de services. Sur un plan théorique, on peut définir le guichet unique comme un système qui permet de fournir toutes les informations requises à une seule instance pour satisfaire les exigences des multiples composantes de la trajectoire de services.

Sur le plan pratique, un environnement « guichet unique » se caractérise par un « point d'entrée » unique pour la soumission et le traitement de toutes les données et de tous les documents nécessaires au bon déroulement des processus inhérents à la trajectoire chirurgicale. La mise en place d'un guichet unique permet de déposer les requêtes opératoires dans un seul point de chute.

Les requêtes sont ensuite prises en charge par les agents administratifs du service de planification chirurgicale. Ceux-ci sont responsables de saisir la requête opératoire dans le système de gestion de bloc, de l'inscrire sur la liste d'attente, de faire un premier contact avec le patient et d'assurer la poursuite de sa trajectoire de soins.

Dans certains établissements, l'inscription sur la liste d'attente constitue l'étape de préenregistrement. Il est important de préciser que le patient conserve le libre choix du chirurgien qui effectuera son intervention chirurgicale. De même, la décision du chirurgien d'opérer son patient doit être respectée.

Au moment d'acheminer la requête opératoire à la clinique préopératoire, joindre le questionnaire préopératoire ainsi que le consentement opératoire devient une bonne pratique. Celle-ci contribue à faciliter l'organisation de la trajectoire du patient, de la décision d'opérer jusqu'au retour à domicile.

Une meilleure planification des ressources et des soins requis a un impact positif sur l'accès à la chirurgie.

GUIDE DES BONNES PRATIQUES AU BLOC OPÉRATOIRE

6.2 La gestion des listes d'attente

L'expérience a démontré que la gestion de plusieurs listes d'attente appartenant à autant de chirurgiens est pratiquement impossible considérant la complexité des interventions, la diversité des instruments et des équipements requis, les besoins de personnels spécialisés pour certaines interventions et les divers aléas et contraintes prévisibles ou impondérables. Il devient donc évident que l'orchestration efficace et sécuritaire du processus chirurgical passe par la centralisation des interventions dans une liste d'attente unique. Elle doit être organisée minimalement par installation ou par chirurgien si celui-ci opère dans plus d'une installation.

La gestion d'une liste d'attente unique permet de dresser un programme chirurgical cohérent⁸ qui sera d'autant plus efficient s'il est planifié tôt. Les annulations ou les reports d'interventions sont coûteux pour le système et pour le patient. Ils contribuent à l'engorgement de l'urgence, à la congestion des unités de soins et à l'annulation d'autres cas de chirurgie (effet domino).

Une liste d'attente unique comporte également d'autres avantages. Elle permet :

- Pour le patient : la possibilité d'obtenir plus rapidement la date de sa chirurgie, ce qui lui permet de planifier les absences du travail, le temps de convalescence et une date approximative de retour au travail. Ceci réduit l'incertitude et l'anxiété déjà présentes dans le contexte ainsi que les risques d'annulation dus aux erreurs de planification;
- Pour le personnel : une meilleure estimation du temps et des ressources requises pour les interventions, réduisant ainsi les heures supplémentaires qui découlent des dysfonctionnements, tels que les retards, les annulations et les substitutions, sources de frustration pour le personnel aussi bien que pour les médecins concernés;
- Pour les chirurgiens et anesthésiologistes : une amélioration de la planification du temps consacré aux interventions de même qu'aux autres activités hors du bloc opératoire. Les chirurgies programmées auront une meilleure garantie d'être faites au moment prévu, avec les instruments nécessaires, et ce, sans retard.

6.2.1 L'inscription

L'inscription sur la liste d'attente doit se faire au moment où le chirurgien prend la décision d'opérer son patient et marque le début de l'attente. Le chirurgien complète sa requête opératoire, la signe et la transmet au guichet de planification chirurgicale de son établissement. Le délai entre la signature de la requête et la transmission au guichet doit être le plus court possible et ne devrait pas dépasser 48 heures.

En l'absence de requête électronique, l'agent administratif du guichet de planification chirurgicale valide la requête papier et la saisit dans le système de gestion des blocs opératoires, qui transmet ensuite l'inscription au Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS) de façon préprogrammée. Le délai de la saisie ne devrait pas dépasser, là encore, 48 heures.

Dès que l'investigation est terminée et que la décision d'opérer est maintenue, le patient est considéré comme disponible pour amorcer le processus de préparation à la chirurgie. Le délai d'attente démarre pour lui. Il en va de la responsabilité de l'équipe de planification chirurgicale de déterminer la date idéale d'intervention en fonction du délai cible déterminé par le niveau de priorisation choisi par le chirurgien.

⁸ Lié également à la saine gestion des lits et au fonctionnement optimal de l'urgence.

GUIDE DES BONNES PRATIQUES AU BLOC OPÉRATOIRE

Il faut tenir compte de la possibilité qu'il y ait un délai dans la période de préparation du patient avant qu'il ne soit considéré prêt à la chirurgie. Ce délai fait bel et bien partie du temps d'attente et l'objectif ultime est de pouvoir le réduire au minimum. Cependant, il est important de faire la distinction entre le temps d'investigation permettant de confirmer l'indication chirurgicale et celui qui confirme la condition clinique optimale du patient pour subir la chirurgie, information transmise par la clinique préopératoire (seul ce dernier fait partie du temps d'attente global).

Le préenregistrement est fortement suggéré à cette étape et devrait systématiquement être utilisé. Le nombre de patients à préenregistrer doit être préalablement déterminé en fonction de chaque spécialité chirurgicale, une responsabilité qui revient à chacun des services.

6.2.2 Le suivi de la demande et l'épuration des listes d'attente

En tant que coresponsable de la gestion de la liste d'attente, le chef de service de la planification chirurgicale doit s'assurer que l'épuration de celle-ci soit faite régulièrement. La mise en place d'une modalité spécifique à cet effet relève de sa responsabilité. Il est généralement recommandé de l'effectuer au quotidien ou, au maximum, selon une fréquence hebdomadaire lorsque la situation s'y prête.

Bonnes pratiques :

- 1. Désigner un seul et unique point de chute pour le dépôt et la gestion des requêtes opératoires;*
 - 2. Mettre en place une équipe administrative dédiée à la planification et au suivi des activités chirurgicales, en soutien aux équipes médicales et infirmières;*
 - 3. S'assurer que le délai entre la signature de la requête et la transmission au guichet ne dépasse pas 48 heures;*
 - 4. En l'absence de requête électronique, s'assurer que la saisie des informations dans le SIMASS se réalise à l'intérieur d'une période de 48 heures;*
 - 5. Planifier à l'interne une date d'opération, jusqu'à un mois à l'avance (préenregistrement);*
 - 6. Effectuer l'épuration régulière de la liste d'attente, selon la priorité médicale et les délais d'attente;*
 - 7. Faire une offre alternative à l'usager (deuxième offre ou zone franche) afin de respecter les délais d'attente ciblés;*
 - 8. Utiliser un système d'information permettant en tout temps de suivre le cheminement et le statut de l'usager.*
-

GUIDE DES BONNES PRATIQUES AU BLOC OPÉRATOIRE

7. LA PHASE PRÉOPÉRATOIRE

La phase préopératoire présente un des processus les plus complexes dans la chaîne de prestation de soins électifs en chirurgie. Elle fait appel à plusieurs services : anesthésie, laboratoire, imagerie, soins infirmiers, travail social, physiothérapie, pharmacie, consultants et administration (gestion des lits).

