



Guide
des bonnes pratiques
au bloc opératoire



COMITÉ DE RÉDACTION

D^r Michel Lemieux
Médecin-conseil
Direction des affaires universitaires, MSSSMme Danielle Hubert
Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques, MSSS

Mme Danielle Hubert
Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques, MSSS

M^{me} Hélène Renaud
Coordonnatrice clinico-administrative des activités chirurgicales
Centre hospitalier affilié universitaire de Québec

M^{me} Marie-Josée Paradis
Agente de secrétariat
Direction des affaires universitaires, MSSS

COLLABORATEURS

M^{me} Lise Caron
Directrice
Direction adjointe de l'organisation des services médicaux et technologiques, MSSS

M. Martin Forgues
Conseiller expert
Direction adjointe de l'organisation des services médicaux et technologiques, MSSS

M^{me} Nathalie Labrecque, inf. clinicienne
Coordonnatrice du RQCT
Direction des affaires universitaires, MSSS

M^{me} Annie Robitaille
Accès aux services spécialisés et surspécialisés
Direction adjointe de l'organisation des services médicaux et technologiques, MSSS

M. Simon Tremblay
Direction adjointe de l'organisation des services médicaux et technologiques, MSSS

Édition

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

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011
Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN : 978-2-550-62358-8 (imprimé)
ISBN : 978-2-550-62359-5 (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, 2011

TABLE DES MATIÈRES

1.	Introduction.....	1
2.	Le bloc opératoire.....	1
3.	L'optimisation	2
3.1	Une équipe performante	2
4.	Les constats	3
5.	Les bonnes pratiques organisationnelles	5
5.1	Le système informatisé	5
5.2	Le management centralisé (guichet unique)	6
5.3	La planification du programme	7
5.3.1	Les priorités	7
5.3.2	Le préenregistrement	7
5.3.3	La clinique de préadmission	7
5.3.4	Le processus chirurgical	8
6.	La conception du programme opératoire.....	9
7.	La gestion opérationnelle du bloc opératoire.....	9
7.1	Blocs opératoires et services de chirurgie.....	11
8.	Le comité du bloc opératoire	12
8.1	L'infirmière-chef	12
8.2	Le coordonnateur médical.....	13
9.	La gestion des lits.....	13
10.	La cohérence des heures d'ouverture	14
11.	La brancarderie	14
12.	Les zones franches	14
13.	La standardisation des interventions	15
14.	L'alternance des salles d'opération	15
15.	Conclusion.....	15
	Annexe 1 : Les informations à retirer d'un système informatisé.....	16
	Annexe 2 : Règlements du bloc opératoire.....	19
	Annexe 3 : Liste des blocs visités.....	31

1. INTRODUCTION

Le présent document est en grande partie issu des conclusions énoncées dans le rapport d'un groupe de travail formé de représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), qui ont visité et évalué la performance de 23 blocs opératoires situés aussi bien dans la région universitaire (CHU-CHA) que dans des établissements régionaux à vocation secondaire au Québec.

Étant essentiellement à l'origine des mêmes constats rapportés dans le rapport du Groupe de travail sur la chirurgie générale et orthopédique publié en 1995¹, notre document n'a pas la prétention d'être innovateur. Sans renier les conclusions de ce rapport, puisqu'elles sont factuelles encore aujourd'hui, nous suggérons ici un processus chirurgical plus adapté (plus jeune de quinze ans) aux pratiques émergentes avec comme pierre angulaire un système d'information qui intègre toutes les étapes du processus, de l'inscription sur la liste d'attente au retour à domicile.

Les suggestions proposées ont déjà fait leurs preuves; les essais effectués dans quelques centres hospitaliers à vocation tertiaire aussi bien que dans d'autres centres régionaux ont été concluants.

Les auteurs sont bien conscients qu'il ne s'agit aucunement d'appliquer une formule mathématique et que ce guide des bonnes pratiques doit être adapté à la réalité des centres hospitaliers et à leur mission particulière. Cependant, certains éléments du processus sont des incontournables qui peuvent être adoptés par tous. Ainsi, un système informatisé, une liste d'attente unique (guichet unique), le préenregistrement (prebooking) et la clinique de préadmission sont à la base du système.

2. LE BLOC OPÉRATOIRE

« Le bloc opératoire, lieu de haute technicité, souvent refuge de fonctionnements archaïques et individualistes, nécessite la mise en place d'une structure de gestion, d'arbitrage et de leadership. Celui-ci représente un espace clos où le non-respect des règles génère inefficience et risques, et où l'esprit d'équipe est essentiel. Il doit être en fait conçu comme un outil collectif au service du patient en évitant toute hégémonie d'une discipline sur une autre. Il s'agit en effet de passer d'une niche anthropologique avec ses statuts, ses symboles et ses tabous à une organisation rationnelle en réseau des différents métiers². »

- ♦ Le bloc est un centre d'activités dont le bon fonctionnement nécessite une interaction avec plusieurs autres composantes : urgence, unité de soins, cliniques externes, secteur de la chirurgie d'un jour, équipe de préenregistrement, clinique préopératoire, laboratoire, banque de sang, secteur de l'imagerie, unité des soins intensifs, salle de réveil, etc.
- ♦ En plus d'une collaboration étroite entre le personnel de chacune de ces composantes, la gestion du bloc exige une discipline rigoureuse de la part de son propre personnel aussi bien que de la part du corps médical. L'autorité de l'infirmière-chef et du coordonnateur médical doit être reconnue et 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.

¹ *Guide de gestion du bloc opératoire.*

² Source : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales des Midi-Pyrénées : risques au bloc opératoire : cartographie et gestion.

- ♦ Les équipes médicales doivent se plier à certaines contraintes nécessaires au bon fonctionnement du bloc opératoire : disponibilité, ponctualité, discipline et courtoisie, et être interpellées au besoin en cas de non-respect, puisque le moindre écart peut ralentir, voire paralyser le fonctionnement du bloc (retards et délais).

3. L'OPTIMISATION

Optimiser³, c'est opérer plus de patients dans de meilleures conditions, tout en maintenant le meilleur niveau de qualité⁴. L'optimisation repose en tout premier lieu sur une équipe performante, et le meilleur moyen d'améliorer cette performance est d'introduire des indicateurs objectifs et mesurables à l'aide d'un système informatisé efficace.

3.1 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 avec un rôle distinct pour les différentes disciplines et elle se compose d'infirmières, d'infirmières auxiliaires, d'inhalothérapeutes, de chirurgiens, d'anesthésiologistes ou de tout autre professionnel jugé utile pour une intervention particulière. L'équipe interface avec les autres services qui agissent dans les phases périopératoires. La coordination, la collaboration et la communication ont une incidence importante sur l'efficience en salle d'opération.
- ♦ L'utilisation de standards d'information fondés sur des données probantes favorise la prestation de soins efficaces et de qualité. Les plans de soins sont adaptés à des situations déterminées et des mises à jour fréquentes permettent de tenir compte des pratiques exemplaires.
- ♦ L'équipe performante favorise 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. Une autoévaluation pratiquée de façon régulière en se rapportant à des critères de performance bien établis, recensés dans un système informatisé, et un programme de formation continue assuré par des séances d'information portant sur les nouveaux développements et les nouveaux équipements et sur tout ce qui ressort des pratiques émergentes font également partie des qualificatifs qui appartiennent à l'équipe performante.

³ Donner les meilleures conditions de rendement. *Le Petit Robert*, 2009.

⁴ MEAH – Septembre 2006.

4. LES CONSTATS

Un groupe d'experts, chirurgiens et anesthésiologistes a visité les blocs opératoires de 23 centres hospitaliers situés dans les régions universitaires, mais aussi dans des régions plus éloignées (voir Annexe 3 – Liste des blocs visités). Les constats sont les suivants.

Sommaire des constats

Lieux physiques, instrumentation et équipement	Commentaires
Nbre de salles ouvertes / nbre total (ratio)	Dans l'ensemble des blocs visités, plus de 20 % des salles demeurent fermées, dont 9 blocs qui n'utilisent que 60 % de leurs salles.
Salle(s) dédiée(s) aux urgences	50 % des établissements avec salle dédiée n'ont toutefois pas de personnel dédié.
Salle d'induction	70 % n'ont pas de salle d'induction.
Salle(s) de chirurgie mineure (petit bloc)	Plus de 60 % ont un bloc de chirurgie mineure, distinct du bloc majeur.
Salles d'endoscopie	20 % des endoscopies sont réalisées au bloc.
Salles d'ophtalmologie	80 % des chirurgies sont réalisées au bloc.
Salle de réveil	Plus de 50 % ont un nombre insuffisant de civières, entraînant des délais à la sortie du bloc.
Instrumentation	Plus de 70 % ont recours à la stérilisation flash, en dehors des situations d'urgence.
Gestion administrative du bloc	
Comité du bloc	Moins de 15 % des comités du bloc assument leur rôle et les suivis des recommandations.
Règlements du bloc	Dans 70 % des cas, les règlements sont désuets ou non respectés, voire absents.
Coordonnateur du bloc	Plus de 50 % n'exercent pas le leadership attendu.
Priorités opératoires (allocation des plages opératoires)	Plus de 70 % des priorités sont utilisées de façon sous-optimale.
Activités prébloc	
Préenregistrement (confirmation des patients sur la liste opératoire)	Moins de 50 % confirment les inscriptions des patients sur les listes.
Préadmission	Plus de 50 % des établissements sous-utilisent ce service.
Programmes opératoires (horaire opératoire journalier)	La majorité (70 %) des programmes opératoires est réalisée comme prévu ou avec des changements mineurs.