Les impacts d'une mauvaise gestion de ce processus sont multiples : annulation de chirurgies en raison d'une préparation des patients déficiente, mauvaise utilisation du bloc opératoire, augmentation des hospitalisations et engorgement des lits. Ceci est une source de frustration pour toute l'équipe médicale et administrative.

7.1 La clinique préopératoire

Les buts principaux de la clinique préopératoire sont de :

- Éviter les annulations;
- Préparer adéquatement le patient et sa famille pour la chirurgie et la phase postopératoire;
- Diminuer les risques de complications;
- Permettre un retour à domicile ou une convalescence sécuritaire et individualisée.

Le personnel infirmier qui effectue les vérifications s'assure que :

- Le dossier médical est complet et contient toutes les informations sur les examens prérequis. Il détecte les comorbidités, s'assure que les consultations ont été effectuées et que les résultats ont été vus par les différents consultants;
- La date prévue pour l'intervention respecte bien les délais;
- Les séances d'enseignement pour le patient et sa famille ont été réalisées. Ces dernières sont souvent nécessaires à la bonne compréhension du rôle du patient dans le déroulement du processus chirurgical, incluant la convalescence. La bonne pratique voulant que la planification du départ débute dès la prise en charge du patient par le service de planification chirurgicale et la clinique préopératoire;
- La condition clinique du patient est optimale. Dans certaines circonstances, il pourrait être référé à différents services afin d'améliorer son état de santé : perte de poids, cessation du tabagisme, augmentation de la capacité respiratoire, etc.;
- La planification des rendez-vous pour des examens et de l'enseignement préopératoire est intégrée. Dans certains cas, les patients qui demeurent en région éloignée peuvent compléter les prérequis dans un établissement plus près de leur domicile. Si tel est le cas, la clinique de préadmission complète le dossier avec le personnel de l'établissement receveur (au moyen d'un système de communication à distance).

Ce ne sont pas tous les patients qui doivent subir des examens planifiés par la clinique préopératoire. Ceux qui présentent un faible risque et dont le bilan d'investigation est suffisant peuvent recevoir les informations et l'enseignement nécessaires pour la chirurgie et la phase postopératoire sans se déplacer. Les méthodes utilisées peuvent être adaptées à la particularité de la clientèle.

7.2 La bonne utilisation de la clinique préopératoire

En raison de son efficacité, la clinique préopératoire est parfois utilisée par les cliniciens comme moyen d'investigation pour déterminer si la chirurgie est requise. Cette mauvaise utilisation crée un goulot d'étranglement et ralentit la préparation des patients en attente d'une chirurgie.

Seuls les patients pour qui la décision d'opérer est prise devraient transiter, lorsque requis, par la clinique préopératoire. Les ressources devraient être consacrées à optimiser la condition du patient en prévision de la chirurgie ou à déterminer la méthode d'intervention chirurgicale (type d'intervention) et/ou anesthésique à adopter. **Les examens qui y sont organisés sont ceux qui n'influencent pas la décision d'opérer.**

Pour favoriser la fluidité des processus et éviter les délais inutiles, des corridors de services doivent être développés entre la clinique préopératoire et les divers services offrant des examens diagnostiques. Ceci facilite la prise en charge des patients en investigation sans alourdir le fonctionnement de la clinique préopératoire. Lorsque disponible, l'utilisation d'algorithmes de prise en charge des patients permet d'améliorer l'efficacité et contribue à diminuer les délais d'accès.

La période de validité des examens doit être définie dans chacun des milieux. Une période de validité plus étendue augmente la probabilité de la disponibilité des patients. De même, les demandes d'examens doivent être judicieuses et demeurer une pratique à encourager.

Le bilan comparatif des médicaments doit être intégré au dossier afin d'assurer un suivi adéquat de la médication du patient.

Bonnes pratiques :

- 1. Utiliser les ressources de la clinique préopératoire en prévision de la chirurgie ou pour déterminer la méthode d'intervention chirurgicale, et non comme mesure d'investigation;*
 - 2. Réserver des plages auprès des différents services diagnostiques afin d'éviter les délais supplémentaires pour la chirurgie;*
 - 3. Identifier clairement la période de validité des examens.*
-

GUIDE DES BONNES PRATIQUES AU BLOC OPÉRATOIRE

8. LA CONCEPTION DU PROGRAMME OPÉRATOIRE

En cohérence avec les règlements de bloc, toutes les requêtes opératoires, incluant les informations colligées au cours des visites à la clinique, sont d'abord **validées de manière préliminaire** par l'équipe de la clinique préopératoire et par les responsables du programme au bloc opératoire. Ceci doit se faire, au moins une semaine avant la date prévue pour la chirurgie, afin de permettre les ajustements requis dans un délai raisonnable pour le patient et pour l'organisation.

Une **validation finale** du programme opératoire doit être faite le plus tôt possible la veille de la chirurgie afin de prendre en compte le niveau des urgences, la disponibilité des lits ou tous autres événements qui peuvent modifier la réalisation du programme. Cette dernière validation permet entre autres d'aviser les patients visés par les changements et de planifier un remplacement s'il y a lieu. La conception finale du programme opératoire se fait en collaboration avec le coordonnateur médical du bloc.

Sont également pris en compte les facteurs suivants :

- La disponibilité du personnel régulier ou spécialisé;
- Le type d'intervention prévu (ex. : complexité de la chirurgie, temps médian du chirurgien, etc.);
- La méthode d'anesthésie planifiée;
- Les infections nosocomiales;
- La position particulière du patient pendant l'intervention;
- Les équipements ou instruments requis pour un type d'opération particulier.

L'agencement des cas permet de répondre aux besoins de plusieurs interventions du même type et d'utiliser efficacement les pièces d'équipements spécialisés.

Un fonctionnement rigoureux et une planification du programme basée sur les profils établis dans un système informatisé permettront de réaliser plus de chirurgies selon les horaires prévus et de minimiser les dépassements d'horaire.

Dans un souci d'obtenir des données comparables, le MSSS considère l'heure de tombée du programme opératoire à douze heures la veille de la chirurgie. Cette balise servira de référence dans d'éventuelles cueillettes de données en lien avec la conception du programme opératoire ou l'analyse des annulations et/ou des reports.