Gestion opérationnelle du bloc	
Départ des salles le matin	Plus de 70 % présentent des retards importants au départ le matin, dans la majorité des salles.
Temps d'attente entre les cas	Plus de 60 % présentent des temps d'attente supérieurs à 20 minutes, même pour les cas simples.
Retards à la sortie des salles	Plus de 60 % présentent des retards, parfois fréquents, à la sortie des salles (engorgement à la salle de réveil, attente à la brancarderie, etc.).
Annulations	
Par manque de lits d'hospitalisation	30 % des blocs font face à cette situation assez fréquemment.
Par manque de lits aux soins intensifs	Près de 50 % des blocs la qualifient de fréquente.
Par dépassement du programme/cas d'urgence	Dans les blocs où la question a été soulevée, près de 50 % attribuent les annulations à cette situation.
Ressources humaines	
% atteinte PEM anesthésiologie	Le PEM en anesthésiologie est complet dans 85 % des établissements visités.
Inhalothérapeutes	Près de 50 % des blocs doivent pourvoir des postes vacants; 6 établissements (25 %) doivent le faire pour 2 postes ou plus.
Effectifs infirmiers	Près de 50 % des blocs font face à une pénurie importante (3 postes vacants ou plus).
Infirmières auxiliaires / instrumentistes	Près de 50 % n'ont pas encore intégré d'infirmières auxiliaires (fonction d'instrumentiste).
Brancarderie	Plus de 30 % doivent pourvoir 2 postes ou plus. L'organisation du travail doit être revue pour rendre optimale l'utilisation de ces 3 types d'employés (fusion de postes, etc.).
Culture d'établissement	
Climat de travail	Le climat de travail est assez bon dans plus de 60 % des blocs. Toutefois, 3 des blocs (13 %) visités étaient dysfonctionnels.
Communication interdisciplinaire	Le même phénomène se répète pour cet indicateur.
Pression de changer	Près de 80 % ne sentaient pas de pression pour changer.
Système d'information utilisé au bloc	Plus de 80 % possèdent le même système (OPÉRA), dans une version assez récente. Certains blocs bénéficieraient d'une mise à niveau pour une utilisation optimale.

5. LES BONNES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES

Aucune optimisation n'est possible sans un processus informatisé : un système d'information performant est en effet un outil essentiel à la bonne gérance et au bon fonctionnement du bloc opératoire.

5.1 Le système informatisé

L'information nécessaire à la production d'un programme opératoire cohérent permettant de gérer en temps réel les activités du bloc est volumineuse et ne peut être traitée efficacement qu'avec l'aide d'un support informatique.

- ◇ L'informatisation doit être totale. Un des critères de choix d'un système informatisé, en plus d'en être une conséquence logique, est la suppression du papier.
- ◇ Le système informatisé est géré par une seule équipe qui a reçu une formation particulière pour accomplir cette tâche et qui peut suivre l'évolution du processus chirurgical du début à la fin, allant même jusqu'à la planification de la convalescence.
- ◇ Un système informatisé permet d'optimiser l'utilisation des ressources, de diminuer le nombre d'annulations ou de reports d'intervention, de supporter la régularisation des activités du bloc, de satisfaire aux besoins de la clientèle en diminuant les listes d'attente et de soulager le personnel qui doit fréquemment faire des heures en surcroît de celles prévues.
- ◇ Un système informatisé donne également aux médecins la possibilité de compléter les programmes prévus dans les temps alloués et de mieux planifier leur temps, aussi bien à court qu'à long terme.
- ◇ Un système informatisé aide l'anesthésiologiste et le chirurgien à prévoir que les instruments et pièces d'équipement nécessaires à une intervention particulière seront disponibles.
- ◇ Un système informatisé peut également être un indicateur de performance et de fonctionnement. Il permet de déceler les problèmes. Il donne aussi les moyens d'effectuer les corrections nécessaires, d'apporter les ajustements aux pratiques et de faire les modifications appropriées aux règles de fonctionnement, le cas échéant.
- ◇ Grâce à un système informatisé, il est possible de prévoir l'utilisation des salles lors de l'élaboration du programme opératoire, de documenter le temps réel d'occupation des salles et les temps de remise en état des salles d'intervention entre les cas. De plus, il deviendra plus facile de profiler le temps requis pour une intervention particulière adaptée au chirurgien ou à l'anesthésiologiste et ainsi de planifier de façon cohérente et logique le programme.
- ◇ La mise sur pied et le bon fonctionnement d'un système informatisé dépendent de la collaboration de tout le personnel et de l'appui indéfectible des chirurgiens et des anesthésiologistes.

- ◆ Un système informatisé permet également de documenter l'utilisation des priorités opératoires par département ou par service, et ce, pour chacune des périodes. Nous présentons, à l'annexe 1, un tableau illustrant cette possibilité offerte par un système informatisé.

5.2 Le management centralisé (guichet unique)

La gestion de la liste d'attente demeure le plus grand défi d'un système public à payeur unique. La liste d'attente ne reflète pas nécessairement un manque de temps opératoire, pas plus qu'elle ne souligne un manque de ressources matérielles. On sait de plus que l'activité d'un bloc opératoire n'est pas liée à la capacité d'hébergement d'un centre hospitalier puisque la majorité des interventions peut être pratiquée en chirurgie d'un jour (60 %). L'expérience a démontré que la gérance de plusieurs listes d'attente appartenant à autant de chirurgiens, et que l'on retrouve dans leur carnet de rendez-vous, est impossible considérant la complexité des interventions, la diversité des instruments et équipements requis, les besoins de personnel spécialisé pour certaines interventions et les divers aléas et contraintes prévisibles ou impondérables. Il devient évident que pour orchestrer un processus chirurgical de façon efficace et sécuritaire il faut une liste d'attente unique.

Cette démarche, essentielle à la bonne gestion du bloc, permet quand même de conserver au patient le libre choix de son chirurgien et au chirurgien la possibilité d'opérer son patient.

La gestion d'une liste d'attente unique permet de dresser un programme chirurgical cohérent⁵ qui sera d'autant plus efficient qu'il aura été planifié tôt. Une liste d'attente unique comporte également plusieurs autres avantages :

- ◆ Pour le patient : il serait assuré d'une date pour sa chirurgie, ce qui lui permettrait de planifier ses absences de son travail, le temps de sa récupération et une date approximative de son retour au travail. Il serait de plus assuré que la chirurgie serait bien pratiquée au jour prévu et il serait soulagé de la crainte d'une annulation ou d'une remise ou encore de celle d'être « perdu » sur une des nombreuses listes.
- ◆ Pour le personnel : le personnel œuvrant dans les salles d'opération retrouverait un travail qui pourrait être exécuté à l'intérieur d'un horaire fixe (temps normal d'ouverture du bloc), avec une diminution voire l'élimination du temps supplémentaire que suscitent les dysfonctionnements, tels que les retards, les annulations et les substitutions, qui sont une source de frustration pour le personnel aussi bien que pour les médecins concernés.
- ◆ Les médecins, chirurgiens et anesthésiologistes, moyennant certaines contraintes, pourront faire plus à l'intérieur d'un même horaire et bénéficier, à leur tour, d'une planification de leur temps, aussi bien à court terme qu'à long terme, et de l'assurance que les chirurgies programmées seront faites au moment prévu, avec les instruments nécessaires, et ce, sans retard.

⁵ Lié également à la saine gestion des lits et au fonctionnement optimal de l'urgence.

- ◆ Pour l'administrateur, les annulations ou la remise d'interventions entraînent un surcroît financier important; elles sont également très coûteuses pour le système parce qu'elles 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).

5.3 La planification du programme

5.3.1 Les priorités

- ◆ La distribution des priorités doit se faire dans le but d'optimiser l'utilisation des ressources humaines ou matérielles et de réduire de façon absolue les sources de conflits.
- ◆ Les priorités sont octroyées par le Comité du bloc opératoire à un département ou à un service et non pas à un individu en particulier, quels que soient sa séniorité ou son prestige dans l'établissement.
- ◆ Il appartiendra par la suite au chef de département ou de service d'en faire l'allocation parmi les membres de son département ou service, en se basant d'abord sur les besoins de la clientèle et, en second lieu, sur les listes d'attente.
- ◆ Une banque commune de cas dans chaque département ou service peut souvent assurer que les priorités sont toujours comblées.

5.3.2 Le préenregistrement

Le patient inscrit sur la liste d'attente pourra connaître la date approximative de sa chirurgie et 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 aux usagers en attente de chirurgie.
- ◆ Une diminution des erreurs et de la perte d'information.
- ◆ Une réduction des temps d'attente par 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.

5.3.3 La clinique de préadmission

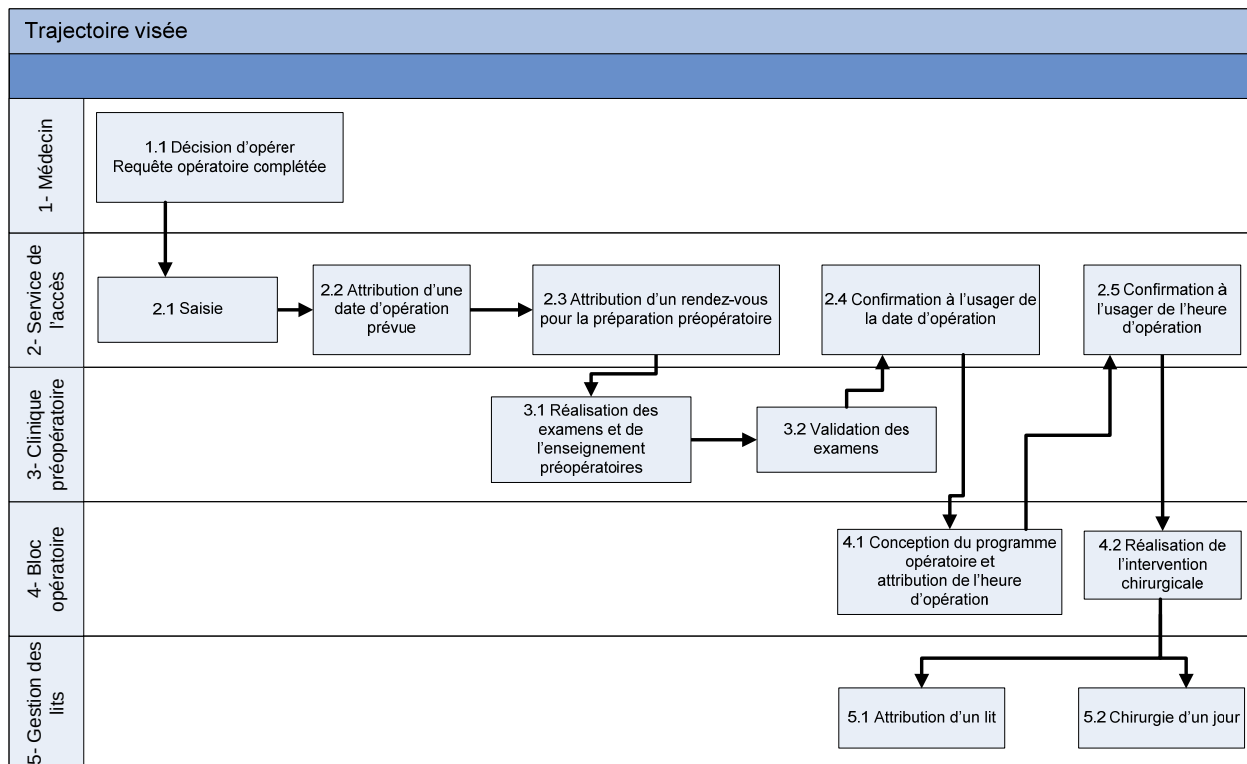
La phase préopératoire présente l'aspect le plus complexe dans la chaîne de prestation de soins électifs en chirurgie. Elle fait appel à plusieurs services : laboratoires, imagerie, soins infirmiers, travail social, physiothérapie, pharmacie, consultants et administration (gestion des lits). Les répercussions d'une mauvaise gérance de cette première phase sont multiples : non seulement les annulations rendues nécessaires parce que les patients n'ont pas été bien préparés influent sur le fonctionnement du bloc opératoire, mais elles augmentent l'utilisation des lits et contribuent à l'engorgement de l'urgence en plus d'être une source de frustration pour toute l'équipe médicale.

Les avantages d'une clinique de préadmission sont multiples :

- ❖ L'infirmière procède à un examen complet du dossier médical et s'assure que tous les examens prérequis à une intervention chirurgicale ont été pratiqués et que la date prévue pour l'intervention est bien dans les délais.
- ❖ Les comorbidités ont été bien détectées, les consultations ont été obtenues et effectuées.
- ❖ Le patient et sa famille ont reçu l'enseignement nécessaire à la bonne compréhension de leur rôle particulier dans le déroulement du processus chirurgical, incluant la planification de la convalescence.
- ❖ Les patients qui demeurent en région éloignée peuvent être reçus à la clinique de préadmission la plus rapprochée, le personnel ayant reçu la formation nécessaire et la documentation appropriée et, le cas échéant, le dossier est complété par conférence téléphonique avec le personnel de l'établissement receveur.

5.3.4 Le processus chirurgical

Le tableau suivant reproduit la séquence de la phase préopératoire de processus chirurgical.



6. LA CONCEPTION DU PROGRAMME OPÉRATOIRE

Toutes les requêtes opératoires programmées par l'équipe de préenregistrement, contenant les informations colligées au cours des visites à la clinique préopératoire, sont d'abord validées par l'équipe du préenregistrement et la responsable du programme au bloc opératoire 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 dernière validation du programme opératoire est faite la veille de la chirurgie afin de prendre en compte le niveau des urgences, la disponibilité des lits ou tout autre événement qui peut nuire à la réalisation du programme. Cette dernière validation permet entre autres d'aviser le ou les patients touchés par les changements et de planifier des cas remplaçants. La conception finale du programme opératoire se fait en collaboration avec le coordonnateur médical du bloc.

Sont également pris en compte des facteurs tels que :

- ◆ la disponibilité du personnel régulier ou spécialisé;
- ◆ le type d'intervention prévue (ex. : complexité de la chirurgie, durée de l'intervention, 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 permettra de satisfaire aux besoins de plusieurs interventions du même type et d'utiliser efficacement les pièces d'équipement spécialisé à disposition (ex. : amplificateur de brillance).

Un fonctionnement rigoureux et une planification du programme qui se base sur les profils établis par un programme informatisé permettront de réaliser plus de chirurgies selon les horaires prévus et d'éliminer quasi complètement les dépassements d'horaire qui sont souvent une source de frustration et de démotivation pour le personnel qui œuvre dans les salles.

7. LA GESTION OPÉRATIONNELLE DU BLOC OPÉRATOIRE

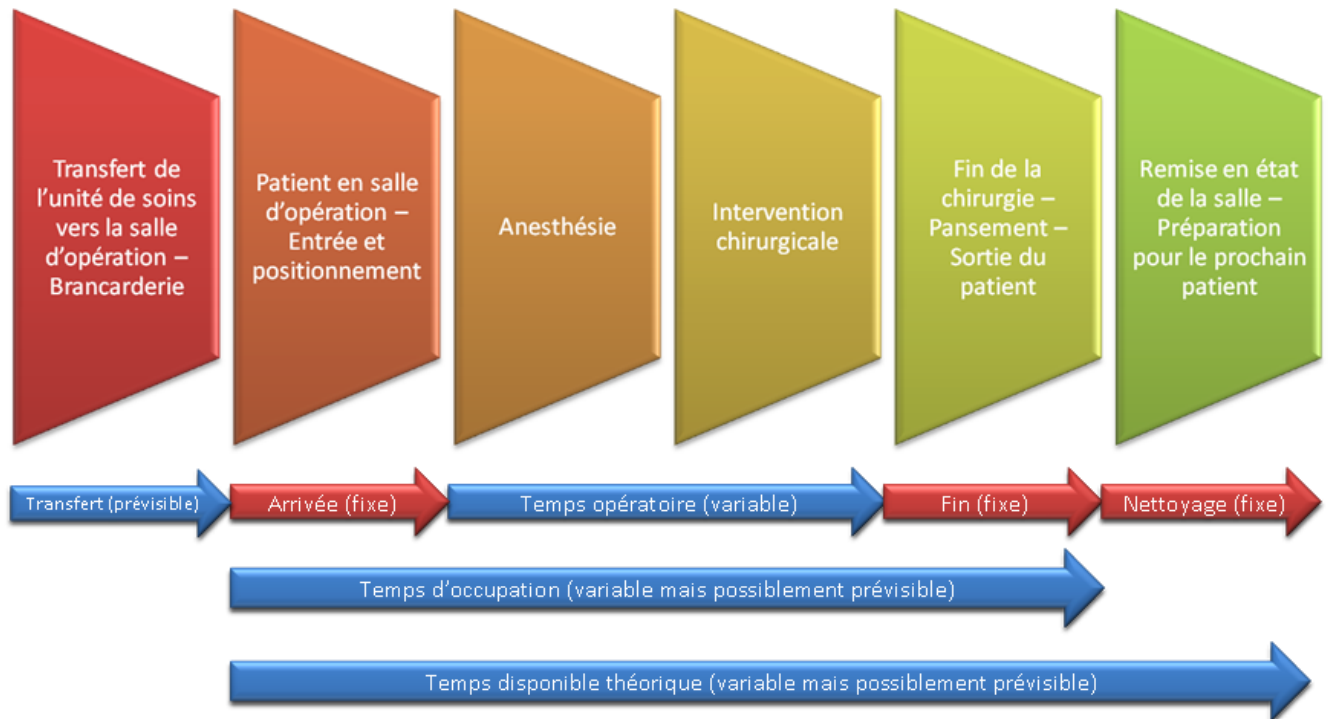
Les constats établis lors des visites dans 23 blocs opératoires et des études récentes menées par une firme indépendante⁶ suggèrent des améliorations dans la gestion opérationnelle du bloc opératoire.

Alors que, sur une période journalière, le temps théorique d'occupation disponible d'une salle d'opération est de huit heures (100 %), le temps d'occupation réel (patient dans la salle) devrait être de 90 % du temps disponible. Certaines périodes du temps réel d'occupation sont prévisibles, tels l'entrée et le positionnement du patient, le pansement et la sortie de salle. D'autres périodes d'occupation réelle sont variables, soit le temps d'anesthésie et le temps opératoire. Cependant, les périodes de remise en état des salles sont standardisées; ainsi, la remise en état pour une salle dans laquelle on a pratiqué une chirurgie majeure est de 20 minutes et de 5 minutes pour une chirurgie mineure. Le tableau suivant résume ces propos :

⁶ Rapport du comité conjoint MSSS-FRSQ, Septembre 2010. Raymond Chabot 2008.