Lorsqu'une chirurgie inscrite au programme est annulée ou reportée à une date ultérieure à moins de douze heures la veille de l'opération, elle sera comptabilisée comme annulée, même si une date de report est connue. Ces annulations et/ou ces reports excluent les urgences.

GUIDE DES BONNES PRATIQUES AU BLOC OPÉRATOIRE

Les raisons de ces annulations et/ou de ces reports sont habituellement catégorisées dans cinq grandes familles.

1. Raisons médicales

La chirurgie est remise en question par l'anesthésiologiste ou le chirurgien, car :

- La condition clinique de l'usager ne permet pas la chirurgie⁹;
- La chirurgie n'est plus requise;
- Etc.

2. Raisons liées à l'usager

L'usager est responsable de l'annulation/du report, car :

- Il n'a pas respecté des instructions de jeûne;
- Il n'a pas cessé sa médication;
- Il ne désire plus l'intervention;
- Il ne se présente pas;
- Etc.

3. Raisons liées à l'organisation

La chirurgie est annulée/reportée en raison d'une problématique de planification ou d'un imprévu technique lié au bloc comme :

- Un usager mal préparé pour la chirurgie;
- Un dossier incomplet;
- Un programme surchargé (overbooking);
- Un bris d'équipement ou de salle d'opération (problèmes techniques);
- Une non-disponibilité d'équipement;
- Une URDM non disponible;
- Etc.

4. Disponibilité des ressources humaines au bloc opératoire ou en postopératoire

La chirurgie est annulée/reportée par manque de personnel médical et non médical, car :

- Il manque un anesthésiologiste / un chirurgien;
- Il manque une infirmière / une inhalothérapeute / un préposé aux bénéficiaires / un préposé à l'entretien ménager;
- Etc.

⁹ Les raisons notées sous chaque catégorie servent de guides et ne sont pas exhaustives.

GUIDE DES BONNES PRATIQUES AU BLOC OPÉRATOIRE

5. Manque de lits

La chirurgie est annulée/reportée par manque de disponibilité physique de lits, car :

- Les lits d'hospitalisation sont non disponibles;
- Les lits de soins intensifs sont non disponibles;
- Les lits de niveau de soins alternatif (aussi appelés lits NSA / Réadaptation) occupent les lits d'hospitalisation;
- Les lits de chirurgie sont occupés par la médecine;
- La clientèle hospitalisée ne peut avoir congé à cause de son état clinique;
- Etc.

L'établissement doit être en mesure d'identifier les raisons qui conduisent à une perte de temps opératoire de dernière minute et qui créent des délais d'attente supplémentaires. Bien qu'un certain pourcentage d'annulations soit inévitable dans un bloc opératoire, le but est de pouvoir en analyser les raisons afin de proposer des solutions efficaces pour les prévenir. Ces taux diffèrent d'une mission d'établissement et/ou d'installation à l'autre, mais à titre informatif, ils devraient être inférieurs à 5 %.

Bonnes pratiques :

1. *Effectuer une validation préliminaire du programme opératoire une semaine avant la date prévue pour la chirurgie;*
 2. *Réaliser la validation finale du programme au plus tard à midi, la veille;*
 3. *S'assurer d'un taux d'annulations inférieur à 5 %.*
-

GUIDE DES BONNES PRATIQUES AU BLOC OPÉRATOIRE

9. LES SERVICES CONNEXES

La multiplicité et la diversité des services impliqués peuvent devenir un obstacle dans le bon déroulement de toute la trajectoire chirurgicale. Tous doivent s'employer à simplifier et à améliorer les flux d'informations afin de coordonner efficacement le travail.

9.1 La brancarderie

La synchronisation des activités est un élément essentiel à la performance du bloc opératoire et ne doit pas être négligée. Le transport des patients, effectué par un système de brancarderie efficace, permet d'assurer la disponibilité du patient au bon moment.

Un système de brancarderie exclusif à la salle d'opération, tout au moins qui la rend prioritaire à certaines heures de la journée, est souhaitable pour les établissements de grande envergure. Les plus petits peuvent avoir un fonctionnement différent, mais celui-ci doit permettre que le patient soit pris en charge au bon moment.

9.2 La gestion des lits

Plusieurs facteurs ont un impact sur la disponibilité des lits destinés à la chirurgie. Les principaux sont généralement reliés à l'encombrement des salles d'urgence et aux besoins des unités de soins en médecine. La disponibilité des lits en chirurgie et aux soins intensifs est souvent tributaire de la pression exercée sur la salle d'urgence pour libérer des civières le plus rapidement possible.

Recommandations du comité d'experts :

- Identifier un « comité de gestion des lits » faisant partie de la structure organisationnelle des établissements. Un de ses mandats consiste à s'assurer que des lits de chirurgie sont disponibles en ce qui concerne les priorités et les programmes opératoires prévus. Certains établissements assignent à une équipe cette tâche;
- Réaliser le préenregistrement, l'évaluation préopératoire et la préparation des patients à la clinique préopératoire, ce qui favorise une meilleure utilisation des lits;
- Identifier un nombre de lits dédiés à la chirurgie. Tout en tenant compte de la réalité et des impératifs liés à la gestion des lits et dans un souci de cohérence, il est donc recommandé d'avoir un certain nombre de lits dédiés à la chirurgie et qui ne seront pas impactés par les besoins en lits de la médecine. Le comité d'experts suggère que soient mises en place des dispositions à cet effet en collaboration avec les départements de médecine au sein de chaque établissement. Le nombre de lits réservés est à la discrétion de l'établissement;
- Établir les protocoles de soins, les algorithmes de traitement et la planification de la convalescence qui permettent de réduire de façon significative la durée des hospitalisations et le recours aux soins intensifs;
- Créer des unités de débordement pour accueillir la clientèle de chirurgie, tout comme le fait l'urgence.

GUIDE DES BONNES PRATIQUES AU BLOC OPÉRATOIRE

Par ailleurs, pour augmenter la fluidité des activités chirurgicales et éviter la dépendance à la disponibilité des lits, les principes suivants doivent être respectés. Les objectifs que l'établissement doit atteindre sont qualifiés de réalistes et réalisables.

- L'admission le jour de la chirurgie doit s'effectuer dans plus de 95 % des cas électifs. De même, les établissements doivent viser au moins 60 % de chirurgies d'un jour ou de chirurgies de courte durée. L'expérience a prouvé que les admissions directes le jour même, y compris pour des chirurgies majeures, n'ont pas d'effets négatifs sur la survie et la qualité des soins. Présentement, même les patients qui doivent subir des chirurgies oncologiques lourdes ou des chirurgies majeures, telle une chirurgie cardiaque, peuvent être admis le jour même grâce aux cliniques de préadmission;
- Aucun patient ne devrait être admis pour une chirurgie élective si celle-ci n'est pas déjà programmée (préenregistrement et clinique préopératoire);
- Aucun patient ne devrait être gardé en salle de réveil, le recours à l'unité de débordement devrait plutôt être envisagé.