Temps de salle d'opération

Bonnes pratiques

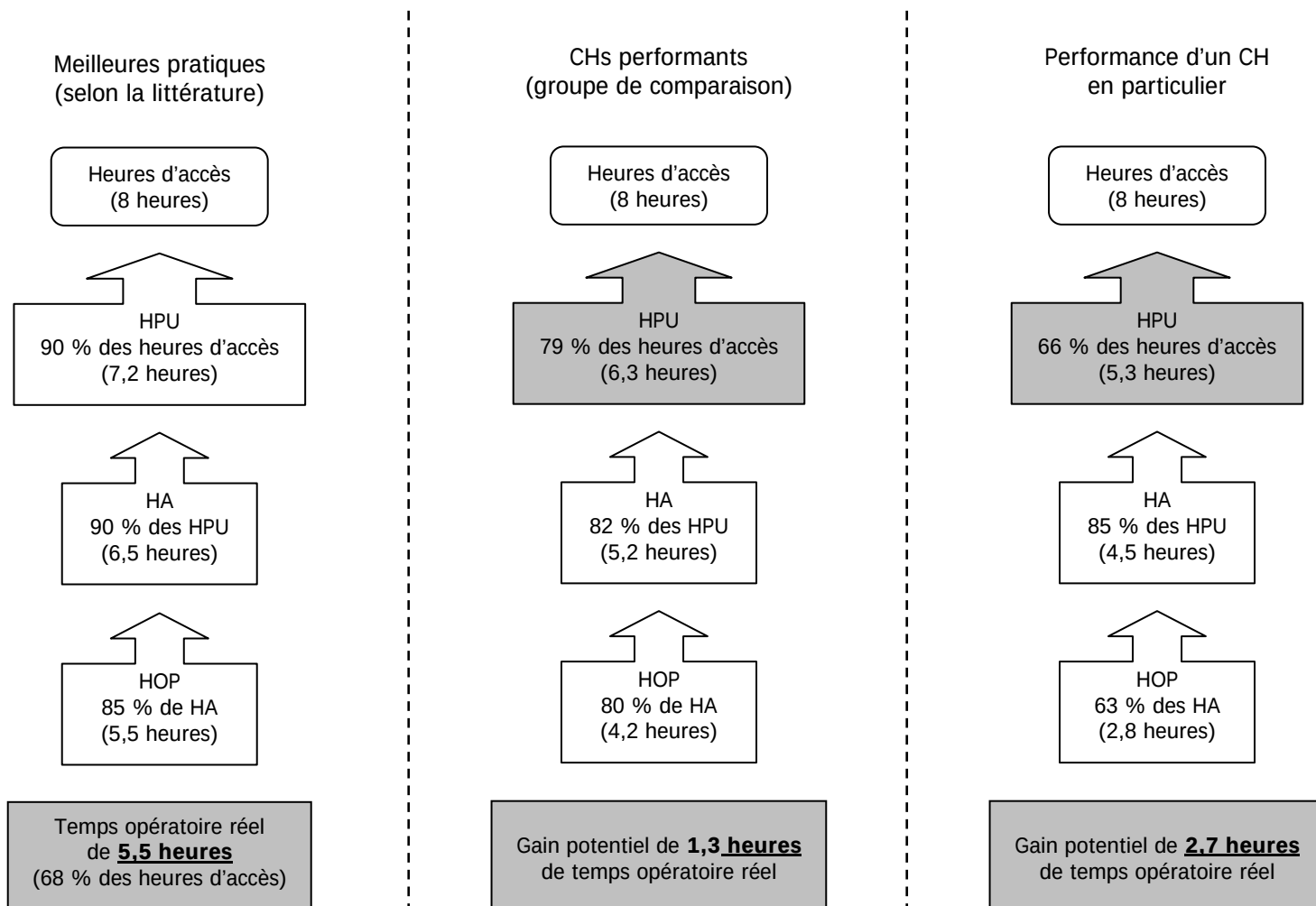


Source : Raymond Chabot Grant Thornton, Mars 2008

Ce tableau peut refléter les gains possibles dans la majorité des centres hospitaliers au Québec, mais doit être adapté à la réalité des établissements. En zone universitaire, nous convenons qu'il serait plus difficile d'y adhérer complètement.

7.1 Blocs opératoires et services de chirurgie

Le tableau suivant est extrait du rapport *Blocs opératoires et services de chirurgie : enjeux et solution*⁷. Ce rapport fait suite aux constats retenus lors de l'évaluation de fonctionnement de sept blocs opératoires situés dans des centres hospitaliers régionaux au Québec.



Légende {
 HPU : Heures-présences-usager
 HA : Heures d'induction anesthésique
 HOP : Heures opératoires

⁷ Raymond Chabot Grant Thornton, mars 2008

8. LE COMITÉ DU BLOC OPÉRATOIRE

Un comité actif et efficace est essentiel dans le plan d'organisation et de fonctionnement d'un bloc opératoire. Son rôle est d'une importance cruciale pour la prise de décision et pour le fonctionnement global du bloc.

Le Comité du bloc opératoire est composé des membres suivants :

- ◆ le coordonnateur médical, qui en assume habituellement la présidence;
- ◆ les chefs de département de chirurgie, d'anesthésiologie, de gynéco-obstétrique, d'ORL;
- ◆ les chefs de spécialités chirurgicales;
- ◆ l'infirmière-chef ou son assistante;
- ◆ le chef du service des technologies respiratoires;
- ◆ le directeur ou la directrice du programme de santé physique;
- ◆ une représentante de la Direction des soins infirmiers;
- ◆ le directeur des services professionnels.

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

- ◆ Il en établit les règles de fonctionnement (règlements du bloc opératoire) et propose les amendements jugés pertinents.
- ◆ Il répartit les priorités opératoires par services chirurgicaux en fonction des listes d'attente et des ressources médicales de chaque service.
- ◆ Il réévalue périodiquement la répartition des priorités, minimalement deux fois par année.
- ◆ Il étudie et évalue l'acquisition d'équipements ou d'instruments chirurgicaux, puis fait ses recommandations.
- ◆ 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 de l'infirmière-chef, du coordonnateur médical et du chef du département de chirurgie ou du chef du département d'anesthésiologie.

8.1 L'infirmière-chef

- ◆ Est responsable de planifier, d'organiser et de coordonner les activités opérationnelles du bloc opératoire en matière de gestion des ressources humaines et du contrôle des activités touchant l'organisation et la gestion des soins à la clientèle.
- ◆ Assume la gestion du budget du bloc opératoire; une responsabilité qu'elle partage avec le Comité du bloc (son exécutif).
- ◆ Planifie, avec le coordonnateur médical, la gestion quotidienne et l'élaboration du programme opératoire.

8.2 Le coordonnateur médical

- ◆ Devrait être un anesthésiologiste ou un chirurgien membre actif du CMDP, qui exerce la majeure partie de ses activités professionnelles au bloc opératoire.
- ◆ A autorité sur les médecins lorsque ces derniers œuvrent dans l'une ou l'autre des unités constituant le bloc chirurgical.
- ◆ Travaille en collaboration avec les chefs de département ou de service.
- ◆ Appuie l'infirmière-chef dans la gestion du bloc et représente la Direction des services professionnels à l'intérieur du bloc opératoire.

L'infirmière-chef et le coordonnateur médical assument la gouvernance du bloc et voient au respect des règlements. Il leur revient d'établir un programme opératoire qui vise l'optimisation des ressources humaines et matérielles tout en respectant les priorités accordées aux chirurgiens, l'horaire du personnel et des médecins ainsi que les contraintes qui leur sont imposées par les budgets alloués.

9. LA GESTION DES LITS

- ◆ La gestion des lits devrait être confiée à un comité ad hoc : elle est essentielle au bon fonctionnement d'un centre hospitalier. L'encombrement des urgences, l'augmentation quelquefois non justifiée des durées de séjour, le vieillissement de la population et le manque de lits pour les patients en attente de soins de longue durée sont des facteurs qui influent grandement sur la production des blocs opératoires et qui soulignent l'importance d'une bonne gestion des lits. Par ailleurs, certains centres hospitaliers ont une équipe assignée pour effectuer la gestion des lits.
- ◆ Dans une très grande majorité, les centres hospitaliers n'ont pas de lits protégés pour un service ou pour un département particulier. Ils sont en conséquence exposés à voir occuper des lits qui étaient destinés aux patients de chirurgie par des patients qui attendent à l'urgence pour des raisons autres qu'une chirurgie. Le préenregistrement, l'évaluation préopératoire et la préparation des patients à la clinique sont autant de moyens qui favorisent une meilleure utilisation des lits et qui permettent de contourner les contraintes de l'urgence.
- ◆ Des protocoles de soins, un algorithme de traitement et une planification de la convalescence ont permis de réduire de façon significative la durée des hospitalisations et le recours aux soins intensifs.

Les énoncés suivants font état des objectifs réalistes et réalisables que l'établissement doit atteindre pour permettre la fluidité des activités chirurgicales et éviter la dépendance à la disponibilité des lits.

- ◆ L'admission le jour de la chirurgie peut se faire dans plus de 80 % des cas et on devrait 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.

- ◆ Au moins 90 à 95 % des cas électifs devraient avoir fréquenté la clinique de préadmission. Présentement, même les patients qui doivent subir des chirurgies oncologiques lourdes ou des chirurgies majeures telles qu'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 de préadmission).

10. LA COHÉRENCE DES HEURES D'OUVERTURE

Les heures d'ouverture du bloc opératoire, 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. Pour ce qui est de la salle de réveil, elle ne devrait être employée que pour les patients ayant subi une anesthésie de type général ou régional qui requiert une période de recouvrement 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.

11. LA BRANCARDERIE

Dans un contexte fortement ambulatoire, la synchronisation des activités devient un élément essentiel à la performance du bloc opératoire. Le transport des patients, assumé par un système de brancarderie efficace, devient une pierre angulaire du fonctionnement et a pour objet d'assurer la disponibilité du patient au bon moment.

Un système de brancardage exclusif à la salle d'opération, tout au moins qui lui est exclusivement dédié à certaines heures de la journée, est souhaitable.

12. LES ZONES FRANCHES

Certains centres hospitaliers sont dotés d'une surabondance de ressources et ne parviennent pas à utiliser toutes les priorités dont ils disposent chaque jour. Ces priorités pourraient devenir « zones franches » et être offertes à des chirurgiens qui œuvrent dans des centres hospitaliers qui eux ne sont pas capables de satisfaire à toutes les demandes. Des « zones franches » existent déjà dans certaines régions, à l'avantage des usagers.

13. LA STANDARDISATION DES INTERVENTIONS

La standardisation des équipements et des fournitures chirurgicales a permis d'éliminer ou à tout le moins de diminuer au minimum les variations suscitées par les demandes particulières de la part de différents chirurgiens. Il est en effet plus efficace de standardiser les pratiques cliniques que de les adapter à chaque chirurgien.

Les temps d'attente entre les cas ne sont pas toujours dus à un manque de ressources. Ainsi, on note chaque jour des retards ou des pertes de temps opératoire entre les cas parce que la préparation de la salle ou celle des instruments doit se faire en fonction des préférences de chacun des chirurgiens, même si tous doivent effectuer la même intervention. Il est bien reconnu que les changements au continuum ralentissent le système. Alors que l'on est souvent porté à blâmer des événements imprévisibles tels que les urgences, qui de fait dans les gros blocs opératoires ne sont pas réellement des impondérables, les variations et les pertes de temps sont plus souvent causées par des inefficacités organisationnelles.

14. L'ALTERNANCE DES SALLES D'OPÉRATION

L'octroi d'une double priorité (deux salles) la même journée à un service ou à une équipe d'un même service pourrait permettre un chevauchement d'une salle à l'autre au fur et à mesure qu'une intervention est complétée et ainsi offrir la possibilité de faire plus d'interventions dans le cadre de la priorité.

Plusieurs exemples provenant de nombreuses spécialités démontrent l'efficacité d'un tel système où le temps opératoire disponible est utilisé au maximum.

15. CONCLUSION

Alors qu'il est évident qu'il n'y a pas de solution simple, rapide ou de solution miracle pour accélérer l'accès aux soins chirurgicaux, il y a quand même des stratégies bien établies qui ont fait leurs preuves dans la quasi-totalité des établissements les ayant adoptées. Les stratégies énumérées ci-haut ajoutées à des initiatives propres à chaque établissement ainsi qu'une volonté ferme de faire les changements nécessaires sont la garantie du succès.

ANNEXE 1 : LES INFORMATIONS À RETIRER D'UN SYSTÈME INFORMATISÉ

Un système informatisé permet d'obtenir toutes les données qui suivent.

Période (Jours ouvrables)	P1 (15 jours)				P2 (19 jours)				P3 (20 jours)			
Temps opératoire	Théorique 1621	Disponible 1597	Utilisé 1420	% utilisé 89%	Théorique 2063	Disponible 2042	Utilisé 1964	% utilisé 96%	Théorique 2159	Disponible 2145	Utilisé 2001	% utilisé 93%
ANESTHÉSIE	109 7%	109 7%	34 2%	31%	138 7%	138 7%	46 2%	33%	145 7%	145 7%	74 4%	51%
CHIRURGIE GÉNÉRALE	224 14%	224 14%	232 16%	104%	264 13%	272 13%	284 14%	104%	288 13%	280 13%	275 14%	98%
Utilisé sous-spécialités : CHT=5 CVP=11												
CHIRURGIE PLASTIQUE	88 5%	88 6%	66 5%	75%	104 5%	96 5%	104 5%	108%	104 5%	104 5%	88 4%	85%
Utilisé sous-spécialités : BRUL=6												
Grands Brûlés	16 1%	16 1%	9 1%	56%	24 1%	24 1%	9 0%	38%	32 1%	32 1%	24 1%	75%
MAXILLO-FACIALE	128 8%	128 8%	99 7%	77%	160 8%	160 8%	166 8%	104%	176 8%	176 8%	175 9%	99%
NEURO-CHIRURGIE	328 20%	320 20%	265 19%	83%	400 19%	376 18%	284 14%	76%	416 19%	400 19%	337 17%	84%
ORL	152 9%	152 10%	129 9%	85%	207 10%	224 11%	214 11%	96%	216 10%	224 10%	207 10%	92%
ORTHOPÉDIE	314 19%	328 21%	358 25%	109%	432 21%	432 21%	478 24%	111%	448 21%	448 21%	490 24%	109%
Urgence	174 11%	144 9%	141 10%	98%	222 11%	208 10%	255 13%	123%	222 10%	216 10%	218 11%	101%
Utilisé sous-spécialités : DISPO=5 URGENCE=136 CHB=3 CHIR=9 CVP=2 GAST=1 NCHI=22 ORL=46 ORTH=55 PLAS=2 URO=1												
Urologie	88 5%	88 6%	87 6%	99%	112 5%	112 5%	124 6%	111%	112 5%	120 6%	113 6%	94%
Hors priorité												
49 CHB=6 CHIR=1 NCHI=8 ORL=22 ORTH=4 PLAS=2 URO=6												
24 CHB=1 NCHI=13 ORL=5 ORTH=2 PLAS=3												
54 NCHI=3 ORL=49 ORTH=1 URO=1												
Urgence soir / nuit												
92 ANES=2 CHB=10 CHIR=21 CVP=5 NCHI=18 ORL=4 ORTH=30 URO=2												
143 ANES=1 CHB=11 CHIR=43 CVP=1 NCHI=23 ORTH=60 PLAS=1 URO=3												
149 ANES=1 CHB=10 CHIR=32 NCHI=23 ORL=2 ORTH=78 PLAS=3												

Source : Centre hospitalier affilié universitaire de Québec

UTILISATION DES PRIORITÉS OPÉRATOIRES

Par périodes budgétaires 2009 (2009-04-01 - 2010-01-02)

Période (Jours ouvrables)	P7 (20 jours)				P8 (19 jours)				P9 (20 jours)			
Temps opératoire	Théorique 2144	Disponible 2121	Utilisé 1799	% utilisé 85%	Théorique 2059	Disponible 2036	Utilisé 1626	% utilisé 80%	Théorique 2161	Disponible 2153	Utilisé 1870	% utilisé 87%
ANESTHÉSIE	145 7%	145 7%	54 3%	37%	140 7%	140 7%	41 3%	29%	145 7%	145 7%	53 3%	37%
CHIRURGIE GÉNÉRALE	296 14%	304 14%	299 17%	98%	264 13%	296 15%	269 17%	91%	288 13%	296 14%	290 16%	98%
Utilisé sous-spécialités : CHT=6 CVP=30				CHT=3 CVP=24				CVP=35				
CHIRURGIE PLASTIQUE	112 5%	112 5%	69 4%	62%	95 5%	96 5%	63 4%	66%	104 5%	104 5%	73 4%	70%
Utilisé sous-spécialités : BRUL=15				BRUL=19				BRUL=20				
Grands Brûlés	32 1%	32 2%	11 1%	34%	24 1%	24 1%	13 1%	54%	32 1%	32 1%	14 1%	44%
MAXILLO-FACIALE	168 8%	184 9%	210 12%	114%	168 8%	168 8%	171 11%	102%	176 8%	176 8%	208 11%	118%
NEURO-CHIRURGIE	416 19%	384 18%	265 15%	69%	384 19%	368 18%	286 18%	78%	416 19%	408 19%	316 17%	77%
ORL	224 10%	224 11%	210 12%	94%	200 10%	184 9%	168 10%	91%	224 10%	224 10%	211 11%	94%
ORTHOPÉDIE	440 21%	416 20%	399 22%	96%	432 21%	448 22%	380 23%	85%	448 21%	456 21%	397 21%	87%
Utilisé sous-spécialités :				BRUL=2								
Urgence	207 10%	216 10%	178 10%	82%	240 12%	232 11%	161 10%	69%	224 10%	240 11%	237 13%	99%
Utilisé sous-spécialités : DISPO=37 URGENCE=141 CHB=6 CHIR=27 CVP=11 NCHI=34 ORL=6 ORTH=80 PLAS=10 PNEU=1 URO=3				DISPO=27 URGENCE=136 BRUL=3 CHB=4 CHIR=4 CHT=2 CVP=7 NCHI=25 ORL=24 ORTH=82 PLAS=10				DISPO=51 URGENCE=185 CHB=34 CHIR=10 CVP=23 NCHI=43 ORL=13 ORTH=92 PLAS=16 URO=6				
Urologie	104 5%	104 5%	104 6%	100%	112 5%	80 4%	74 5%	92%	104 5%	72 3%	71 4%	99%
Hors priorité	36 CHIR=5 CVP=1 NCHI=5 ORL=12 ORTH=4 PLAS=7				40 BRUL=3 CHB=3 NCHI=18 OPHT=4 ORL=11 ORTH=2				50 CHB=3 NCHI=25 ORL=17 ORTH=3 PLAS=2			
Urgence soir / nuit	145 ANES=2 CHB=8 CHIR=41 CVP=3 NCHI=13 ORL=2 ORTH=68 PLAS=1 RAD=0 URO=7				164 ANES=2 CHB=8 CHIR=35 CVP=8 NCHI=23 ORL=1 ORTH=62 PLAS=2 URO=23				148 ANES=0 CHB=23 CHIR=45 CHT=0 CVP=2 NCHI=16 ORL=5 ORTH=45 PLAS=3 URO=9			

* Les totaux sont arrondis au nombre entier le plus proche. | Contient les interventions des jours ouvrables seulement. | Tient compte de la spécialité de l'intervention principale seulement.