Bonnes pratiques :

- 1. Utiliser un système de brancarderie exclusif à la salle d'opération ou qui la rend prioritaire;*
 - 2. Mettre sur pied un comité de « gestion des lits » faisant partie de la structure organisationnelle;*
 - 3. Identifier un nombre de lits dédiés à la chirurgie;*
 - 4. Admettre 95 % des patients le jour même de la chirurgie;*
 - 5. Maintenir un ratio de 60 % de chirurgies d'un jour ou de courte durée;*
 - 6. Utiliser une unité de débordement si nécessaire.*
-

10. L'ACCÈS AUX SERVICES CHIRURGICAUX

L'insuffisance de capacité de production du RSSS incite parfois les établissements à recourir à d'autres stratégies pour respecter les délais d'accès aux services chirurgicaux.

10.1 Les zones franches

Par définition, une zone franche est l'utilisation par un chirurgien du plateau technique d'un autre établissement du RSSS pour lui permettre d'opérer ses patients.

Le développement de corridors de services entre établissements qui n'offrent pas les mêmes services est considéré comme une bonne pratique pour optimiser les salles du RSSS.

10.2 La deuxième offre

Par définition, une deuxième offre consiste à ce qu'un chirurgien offre à son patient de se faire opérer au sein de la même installation ou dans une autre installation du même établissement par un autre chirurgien de l'équipe. Cette pratique contribue à équilibrer la liste d'attente des chirurgiens à l'intérieur de la même spécialité.

Cette alternative doit être proposée par le chirurgien dès sa première rencontre avec son patient afin que ce dernier puisse se préparer à cette éventualité. Idéalement, la deuxième offre proposée par le chirurgien devrait être inscrite sur la requête opératoire, par exemple : « deuxième offre proposée et acceptée par le patient ».

10.3 Les plateaux techniques hors RSSS

L'utilisation de plateaux techniques hors réseau via des cliniques privées détentrices de permis de cliniques médicales spécialisées (CMS) peut s'avérer une alternative pour effectuer certaines chirurgies, dans la mesure où l'utilisation des plateaux techniques de l'établissement a atteint sa capacité maximale.

Des ententes doivent être conclues en vertu de l'article 108 de la LSSSS et, à moins de conditions particulières stipulées à cet article, le MSSS ne s'oppose pas à la conclusion de ces ententes. Le MSSS doit cependant en être avisé. Les CMS qui désirent offrir leurs services sont soumises au Règlement sur les traitements médicaux spécialisés dispensés dans un centre médical spécialisé. Le processus d'appel d'offres s'applique alors et la nécessité d'une telle entente doit provenir d'un besoin identifié par un établissement et non d'une CMS.

Ces ententes ne doivent pas nuire à l'établissement en surchargeant, par exemple, la clinique préopératoire ou en réduisant significativement la liste des chirurgies d'un jour, connues sous le sigle CDJ, rendant alors le milieu principal à risque de se retrouver à découvert en haute période d'achalandage. Ces situations et bien d'autres doivent faire l'objet de réflexions avant d'aller de l'avant avec cette option.

Bonnes pratiques :

- 1. Développer des corridors de services complémentaires;*
 - 2. Proposer la possibilité d'une deuxième offre dès la rencontre initiale avec le patient;*
 - 3. S'assurer de l'utilisation optimale des blocs opératoires publics avant de recourir aux CMS privées.*
-

11. OPTIMISATION DES PROCESSUS ET QUALITÉ DES DONNÉES

Au bloc opératoire, optimiser, c'est opérer plus de patients dans de meilleures conditions, tout en maintenant le plus haut niveau de qualité possible. L'optimisation repose d'abord sur une équipe performante, sur la qualité des données et sur la standardisation des processus. Le meilleur moyen d'en améliorer la performance est d'identifier et de suivre des indicateurs mesurables à l'aide d'un tableau de bord.

11.1 Une équipe performante

L'équipe performante est formée en fonction de la composition de la clientèle, de la gravité des cas et des charges de travail. Elle est pluridisciplinaire et joue un rôle distinct pour les différentes disciplines. Elle se compose d'infirmières, d'infirmières auxiliaires, de préposés aux bénéficiaires, de brancardiers, d'inhalothérapeutes, de chirurgiens, d'anesthésiologistes ou de tout autre professionnel jugé utile pour une intervention particulière. L'équipe interagit en interface avec les autres services dans les phases périopératoires et postopératoires. La coordination, la collaboration et la communication ont une incidence importante sur son efficacité en salle d'opération.

L'utilisation de standards d'information fondés sur des données probantes qui favorisent la prestation de soins efficaces et de qualité est à envisager. Les plans de soins doivent être adaptés à des situations déterminées et des mises à jour fréquentes doivent être effectuées afin de tenir compte des pratiques exemplaires.

L'équipe performante doit favoriser la promotion de la communication au moyen de réunions d'équipe ou de rencontres multidisciplinaires. Elle s'appuie sur des politiques et des procédures bien établies pour régler les conflits entre ses membres. En éliminant les sources de stress et la fatigue excessive de son personnel, l'équipe parviendra à assurer la sécurité et à améliorer la qualité des soins. Les heures supplémentaires obligatoires et les interventions de nuit devraient faire l'objet de réflexion et n'être des options qu'en cas d'urgences (non planifiées) et non pas être un moyen d'optimiser la performance du bloc. De même, la composition des équipes du bloc doit être tributaire du type de chirurgies réalisées au sein de l'établissement.

Un programme de formation continue complété par des séances d'informations portant sur les nouveaux développements, les nouveaux équipements et les pratiques émergentes fait également partie des critères qui appartiennent à l'équipe performante. De même, l'autoévaluation pratiquée de façon régulière, qui s'appuie sur des indicateurs bien définis afin d'assurer la rétroaction et maintenir le niveau clinique à jour, est une bonne pratique à instaurer.

GUIDE DES BONNES PRATIQUES AU BLOC OPÉRATOIRE

11.2 Les transmissions des données et l'interface avec la liste provinciale

La qualité des données est une préoccupation constante et doit faire l'objet d'une attention particulière. Les différentes données transmises par les établissements sont utilisées par le MSSS pour effectuer des analyses, prendre des décisions et assurer le suivi que requiert l'accès aux services spécialisés en chirurgie.

Ces données sont également utilisées dans l'évaluation du financement des activités chirurgicales, d'où l'importance d'obtenir des données précises et pertinentes afin d'éviter le sous-financement des activités chirurgicales et ses effets délétères. Le comité d'experts encourage chaque établissement à prendre les moyens nécessaires pour garantir la qualité des données.

L'interface entre les systèmes de gestion des blocs utilisés par les établissements et le SIMASS doit être fluide. Les établissements doivent signaler les problématiques qu'ils rencontrent lors de la transmission. Le MSSS s'engage de son côté à mettre en place les conditions favorables pour alimenter efficacement la base de données provinciale sur l'attente.