Source : Centre hospitalier affilié universitaire de Québec

UTILISATION DES PRIORITÉS OPÉRATOIRES

Par périodes budgétaires 2009 (2009-04-01 - 2010-01-02)

Période (Jours ouvrables)	P10 (15 jours)											
Temps opératoire	Théorique 1224	Disponible 1224	Utilisé 1053	% utilisé 86%								
ANESTHÉSIE	72 6%	72 6%	28 3%	39%								
CHIRURGIE GÉNÉRALE	144 12%	160 13%	140 13%	88%								
Utilisé sous-spécialités : CVP=13												
CHIRURGIE PLASTIQUE	56 5%	56 5%	35 3%	62%								
Utilisé sous-spécialités : BRUL=4												
Grands Brûlés	16 1%	16 1%	14 1%	88%								
MAXILLO-FACIALE	80 7%	88 7%	88 8%	100%								
NEURO-CHIRURGIE	208 17%	200 16%	144 14%	72%								
ORL	104 8%	104 8%	85 8%	82%								
ORTHOPÉDIE	224 18%	224 18%	217 21%	97%								
Urgence	256 21%	256 21%	258 25%	101%								
Utilisé sous-spécialités : DISPO=9 URGENCE=248 ANES=10 BRUL=17 CHB=7 CHIR=26 CHT=1 CVP=10 NCHI=64 ORL=21 ORTH=98 PLAS=1 URO=3												
Urologie	64 5%	48 4%	44 4%	92%								
Hors priorité 32 CHIR=2 NCHI=3 ORL=26 ORTH=2												
Urgence soir / nuit 149 ANES=1 CHB=11 CHIR=65 NCHI=14 ORTH=56 URO=2												

* Les totaux sont arrondis au nombre entier le plus proche. | Contient les interventions des jours ouvrables seulement. | Tient compte de la spécialité de l'intervention principale seulement.

Source : Centre hospitalier affilié universitaire de Québec

ANNEXE 2 : RÈGLEMENTS DU BLOC OPÉRATOIRE

1. Introduction

Le bloc opératoire est un instrument essentiel à l'activité chirurgicale. Une bonne gestion des ressources humaines et matérielles au bloc opératoire est conséquemment indispensable à son bon fonctionnement. Le processus chirurgical est complexe et comporte plusieurs facettes. On doit y inclure la phase préopératoire, la préparation à la chirurgie, l'admission, l'anesthésie, l'intervention, la convalescence, et, conséquemment, il fait appel à plusieurs professionnels de la santé qui œuvrent dans les hôpitaux. La bonne gestion du bloc opératoire est donc celle qui assurera la cohésion de toutes les équipes à l'œuvre dans les salles d'opération. Le règlement du bloc opératoire se veut un instrument qui vient contribuer à assurer cette cohésion.

2. Le Comité du bloc opératoire

2.1. La composition du comité⁸

- le responsable médical (coordonnateur médical du bloc);
- l'infirmière-chef (coordonnatrice du bloc);
- le directeur ou la directrice du programme de santé physique;
- le chef du département d'anesthésiologie ou son représentant;
- le chef du département de chirurgie ou son représentant;
- le chef du service des technologies respiratoires;
- l'assistante infirmière-chef;
- une infirmière désignée.

2.2. La présidence du comité

Le comité est présidé par le coordonnateur médical du bloc

2.2.1. Le rôle du président

- Préside les réunions du comité.
- Convoque les réunions et prépare l'ordre du jour.
- Est responsable de la rédaction du procès-verbal.

2.3. La coordination médicale du bloc

L'intensité et la complexité des activités au bloc opératoire sont telles qu'il est obligatoire d'avoir un coordonnateur médical.

- Celui-ci est nommé par le conseil d'administration après consultation entre le directeur des services professionnels, les chefs de département et la coordonnatrice (infirmière-chef) du bloc.
- La nomination est faite pour un terme de deux ans, renouvelable deux fois.
- Le coordonnateur doit être un membre actif du département de chirurgie ou d'anesthésiologie.
- Le coordonnateur médical doit être disponible chaque jour et avoir un remplaçant désigné en cas d'absence.
- Le coordonnateur est rémunéré sur une base contractuelle.

⁸ On doit tenir compte de la réalité de l'établissement.

2.3.1. Le mandat du coordonnateur médical

- Assume, avec l'infirmière-chef (ou sa déléguée), la coordination des activités médicales au bloc opératoire.
- Veille à l'application des règlements, gère les activités quotidiennes du programme opératoire et, le cas échéant, tranche les différends qui nécessitent une intervention immédiate.
- Participe à l'élaboration du programme opératoire.
- S'assure du respect des temps opératoires octroyés à chacune des spécialités.
- Intervient directement auprès des médecins (chirurgiens ou anesthésiologistes) qui ne respectent pas les règlements.
- Modifie le programme opératoire pour l'adapter à des situations urgentes qui peuvent survenir dans la pratique quotidienne.

2.4. Les réunions du Comité du bloc opératoire

- Ont lieu mensuellement, sauf dans les mois d'été (juillet et août).
- Elles ne doivent pas retarder de plus de 30 minutes les programmes opératoires.
- Le quorum est de 60 % des membres réguliers.
- L'ordre du jour et les documents afférents sont envoyés aux membres réguliers cinq jours ouvrables à l'avance.
- Une réunion spéciale portant sur un sujet unique peut être convoquée par le président avec un préavis de 48 heures.
- Les décisions y sont prises au vote majoritaire. En cas d'égalité, le vote du président sera prépondérant.

2.4.1. Le mandat du Comité du bloc opératoire

- Élabore et tient à jour les règlements du bloc opératoire.
- Voit à la bonne utilisation des ressources humaines et matérielles en salle d'opération, à la salle de réveil et au bloc de chirurgie mineure le cas échéant.
- S'assure de l'application des règlements.
- Établit les priorités d'acquisition d'équipements ou d'instruments chirurgicaux pour les différentes disciplines qui œuvrent au bloc opératoire.
- Prépare une grille de priorités opératoires pour les différents départements et peut, selon les activités des départements, modifier la grille des priorités.
- Peut, en dernier lieu, trancher un différend entre un membre d'un département et son chef sur l'octroi de priorités opératoires.
- Doit aviser le chef du département concerné du non-respect du règlement par l'un de ses membres ainsi que de toute autre pratique qui pourrait nuire au bon fonctionnement du bloc. Advenant une action répétitive, le Comité, par l'intermédiaire de son président ou du chef de département concerné, pourra porter plainte pour indiscipline auprès du médecin examinateur de l'établissement.
- Participe à tout projet de réduction des activités au bloc opératoire, notamment durant les périodes de vacances.
- Analyse et résout les problèmes relatifs au bloc opératoire soumis par ses membres.

3. Les chefs de département et de service

Les chefs des départements cliniques concernés se doivent d'assumer les responsabilités qui leur sont attribuées par la loi (LSSS 188 à 192) :

- représenter les membres qui composent leurs départements;
- établir pour leurs membres la grille des priorités opératoires octroyées à chacun d'eux selon celles qui sont allouées au département.

3.1. L'infirmière-chef du bloc opératoire

- Est nommée par la directrice des soins infirmiers après consultation avec le directeur des services professionnels.
- Partage, avec le coordonnateur médical, la gestion quotidienne et l'élaboration du programme opératoire.
- Assume la gestion des ressources humaines au bloc opératoire.
- Assume la gestion du budget du bloc opératoire.
- Informe et partage la responsabilité de l'administration du budget avec les membres du Comité du bloc opératoire.
- S'assure du maintien des compétences et du respect des règlements pour le personnel sous sa juridiction.
- Informe le coordonnateur médical de toute situation ou pratique qui peut entraver le bon fonctionnement au bloc opératoire.

3.2. L'anesthésiologiste

- Doit faire ou obtenir une évaluation préanesthésique.
- S'assure de la disponibilité immédiate du chirurgien avant l'induction de l'anesthésie.
- Doit superviser le travail de l'inhalothérapeute qui l'accompagne, le cas échéant.
- Assume la responsabilité médicale du patient en salle de réveil.
- Autorise le départ du patient de la salle de réveil.
- Informe, dans les meilleurs délais, le chirurgien de toute complication survenue en salle de réveil.
- Doit se conformer aux règlements du bloc opératoire : des manquements répétés pourraient entraîner une sanction administrative ou disciplinaire.

3.3. Le chirurgien

- Fournit, dans les délais prescrits pour son centre hospitalier, son programme opératoire⁹, se libère de tout autre engagement sauf pour une urgence et fournit une requête opératoire complète et exacte.
- Respecte rigoureusement l'horaire affiché pour son programme opératoire et assure sa disponibilité immédiate pour l'enchaînement des cas programmés.
- S'assure que le dossier médical du patient est complet : anamnèse, examens préopératoires, etc.
- Rédige ou dicte un protocole opératoire dans les 24 heures qui suivent la chirurgie.

⁹ De 7 à 10 jours ouvrables précédant la date de la chirurgie.

- S'assure que le programme opératoire qu'il soumet est conforme à la priorité opératoire qui lui est allouée : dans le cas où il ne peut combler le temps opératoire qui lui est accordé, il lui revient d'en informer le chef du département ou du service auquel il appartient, et ce, au moins 48 heures à l'avance.
- Se conforme aux règlements du bloc opératoire : des manquements répétés peuvent entraîner une sanction administrative ou disciplinaire (LSSS, art. 189).

3.4. Les infirmiers/infirmières et le personnel paramédical

- Œuvrent sous l'autorité de l'infirmière-chef du bloc opératoire.

3.5. L'inhalothérapeute

- L'inhalothérapeute œuvrant en salle d'opération est sous la supervision de l'anesthésiologiste.
- Le chef des services de technologies respiratoires assure la surveillance, la formation et la coordination des activités des inhalothérapeutes.

4. Le fonctionnement du bloc opératoire

4.1. Seules les personnes autorisées qui œuvrent au bloc opératoire peuvent y accéder :

- les médecins détenant des privilèges au bloc opératoire;
- les assistants;
- le personnel infirmier de la salle d'opération;
- les étudiants autorisés (médecine, soins infirmiers, inhalothérapie);
- une personne désignée par la parturiente, le cas échéant;
- toute autre personne détenant une autorisation d'un chef de département membre du Comité du bloc opératoire, de l'infirmière-chef ou du directeur des services professionnels ainsi que celle du chirurgien ou de l'anesthésiologiste présents dans une salle désignée.