La reddition de comptes sur d'autres plateformes, dont GESTRED, complète le portrait de l'accès.

11.3 La standardisation des interventions et des processus

Les temps d'attente entre les cas ne sont pas toujours dus à un manque de ressources, mais plutôt à un manque d'efficacité organisationnelle. Plusieurs retards ou pertes de temps opératoire sont attribuables à la préparation de la salle ou des instruments faite en fonction de préférences individuelles, même si une même intervention est effectuée.

Il est bien reconnu que les changements non planifiés ralentissent l'exécution des processus. Les événements imprévisibles tels que les urgences sont souvent identifiés comme la cause de la non-performance, ce qui n'est pas toujours le cas, notamment dans les blocs d'importance majeure. En contrepartie, il ne faut pas négliger la nécessité de conserver une marge de manœuvre proportionnelle à la complexité des cas.

La standardisation des équipements et des fournitures chirurgicales permet de diminuer les variations suscitées par des demandes individuelles. L'utilisation de plateaux harmonisés représente donc une bonne pratique pour rendre les processus plus fluides et efficaces, tout en considérant que l'équipe peut s'adapter lors de circonstances qui le justifient, que cela provienne du patient lui-même ou de l'ensemble des acteurs et des processus.

L'utilisation d'ordonnances collectives fait également partie des bonnes pratiques pour optimiser les processus et doit être réfléchi et considérée au quotidien dans l'organisation des soins et activités du continuum chirurgical.

GUIDE DES BONNES PRATIQUES AU BLOC OPÉRATOIRE

11.4 Le tableau de bord

L'objet d'un tableau de bord est de générer des échanges et d'attirer l'attention sur des éléments demandant une rectification du tir. Il ne vise pas à remplacer les rapports détaillés que les équipes produisent et utilisent dans le cadre de leurs activités quotidiennes. Il est conçu de manière à communiquer des renseignements clés sur les résultats des actions et à répondre rapidement aux questions sur les écarts par rapport aux normes de pratique.

L'élaboration des indicateurs de performance propres à chacun des milieux est une bonne pratique, les analyser et prendre les actions requises pour corriger les écarts est essentiel.

Bonnes pratiques :

2. *Standardiser les équipements, les fournitures chirurgicales et les processus;*
 3. *Utiliser des ordonnances collectives;*
 4. *Effectuer le suivi des indicateurs de performance à l'aide d'un tableau de bord.*
-

12. LES MODALITÉS PARTICULIÈRES DU BLOC OPÉRATOIRE

Le mode de fonctionnement des blocs opératoires est tributaire de plusieurs facteurs qui demandent parfois une configuration particulière des lieux ou des façons de faire.

12.1 L'alternance des salles d'opération

L'utilisation de deux salles en simultanée par un même chirurgien peut être envisagée pour offrir la possibilité de faire plus d'interventions dans le temps alloué à la priorité. Il ne s'agit toutefois pas d'octroyer une double priorité opératoire, mais d'optimiser le temps opératoire. Deux équipes complètes doivent être disponibles pour le permettre, de ce fait, le coût par HPU en est fortement augmenté. Des exemples provenant de nombreuses spécialités démontrent l'efficacité d'un tel système où le temps opératoire disponible est utilisé au maximum.

Il ne s'agit pas non plus d'exploiter une pratique anesthésique à plus d'une salle, laquelle est interdite sauf en situation d'urgence. Cette interdiction est claire au Canada et au Québec, tel qu'en fait foi le guide de la Société canadienne des anesthésiologistes. Il faut néanmoins réaliser que ce type de fonctionnement n'est pas adapté à tous les chirurgiens ni à tous les types d'interventions. Il revient à l'établissement et au comité de bloc d'assurer la vigie de cette pratique.

12.2 Les salles d'urgence et/ou salles « acute care »

Chaque installation doit avoir une structure et des modalités d'application qui permettent d'effectuer les urgences afin d'éviter l'annulation des cas électifs. Cette structure doit être établie en fonction de la mission de l'établissement/installation et du volume d'urgences que reçoit leur bloc opératoire.

12.3 La cohérence des heures d'ouverture

Les heures d'ouverture du bloc opératoire ainsi que celles de la salle de réveil et du secteur dédié à la récupération des patients qui ont subi une chirurgie d'un jour doivent être complémentaires. Les établissements doivent faire preuve de flexibilité dans les heures d'ouverture en fonction de la longueur des cas de certaines spécialités. Les règles concernant cette flexibilité doivent faire l'objet de discussions et d'approbations en comité de bloc.

12.4 La salle de réveil

La salle de réveil ne devrait être employée que pour les patients ayant subi une anesthésie de type général, régional ou sous sédation importante et qui requiert une période de recouvrement supervisée par une équipe spécialisée.

Depuis quelques années déjà, l'amélioration de l'analgésie peropératoire et le recours à des approches anesthésiques légères permettent de libérer le patient directement de la salle d'opération vers la chirurgie d'un jour sans qu'il doive transiter par la salle de réveil. C'est ce qu'on appelle le « *fast-track* ». L'application d'une grille de critères cliniques de libération favorise cette pratique.

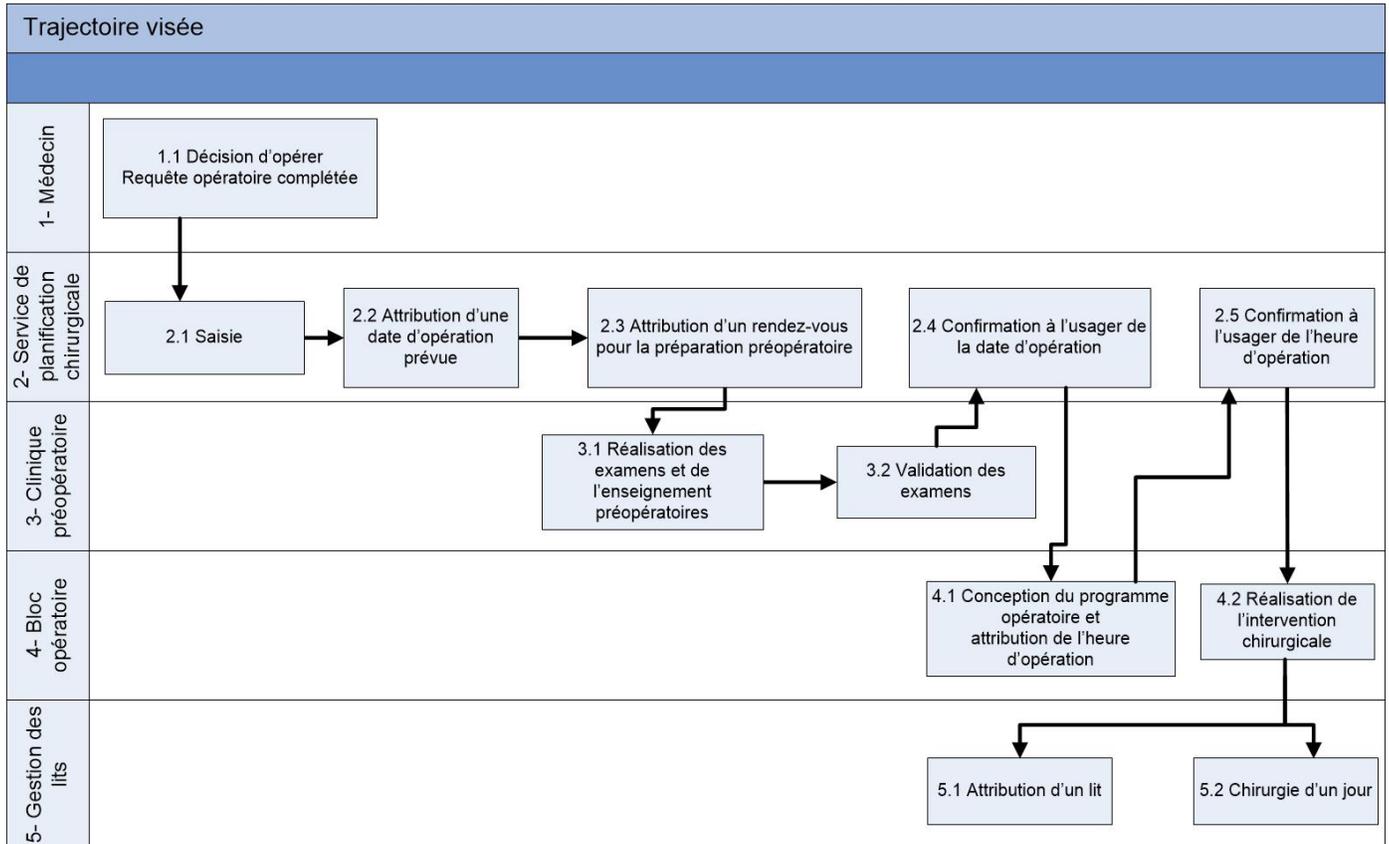
13. CONCLUSION

En terminant, l'équipe de rédaction et le groupe d'experts qui ont contribué à la réalisation de ce document rappellent que les réflexions qui ont mené à ces recommandations et bonnes pratiques ont été faites dans le souci de placer les besoins des patients au cœur de la prestation des services.

Tous conviennent qu'il faut avoir la volonté de changer et d'adopter de nouvelles orientations et de nouvelles pratiques comme celles véhiculées dans ce guide. L'enjeu d'amélioration de l'accès aux services spécialisés en chirurgie le requiert et en vaut largement la peine.

GUIDE DES BONNES PRATIQUES AU BLOC OPÉRATOIRE

ANNEXE 1 : PHASES DU PROCESSUS CHIRURGICAL



GUIDE DES BONNES PRATIQUES AU BLOC OPÉRATOIRE

ANNEXE 2 : TRAJECTOIRE DE LA REQUÊTE OPÉRATOIRE ET DU PATIENT EN PRÉOPÉRATOIRE

ÉTAPE 1 – DÉCISION DU CHIRURGIEN D'OPÉRER ET ENVOI DE LA REQUÊTE OPÉRATOIRE

La requête opératoire (incluant l'histoire médicale), le questionnaire préopératoire ainsi que le consentement opératoire complété par le chirurgien sont acheminés à un point de chute unique dans l'établissement.

ÉTAPE 2 – RÉCEPTION ET SAISIE DE LA REQUÊTE OPÉRATOIRE

Le service de planification chirurgicale procède au triage des demandes par médecin et les saisit dans le système d'information. Il s'assure que les périodes de non-disponibilités personnelles et médicales¹⁰ de l'usager sont inscrites dans le système d'information et mises à jour régulièrement, selon les règles préétablies.

Les requêtes opératoires en provenance des bureaux privés sont également acheminées au service de planification chirurgicale de l'établissement où l'usager sera opéré. Si aucune date n'est attribuée, l'agent administratif du service de planification chirurgicale doit en attribuer une selon les modalités décrites dans la présente section.

ÉTAPE 3 – ATTRIBUTION D'UNE DATE D'OPÉRATION ET SUIVI DE LA DEMANDE

Les requêtes identifiées comme semi-urgentes et les chirurgies oncologiques faites par le médecin sont programmées en priorité par le service de planification chirurgicale. Ce service, en étroite collaboration avec le chirurgien, programme les requêtes opératoires et communique à l'usager la date prévue de l'obtention du service demandé. Un certain nombre de plages peuvent être laissées libres pour les chirurgies urgentes, selon la spécialité et les besoins de chaque service.

L'attribution d'une date de chirurgie nécessite l'utilisation du tableau des priorités opératoires de chacune des spécialités, déterminées par le comité du bloc opératoire et le chef de département de chirurgie. Ces priorités opératoires sont connues et diffusées au moins trois mois à l'avance. L'optimisation de cette planification repose sur une collaboration étroite entre le service de planification chirurgicale, les chirurgiens, le coordonnateur médical et la structure en place au bloc opératoire.

Le préenregistrement

Le patient inscrit sur la liste d'attente pourra connaître la date approximative de sa chirurgie. Cette date sera déterminée en tenant compte de la disponibilité du chirurgien et des priorités dont dispose son service ou son département. Le préenregistrement pourra donc offrir les avantages suivants :

- Un accès équitable pour tous les patients;
- Une approche individualisée pour chaque usager en attente de chirurgie;
- Une diminution des erreurs et de la perte d'informations;
- Une réduction des temps d'attente grâce à une meilleure planification des chirurgies électives;
- La possibilité pour le patient de planifier le temps d'absence de son travail, sa période de convalescence et la date de son retour au travail.

¹⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Gestion de la non-disponibilité personnelle de l'usager inscrit sur la liste d'attente pour l'obtention d'un service médical spécialisé*, circulaire 2009-019.

GUIDE DES BONNES PRATIQUES AU BLOC OPÉRATOIRE

ÉTAPE 4 – PLANIFICATION DU PROGRAMME OPÉRATOIRE

Le service de planification chirurgicale révisé la programmation opératoire, en collaboration avec la structure en place au bloc opératoire et tous les autres collaborateurs (ex. : gestionnaire des lits), afin d'assurer une planification optimale du programme opératoire à venir. Il s'assure, par exemple, de réaliser la révision du programme opératoire de façon hebdomadaire pour les deux semaines à venir.

La présélection des patients permet de planifier des programmes opératoires qui sont réalistes. Elle permet également la désignation des patients à risque et une planification de la convalescence postchirurgicale, prévenant ainsi le retour des patients opérés aux urgences et leur réadmission.