4.2. Les règles d'asepsie et normes vestimentaires

- les visiteurs admis au bloc opératoire doivent respecter les règles d'asepsie et les normes vestimentaires¹⁰;
- le couvre-bouche (masque chirurgical) doit être porté dans les salles d'opération, aires de brossage et corridors internes;
- le personnel médical qui œuvre dans les salles d'opération, mais doit quitter le bloc opératoire, est tenu de porter un sarrau par-dessus les vêtements de salle d'opération, et de retirer le chapeau, le masque et les couvre-chaussures.

4.3. Les heures d'ouverture

- Les salles d'opération fonctionnent de 8 heures à 16 heures, cinq jours par semaine. Une ou des salles demeurent accessibles pour les cas urgents en soirée et durant la nuit. Une ou des salles demeurent également ouvertes pour couvrir les urgences les fins de semaine ou lors des congés fériés.

¹⁰ Chemise, pantalon, couvre-chaussures et bonnets appropriés. Les cheveux et la barbe doivent être sous le bonnet ou la cagoule et le masque.

- Une grille particulière, discutée et acceptée au Comité du bloc opératoire, est prévue pour les périodes de vacances.
- Les chirurgiens, les anesthésiologistes et le personnel sont tenus d'observer rigoureusement les heures d'ouverture des salles.
- Le chirurgien ou l'anesthésiologiste qui prévoit ne pas pouvoir se présenter à l'heure prévue doit en informer le coordonnateur et l'infirmière-chef, en précisant les raisons qui modifient ce retard et la durée de celui-ci.
- Un retard non motivé de plus de dix minutes constitue une infraction. Deux retards ou plus en un mois feront l'objet d'une plainte au chef du département.

4.4. La répartition des salles¹¹

- Les salles d'opération doivent être considérées comme un outil collectif au service du patient en évitant toute hégémonie d'une discipline sur les autres.
- Certaines salles d'opération peuvent, en raison de leurs dimensions, de leur configuration et de la présence d'équipement fixe, être dédiées à des spécialités particulières. En dehors de ces circonstances, toutes les autres salles doivent être accessibles à tous les services. Toutefois, s'il y a entente entre les départements, le Comité du bloc opératoire peut dédier une salle à une discipline particulière.

4.5. Les priorités

- Le Comité du bloc opératoire, après consultation avec les chefs de département et de service, prépare la grille d'allocation des priorités opératoires.
- Les priorités sont par la suite octroyées par le chef de département ou par le chef de service à chaque chirurgien.
- La grille des priorités est révisée au moins une fois par année par le Comité du bloc opératoire.
- Le programme opératoire respecte les priorités accordées aux divers départements ou services.
- Le chirurgien à qui une priorité opératoire est attribuée doit planifier son programme opératoire pour combler cette priorité. S'il ne peut le faire, il doit en aviser, au moins 48 heures à l'avance, son chef de service ou de département, qui octroiera le temps non utilisé à un autre membre du service ou département. Le cas échéant, le coordonnateur pourra allouer une priorité (ou une partie de priorité) à un autre service ou département.
- Les échanges entre services ou départements doivent recevoir l'assentiment du coordonnateur et celui de l'infirmière responsable de la liste opératoire.
- Le Comité du bloc opératoire peut en tout temps réduire le nombre de priorités accordées à un service ou à un département qui ne les utilise pas totalement. Il n'est aucunement tenu d'attendre la date prévue pour la révision des priorités.

5. Le programme opératoire

- La liste opératoire respecte la grille des priorités octroyées par le Comité du bloc opératoire.
- La liste opératoire respecte la priorité allouée à un chirurgien par le chef de département ou de service.

¹¹ On doit tenir compte de la réalité des établissements.

- Toute requête doit être déposée au secrétariat du bloc opératoire avant 11 heures la veille de l'intervention.
- L'infirmière-chef ou sa déléguée ainsi que le coordonnateur du bloc préparent le programme opératoire du lendemain en tenant compte :
 - ⇒ des ressources disponibles;
 - ⇒ de la disponibilité des anesthésiologistes, des infirmières et des inhalothérapeutes;
 - ⇒ des urgences ou conditions médicales particulières;
 - ⇒ de la disponibilité des lits à l'unité des soins intensifs ou à l'étage.
- Le coordonnateur médical et l'infirmière-chef pourront :
 - ⇒ modifier la séquence des cas prévus après discussion avec le chirurgien;
 - ⇒ moduler le programme selon la durée prévue pour l'intervention donnée, la disponibilité des équipements, le personnel spécialisé disponible;
 - ⇒ ne pas inscrire au programme certains cas électifs lorsqu'un dépassement du temps opératoire est prévisible.
- Le coordonnateur et l'infirmière-chef doivent être informés au moins 24 heures à l'avance d'un débordement prévisible en raison d'une intervention dont la durée dépassera le temps alloué (8 heures).

6. La requête

La requête doit contenir les informations suivantes :

- nom et prénom du patient à la naissance;
- date de naissance du patient;
- date et heure désirées pour la chirurgie;
- diagnostic préopératoire;
- intervention prévue;
- type d'anesthésie désiré;
- comorbidité (diabète, hypertension, allergies, antibiotiques, etc.);
- infections (SARM, C difficile);
- nom du chirurgien;
- durée prévue pour l'intervention proposée;
- position du malade sur la table d'opération;
- équipement spécial requis : imagerie;
- instruments spéciaux requis;
- provision de sang requise;
- disponibilité d'un lit à l'étage ou à l'unité des soins intensifs le cas échéant.

7. Le dossier

- Doit être complet : anamnèse, rapports des examens de routine et spécifiques, rapports écrits des consultants s'il y a lieu.

7.1. Le consentement opératoire signé (AH110) et contresigné par le chirurgien, l'anesthésiologiste et un témoin à la signature.

- Dans le cas d'une chirurgie urgente, le chirurgien doit inscrire au dossier une note préopératoire expliquant la condition du patient, le diagnostic, l'intervention planifiée et la catégorisation de l'urgence.
- Un usager qui est sous l'effet de narcotiques ou de sédatifs ne peut signer un consentement valide : un délai de quatre heures doit être accordé avant la signature du consentement.
- Dans le cas d'une urgence extrême, si l'usager n'est pas en mesure de signer un consentement et en l'absence de son représentant légal (si l'usager est mineur), le chirurgien et l'anesthésiologiste peuvent procéder sans autre autorisation, mais après avoir consigné au dossier le niveau de l'urgence et les conséquences d'un délai supplémentaire (*life saving procedure*).
- Si le patient est jugé incompétent pour consentir à une chirurgie et en l'absence de son représentant légal, le consentement écrit du curateur public sera nécessaire¹².

8. Les urgences

- Une intervention est urgente si le délai envisagé pour sa réalisation peut constituer un risque pour la survie du bénéficiaire, compromettre la guérison ou augmenter la morbidité de sa maladie.
- Afin d'optimiser la qualité des soins, il est nécessaire que le niveau de l'urgence soit précisé et que cette évaluation soit transmise au coordonnateur du bloc opératoire ainsi qu'à l'infirmière-chef.
- Les niveaux¹³ d'urgence sont comme suit :
 - A. urgence immédiate, aucun délai;
 - B. l'intervention doit être pratiquée dans un délai qui ne dépasse pas 3 heures;
 - C. l'intervention devrait être pratiquée en priorité dans les 12 à 18 heures.
- Un cas « urgent » qui doit être traité dans un délai de 24 heures pourra être priorisé sur un programme de la journée suivante.
- Les cas urgents de niveau A sont traités dans la première salle qui devient disponible ou dans la salle dédiée aux urgences, mais avec le personnel libéré d'une autre salle.
- Les urgences de niveau B sont traitées dans la salle de la spécialité concernée si possible. Si la salle de la spécialité concernée ne se libère pas à temps, la première salle libre sera utilisée, mais la spécialité concernée devra alors céder la moitié ou la totalité d'une priorité¹⁴ dans les jours qui suivent.
- Les urgences déclarées avant le début du programme peuvent ou doivent être intégrées dans la salle de la spécialité concernée.

¹² Voir la brochure intitulée : *Le consentement : Guide à l'intention des médecins du Canada*.

¹³ Selon la réalité des établissements.

¹⁴ Selon le temps utilisé pour l'urgence.

- Les urgences déclarées après le début du programme sont les urgences de niveau B et celles-ci ont priorité sur les cas électifs alors que les cas inscrits au programme sont prioritaires aux urgences de niveau C, qui elles seront pratiquées à la fin du programme et dans l'ordre d'arrivée des réquisitions opératoires, à moins d'une entente entre les chirurgiens concernés.

Advenant une mésentente entre le coordonnateur ou son représentant et le chirurgien quant au niveau déclaré de l'urgence, le bénéfice du doute sera accordé au chirurgien, mais le dossier devra faire l'objet d'une étude par le Comité du bloc opératoire.

Un chirurgien qui, de façon répétitive, inscrirait un niveau d'urgence qui ne correspond pas à l'état clinique du patient devra s'expliquer devant les membres du Comité du bloc opératoire et ceux-ci pourraient alors adresser leurs recommandations au chef de département. Celui-ci pourrait alors avoir recours à diverses mesures, notamment la transmission d'une plainte pour indiscipline au médecin examinateur de l'établissement.