Le service de planification chirurgicale est donc en mesure de suivre l'évolution de tous les patients qui sont inscrits, de vérifier leur cheminement à l'intérieur du système, de s'assurer que les priorités du chirurgien sont respectées et qu'une date prévisible pour la chirurgie a été fixée. Cette date sera idéalement précisée lors de la visite à la clinique préopératoire⁴.

ÉTAPE 5 – RÉVISION DU DOSSIER

La requête opératoire inscrite dans le système d'information est ensuite acheminée à la clinique préopératoire (ou clinique de préadmission) afin que l'infirmière valide l'information et s'assure que tous les examens préopératoires nécessaires, relatifs à l'état clinique du patient, ont été demandés.

ÉTAPE 6 – ATTRIBUTION D'UN RENDEZ-VOUS POUR LA PRÉPARATION PRÉOPÉRATOIRE

L'agent administratif du service de planification chirurgicale doit communiquer avec l'utilisateur afin de fixer avec lui un rendez-vous pour la réalisation de l'enseignement, des consultations spécialisées et des examens préopératoires (le tout devrait se dérouler, si possible, lors d'un seul déplacement).

Des plages de disponibilité doivent être clairement établies pour s'assurer de l'accessibilité à certains plateaux techniques et aux consultations en médecine spécialisée pour la clientèle préopératoire, ce qui requiert des ententes formelles avec les instances médico-administratives des différents départements. Il importe de s'assurer que le dossier contient toutes les informations pertinentes nécessaires à la réalisation des consultations en médecine spécialisée.

ÉTAPE 7 – RÉALISATION DES CONSULTATIONS ET DES EXAMENS PRÉOPÉRATOIRES

Certains tests ou examens peuvent être réalisés à l'avance dans un autre établissement de santé et les résultats peuvent ensuite être transmis à la clinique préopératoire. En pareil cas, l'agent administratif du service de planification chirurgicale assure un suivi auprès de ces organisations concernant la réception des résultats dans les meilleurs délais.

- Certains milieux ont conçu un questionnaire d'évaluation préopératoire qui est rempli par l'utilisateur;
- Le personnel de plusieurs centres référents peut recevoir une formation spécifique sur la préparation des usagers qui doivent subir des interventions dans d'autres centres, notamment en neurochirurgie, en chirurgie cardiaque ou en chirurgie thoracique. Des protocoles cliniques d'évaluation préopératoire et de soins postopératoires ont été élaborés à l'intention de ces usagers.

GUIDE DES BONNES PRATIQUES AU BLOC OPÉRATOIRE

Les infirmières de la clinique préopératoire réalisent la consultation et l'enseignement par téléphone ou en clinique préopératoire (histoire médicale, vérification des comorbidités, informations pertinentes relatives à l'intervention, planification de la convalescence, date prévue de retour à la maison ou au travail). La planification de ces rendez-vous a été faite au préalable par l'agent administratif du service de planification chirurgicale. Si ce n'est pas déjà fait, il importe, lors de la consultation en clinique préopératoire, de s'assurer que le formulaire de consentement préopératoire est dûment signé par l'utilisateur et versé à son dossier.

Le service de planification chirurgicale assure le suivi du dossier du patient. L'agent administratif reçoit et classe tous les résultats d'examens préopératoires réalisés. Il indique si le dossier est encore en traitement (examens incomplets) ou s'il est complet et validé par l'infirmière de la clinique préopératoire.

ÉTAPE 8 – VALIDATION DES RÉSULTATS D'EXAMENS PRÉOPÉRATOIRES

Lorsque le dossier est complet, l'infirmière valide les informations et soumet, le cas échéant, les cas problématiques aux chirurgiens, gynécologues et/ou anesthésiologistes afin d'obtenir l'autorisation finale.

Des algorithmes de prise de décision améliorent la fluidité entre les chirurgiens, gynécologues et/ou anesthésiologistes et l'infirmière de la clinique préopératoire, contribuant ainsi à la diminution des délais d'attente des patients. Une étroite collaboration entre les agents du service de planification chirurgicale et les infirmières de la clinique préopératoire permet la fluidité des actions.

ÉTAPE 9 – CONFIRMATION DE LA DATE D'OPÉRATION

Le système d'information permet au service de planification chirurgicale de prendre connaissance du statut du patient, qui devient alors médicalement prêt, et de confirmer avec lui la date de sa chirurgie.

GUIDE DES BONNES PRATIQUES AU BLOC OPÉRATOIRE

ANNEXE 3 : RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES DIRIGEANTS D'ÉTABLISSEMENTS

Le conseil d'administration

Le conseil d'administration (C.A.) d'un établissement en administre les affaires et en exerce tous les pouvoirs.

Il définit les orientations stratégiques, en conformité avec les orientations nationales et régionales, et exerce ses responsabilités dans le respect de ces mêmes orientations tout en favorisant la mise en réseau avec les partenaires locaux, régionaux ou nationaux. Il établit les priorités et voit à leur respect.

Il a notamment la responsabilité de nommer les médecins et les dentistes, leur attribuer un statut, leur accorder des privilèges et prévoir les obligations qui y sont rattachées.

Un leadership fort et assumé débute par la participation du C.A de l'établissement. La direction générale, en accord avec le conseil d'administration de l'établissement, se doit de diffuser des orientations claires en regard de la prestation des services au sein de son établissement, dont ceux offerts au bloc opératoire.

La direction générale

Le directeur général est responsable, sous l'autorité du C.A., de l'administration et du fonctionnement de tout établissement que le conseil administre et de la gestion courante de ses activités et de ses ressources. Il rend compte de sa gestion au C.A.

Il veille à l'exécution des décisions du conseil d'administration et s'assure que soit transmise à ce dernier toute l'information qu'il requiert ou qui lui est nécessaire pour assumer ses responsabilités.

Il doit également s'assurer que la coordination et la surveillance de l'activité clinique exercée dans le centre soient effectuées, et ce, en accord avec les missions mandatées à son établissement.

En accord avec le C.A. de l'établissement, la direction générale doit appuyer ses gestionnaires de bloc dans leurs prises de décision au quotidien et supporter leurs actions pour permettre une gouvernance à la fois harmonieuse, ferme et décisionnelle.

Le directeur des services professionnels

Sous l'autorité du directeur général, le directeur des services professionnels coordonne l'activité professionnelle et scientifique de tout centre exploité par l'établissement avec les autres directeurs concernés.

En accord avec la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), son rôle est de :

1. Diriger, coordonner et surveiller les activités des chefs de départements cliniques prévues à l'article 189 de la LSSSS;
2. Obtenir des avis des chefs de départements cliniques sur les conséquences administratives et financières des activités des médecins et des dentistes des divers départements cliniques;

GUIDE DES BONNES PRATIQUES AU BLOC OPÉRATOIRE

3. Appliquer les sanctions administratives prévues au deuxième alinéa de l'article 189 et en informer le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, et les chefs de départements cliniques concernés;
4. Surveiller le fonctionnement des comités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, et s'assurer que ce conseil contrôle et apprécie adéquatement les actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posés dans tout centre exploité par l'établissement;
5. Prendre toutes les mesures pour faire en sorte qu'un examen, une autopsie ou une expertise exigée, en vertu de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès (chapitre R-0.2), soit effectué;
6. Remplir les obligations prévues au Code civil et à la Loi sur le curateur public (chapitre C-81) en matière de régime de protection des personnes inaptes et de mandat de protection;
7. Assumer toute autre fonction prévue au plan d'organisation de l'établissement.

Le directeur des services professionnels (DSP) a donc le pouvoir d'appliquer, soit par son autorité propre, soit par l'entremise des pouvoirs qu'il délègue à son chef de département clinique, des sanctions administratives qui peuvent avoir pour effet de limiter ou suspendre le droit d'un médecin ou d'un dentiste d'utiliser les ressources de l'établissement lors du non-respect des règles d'utilisation des ressources médicales et dentaires ainsi que des ressources matérielles utilisées par les médecins et dentistes qui tiennent compte, notamment, de la nécessité de favoriser l'accessibilité aux services de l'établissement.

Les chefs de départements

Les chefs de départements cliniques exécutent, sous l'autorité du directeur des services professionnels, les responsabilités suivantes selon la LSSSS :

1. Coordonner, sous réserve des responsabilités exécutées par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, les activités professionnelles des médecins, dentistes et pharmaciens, et le cas échéant, des biochimistes cliniques de leur département;
2. Gérer les ressources médicales et dentaires;
3. Élaborer, pour leur département, des règles d'utilisation des ressources médicales et dentaires ainsi que des ressources matérielles utilisées par les médecins et dentistes qui tiennent compte notamment de la nécessité de favoriser l'accessibilité aux services de l'établissement.

Ces règles entrent en vigueur après avoir été approuvées par le conseil d'administration, qui doit, au préalable, obtenir l'avis du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, le cas échéant.

Ces règles doivent prévoir des sanctions administratives qui peuvent avoir pour effet de limiter ou suspendre le droit d'un médecin ou d'un dentiste d'utiliser les ressources de l'établissement. Toutefois, ces sanctions ne peuvent être considérées comme une atteinte aux privilèges accordés par le conseil d'administration au médecin ou au dentiste, selon le cas;

GUIDE DES BONNES PRATIQUES AU BLOC OPÉRATOIRE

4. S'assurer, dans leur département, du respect des règles et des modalités de fonctionnement du mécanisme central de gestion de l'accès;
5. Faire la liste de garde conformément aux règlements du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens approuvés par le conseil d'administration et veiller à son application;
6. S'assurer de la distribution appropriée des soins médicaux et dentaires, et des services pharmaceutiques dans leur département;
7. Voir au respect des règles d'utilisation des ressources qu'ils ont élaborées pour leur département et informer, le cas échéant, le directeur des services professionnels ou le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'inobservation, par un médecin, un dentiste ou un pharmacien, de ces règles;
8. Dans l'éventualité où une sanction administrative est imposée, informer le conseil d'administration de la nature et des motifs ayant justifié celle-ci. Les règles d'utilisation sont prévues au paragraphe 3 du premier alinéa.

Les chefs de départements sont également responsables envers le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, de :

1. Surveiller la façon dont s'exercent la médecine, l'art dentaire et la pharmacie dans leur département.
 - a. Le cas échéant, de surveiller, sous réserve des responsabilités exécutées par le directeur des soins infirmiers, les activités visées par l'article 31 de la Loi médicale qui sont exercées par des infirmières ou d'autres professionnels de leur département habilités à les exercer par règlement du conseil d'administration du Collège des médecins du Québec;
2. Élaborer, pour leur département, des règles de soins médicaux et dentaires, et des règles d'utilisation des médicaments qui tiennent compte de la nécessité de rendre des services adéquats aux usagers, de l'organisation et des ressources dont dispose l'établissement;
3. Donner leur avis sur les privilèges et le statut à accorder à un médecin ou à un dentiste lors d'une demande de nomination ou de renouvellement de nomination et sur les obligations rattachées à la jouissance de ces privilèges.

Une importance capitale doit être accordée au choix d'un chef de département de chirurgie, d'anesthésiologie et de gynécologie. Il faut s'assurer que la personne choisie soit la bonne pour assumer les rôles qui lui sont confiés.

L'exercice de ces fonctions exige non seulement de la disponibilité, mais aussi des aptitudes de gestion et des connaissances de l'environnement juridique dans lequel évoluent l'exercice de la médecine et la pratique en établissement.

En accord avec la LSSSS (articles 188 à 192), les pouvoirs qui sont conférés au chef de département de chirurgie sont un levier important dont dispose un établissement pour assurer une gestion saine de son bloc opératoire.

GUIDE DES BONNES PRATIQUES AU BLOC OPÉRATOIRE

BIBLIOGRAPHIE

BONVOISIN, Frédéric. *Évaluation de la performance des blocs opératoires : du modèle aux indicateurs*, septembre 2011, ministère de la Santé et des Services sociaux, [En ligne], <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00626150>, consulté le 18 août 2020.

BOUTHILLER, Marie-Ève. *Système de priorisation pour l'accès à une chirurgie en situation de pandémie*, document préparé pour Docteure Lucie Opatry, sous-ministre adjointe au ministère de la Santé et des Services sociaux, 20 avril 2020, 32 p.

QUÉBEC, *Code civil du Québec : RLRO, chapitre CCQ-1991, à jour au 14 juin 2020*, [En ligne], [Québec]. Éditeur officiel du Québec. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/ccq-1991>, consulté en novembre 2019.

QUÉBEC, *Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès : RLRO, chapitre R-0.2, à jour le 14 juin 2020*, [En ligne], [Québec]. Éditeur officiel du Québec. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/R-0.2>, consulté en novembre 2019.

QUÉBEC, *Loi sur le curateur public : RLRO chapitre C-81, à jour le 14 juin 2020*, [En ligne], [Québec]. Éditeur officiel du Québec. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/c-81>, consulté en novembre 2019.

QUÉBEC, *Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) : RLRO, chapitre S-4.2, à jour le 14 juin 2020*, [En ligne], [Québec]. Éditeur officiel du Québec. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/s-4.2>, consulté en novembre 2019.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Gestion de la non-disponibilité personnelle de l'utilisateur inscrit sur la liste d'attente pour l'obtention d'un service médical spécialisé*, circulaire 2009-019, 2009, <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/d26ngest.nsf/1f71b4b2831203278525656b0004f8bf/1798a1f42e2ae4fe85257599006ddebba?OpenDocument>, [En ligne], consulté le 18 août 2020.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide des bonnes pratiques au bloc opératoire*, 2011, [En ligne], <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-940-01.pdf>, consulté le 18 août 2020.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan stratégique 2019-2023*, 2019, [En ligne], https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_19-717-02W_MSSS.pdf, consulté le 18 août 2020.



msss.gouv.qc.ca