- Les fins de semaine et les journées fériées :
 - ⇒ une requête indiquant la nature de l'urgence est rédigée;
 - ⇒ le chirurgien communique avec l'anesthésiologiste de garde pour lui fournir les renseignements pertinents et décider de l'horaire;
 - ⇒ le chirurgien informe l'infirmière de garde ou la téléphoniste;
 - ⇒ le chirurgien doit demeurer disponible;
 - ⇒ si deux urgences de niveau A se présentent en même temps, on fera alors appel à une deuxième équipe¹⁵.

9. La garde au bloc opératoire

9.1. Une équipe de garde est composée des personnes suivantes¹⁶ :

- une ou un chirurgien;
- une ou un anesthésiologiste;
- trois infirmières;
- une ou un inhalothérapeute.

9.2. La liste de garde

- La liste de garde des médecins chirurgiens est déposée au secrétariat de la salle d'opération et à l'infirmière-chef au moins un mois à l'avance. La téléphoniste en reçoit également une copie.
- L'infirmière-chef et la téléphoniste doivent être informées de tout changement apporté aux listes de garde.
- Le chirurgien qui prévoit avoir besoin d'un assistant chirurgical devrait contacter le collègue disponible.

¹⁵ Les centres hospitaliers qui, par leur vocation particulière, sont susceptibles de présenter une telle situation doivent prévoir une deuxième équipe de garde et un anesthésiologiste en second.

¹⁶ Selon leur vocation et leur réalité, certains centres ont une liste de garde pour les assistants.

10. Les annulations

Tous les efforts pour éviter les annulations doivent être faits.

- Le chirurgien doit s'assurer de la disponibilité d'un lit à l'unité des soins intensifs : cette disponibilité devrait lui être confirmée avant qu'il n'entreprenne l'intervention.
- Le chirurgien doit s'assurer de la disponibilité d'un lit à l'étage.
- Le chirurgien doit éviter de soumettre un programme opératoire qui risque de dépasser l'horaire prévu.
- L'annulation d'une chirurgie élective devrait faire l'objet d'une discussion entre le chirurgien, le coordonnateur et l'infirmière-chef.
- Il revient au chirurgien d'informer le patient du report ou de l'annulation de l'intervention.

11. La liste opératoire

Afin de respecter la confidentialité, la distribution de la liste opératoire doit être limitée aux endroits suivants :

- la salle des anesthésiologistes;
- la salle des chirurgiens;
- le département de chirurgie;
- l'unité des soins intensifs (limitée aux patients qui doivent s'y rendre);
- la salle de réveil;
- l'étage chirurgical.

12. L'asepsie au bloc opératoire

- Seules les personnes ayant affaire au bloc opératoire doivent y circuler.
- La zone externe : bureau, salon du personnel, salon des médecins, poste de l'infirmière, poste d'accueil, vestiaires.
- La zone médiane (intermédiaire) : réservée au personnel qui doit se rendre vers la salle d'opération. Le personnel est tenu d'y revêtir l'uniforme approprié : le couvre-chef et les couvre-chaussures.
- La zone stérile : le port du masque chirurgical y est de rigueur. Les bijoux, bagues, bracelets, colliers ou chaînes sont interdits. Les boucles d'oreille simples (sans pendentifs) sont permises. Les ongles doivent être courts, sans vernis ni ongles artificiels.
- Le personnel médical qui est porteur d'une infection ou qui croit l'être, accusant de la fièvre, devrait s'abstenir de travailler au bloc opératoire.
- Les usagers porteurs d'une infection cutanée purulente ou d'un exanthème d'origine bactérienne ou virale (p. ex. : maladies contagieuses) devraient être opérés en fin de programme après que les mesures d'asepsie auront été appliquées. S'il s'agit d'une chirurgie élective, celle-ci devrait être reportée.

13. La salle de réveil

- Est sous la responsabilité immédiate du département d'anesthésiologie.
- Tous les usagers ayant subi une intervention chirurgicale au bloc opératoire¹⁷ et dont l'état nécessite une surveillance postopératoire doivent passer par la salle de réveil, à moins d'une exemption dispense de la part de l'anesthésiologiste.
- L'anesthésiologiste est responsable de son patient pendant le séjour de celui-ci à la salle de réveil et lui seul peut autoriser son départ (transfert vers l'unité des soins intensifs ou l'étage).
- L'infirmière doit informer l'anesthésiologiste de toute prescription ou ordonnance faite par un autre médecin.
- Une ou des infirmières assurent la surveillance des patients à la salle de réveil.

14. Les comptes chirurgicaux (cf. : Normes AIISOC)

- Incombent aux infirmières en service interne et externe.
- Tous les plateaux d'instruments devraient être normalisés.
- L'infirmière en service interne participe à toutes les étapes du décompte.
- Celui-ci se fait à voix haute et les infirmières participantes ou le chirurgien, le cas échéant, signent le document du décompte.
- Le matériel à compter comprend les instruments, compresses, articles tranchants ou pointus, seringues, supports à clips, lames d'appareil d'électrocautère, etc.
- Seuls les articles ou compresses porteurs d'une marque radio-opaque doivent être utilisés.
- Dans les cas où le décompte est inexact ou incomplet, une radiographie doit être prise avant que le patient ne quitte la salle d'opération.

15. Les prélèvements effectués en salle d'opération

- Tous les prélèvements d'organe, partie d'organe, corps étranger, débris de curetage, etc. doivent être acheminés vers le laboratoire de pathologie pour examen. Une demande d'examen explicite expliquant l'origine, le site du prélèvement ainsi que les raisons qui ont motivé la résection doit accompagner le prélèvement. Chaque pièce doit être clairement identifiée.

16. Les examens en microbiologie

- Les prélèvements de liquide purulent (abcès ou épanchement), sécrétions ou liquide inflammatoire, sont acheminés vers le laboratoire de microbiologie. Les échantillons sont clairement identifiés et une demande de culture aérobie et anaérobie accompagne chacun d'eux.

17. Demande de sang en prévision de l'intervention

- La demande est adressée à la banque de sang 24 heures avant l'intervention.
- Le chirurgien responsable détermine la quantité de sang nécessaire pour l'intervention projetée.
- En cas de non-disponibilité d'un type de sang compatible, le technicien de la banque de sang doit informer le chirurgien le plus tôt possible.

¹⁷ Bloc opératoire principal.

18. Le protocole opératoire

- Doit être dicté ou rédigé moins de 24 heures après l'intervention.
- Doit inclure :
 - ⇒ le diagnostic préopératoire;
 - ⇒ la justification de l'intervention;
 - ⇒ la description détaillée de l'intervention en incluant les difficultés rencontrées et les complications qui en résultent, le cas échéant;
 - ⇒ les prélèvements effectués;
 - ⇒ le diagnostic postopératoire;
 - ⇒ l'orientation du patient en postopératoire (salle de réveil, unité des soins intensifs, étage, retour à domicile).

19. Le registre

- L'infirmière-chef a la responsabilité de tenir un registre des interventions pratiquées au bloc opératoire.
- Le registre doit comprendre toute la séquence opératoire pour chaque patient, de son arrivée au bloc jusqu'à son départ :
 - ⇒ date de l'intervention;
 - ⇒ numéro de dossier;
 - ⇒ date de naissance;
 - ⇒ nom, prénom, sexe;
 - ⇒ heure d'arrivée au bloc opératoire;
 - ⇒ numéro de salle d'opération;
 - ⇒ heure d'arrivée en salle d'opération;
 - ⇒ type d'anesthésie;
 - ⇒ heure du début et heure de fin de l'anesthésie;
 - ⇒ nature de l'intervention;
 - ⇒ heure du début et heure de fin de l'intervention;
 - ⇒ diagnostic pré et postopératoire;
 - ⇒ condition du patient au départ de la salle d'opération;
 - ⇒ durée du séjour à la salle de réveil;
 - ⇒ numéro de chambre à l'étage (s'il y a lieu);
 - ⇒ soins intensifs;
 - ⇒ nom des infirmières, inhalothérapeutes, chirurgiens, assistants.

Le recours à un système informatisé est fortement recommandé.

20. L'observance des règlements

- L'observance des règlements décrits dans ce document est obligatoire pour tout le personnel qui œuvre en salle d'opération.
- L'inobservance des règlements sera signifiée par lettre aux chefs des départements concernés ainsi qu'au président du Comité du bloc opératoire.

- L'inobservance répétée d'un règlement peut mener à l'envoi d'une plainte pour inconduite; cette plainte pourra être évaluée par le médecin examinateur ou par un comité de discipline formé par l'exécutif du CMDP.
- Tout le personnel qui œuvre en salle d'opération doit maintenir un comportement courtois, une discipline irréprochable et un respect mutuel.

ANNEXE 3 : LISTE DES BLOCS VISITÉS

- ◆ Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
- ◆ CHAU Maisonneuve-Rosemont
- ◆ CHUM Notre-Dame
- ◆ CHAU L'Enfant-Jésus, Québec
- ◆ CHUQ Pavillon Saint-François-d'Assise, Québec
- ◆ CUSM Hôpital général de Montréal
- ◆ CUSM Hôpital pour enfants de Montréal
- ◆ CHUM Hôpital Sainte-Justine
- ◆ CHR Rimouski
- ◆ CHR Trois-Rivières
- ◆ CHAU Saguenay
- ◆ CSSS Joliette
- ◆ CSSS Saint-Jérôme
- ◆ CHAU Sacré-Cœur de Montréal
- ◆ CHAU Pierre-Lemoyne
- ◆ CSSS Pierre-Boucher
- ◆ CSSS Saint-Jean-sur-Richelieu
- ◆ CSSS Gatineau
- ◆ CSSS Hull
- ◆ CSSS Cité de la Santé, Laval
- ◆ CSSS Arthabaska
- ◆ CHUQ Hôtel-Dieu, Québec
- ◆ CHAU Pavillon Hôpital du Saint-Sacrement, Québec
- ◆ CHAU Hôtel-Dieu de Lévis