

Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

Règles d'utilisation des ressources du bloc opératoire

Novembre 2024

Dans ce document, le genre masculin est utilisé comme générique dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES	5
SECTION I ÉNONCÉ.....	5
SECTION II CHAMP D'APPLICATION / CONTEXTE LÉGAL.....	5
SECTION III DÉFINITION.....	6
SECTION IV MISSION ET OBJECTIFS	7
CHAPITRE II COMITÉ DIRECTEUR DU BLOC OPÉRATOIRE	9
SECTION I PRINCIPES DIRECTEURS.....	9
SECTION II COMPOSITION.....	10
SECTION III ACTIVITÉS DU COMITÉ DIRECTEUR DU BLOC OPÉRATOIRE.....	10
SECTION IV FONCTIONNEMENT DU COMITÉ	11
CHAPITRE III LE COMITÉ DU BLOC OPÉRATOIRE.....	11
SECTION I MANDAT.....	11
SECTION II COMPOSITION.....	11
SECTION III ACTIVITÉS ET FONCTIONNEMENT DU COMITÉ DU BLOC OPÉRATOIRE	12
CHAPITRE IV RESPONSABILITÉS DES DIFFÉRENTS INTERVENANTS.....	12
SECTION I LATITUDE ET POUVOIR AU COORDONNATEUR.....	12
SECTION II RESPONSABILITÉS DES CHEFS DE DÉPARTEMENT.....	13
SECTION III RESPONSABILITÉ DES CHEFS DE SERVICE CHIRURGICAL.....	14
SECTION IV RESPONSABILITÉ DU CHEF DE SERVICE DU BLOC OPÉRATOIRE ..	15
SECTION V RESPONSABILITÉ (CHIRURGIEN, GYNÉCOLOGUE ET DENTISTE) ..	16
SECTION VI RESPONSABILITÉ DE L'ANESTHÉSIOLOGISTE.....	16
SECTION VII ASSISTANT EN CHIRURGIE (IPAC).....	17
SECTION VIII RESPONSABILITÉ DES AUTRES INTERVENANTS.....	18
CHAPITRE V RÈGLES DE FONCTIONNEMENT DU BLOC OPÉRATOIRE.....	18
SECTION I ADMISSION AU BLOC OPÉRATOIRE.....	18
SECTION II PLANIFICATION ET PROGRAMMATION OPÉRATOIRE.....	18
SECTION III CONSENTEMENT	19
SECTION IV HORAIRE ET DISPONIBILITÉ DES SALLES.....	20
SECTION V PLANIFICATION DU PROGRAMME OPÉRATOIRE.....	20
SECTION VI RÉATTRIBUTION DES PRIORITÉS OPÉRATOIRES	21
SECTION VII INTERVENTIONS ÉLECTIVES	21
SECTION VIII CRITÈRES À CONSIDÉRER POUR L'ÉLABORATION DU PROGRAMME	22
SECTION IX DOSSIER MÉDICAL.....	23

SECTION X	FERMETURE DE SALLE	23
SECTION XI	ANNULATION DES INTERVENTIONS	23
SECTION XII	CONTESTATION	24
CHAPITRE VI	RESPONSABLES DE LA VALIDATION DU PROGRAMME	24
CHAPITRE VII	GESTION DES PRIORITÉS ET DES URGENCES	24
SECTION I	GESTION DES URGENCES	24
SECTION II	COMPOSITION DE L'ÉQUIPE DE GARDE	26
SECTION III	ANESTHÉSIES SIMULTANÉES	26
CHAPITRE VIII	SOINS DE FIN DE VIE ET BLOC OPÉRATOIRE	26
CHAPITRE IX	RÈGLEMENTS DISCIPLINAIRES DES ACTIVITÉS DU BLOC OPÉRATOIRE	
	26	
SECTION I	DÉPASSEMENT DES HEURES AUTORISÉES	26
SECTION II	RESPONSABILITÉ DU CHIRURGIEN	27
SECTION III	RETARD	27
SECTION IV	RESPONSABILITÉ DE L'ANESTHÉSIOLOGISTE	28
SECTION V	APPELS ET MESSAGES TÉLÉPHONIQUES	28
SECTION VI	DISCIPLINE	28
CHAPITRE X	RÈGLEMENTS CONCERNANT L'ASEPSIE	28
SECTION I	CODE VESTIMENTAIRE	28
SECTION II	INTERVENTION INFECTÉE	29
SECTION III	USAGER PORTEUR D'UNE QUELCONQUE INFECTION	29
CHAPITRE XI	RÈGLEMENTS DE LA SALLE DE RÉVEIL	30
SECTION I	ADMISSION	30
SECTION II	FONCTIONNEMENT	30
CHAPITRE XII	DISPOSITION DES PIÈCES ANATOMIQUES	30
CHAPITRE XIII	COMPTE ET DÉCOMPTE	30
CHAPITRE XIV	RAPPORT QUOTIDIEN D'UTILISATION DES SALLES	31
CHAPITRE XV	DISPOSITIONS FINALES	31
SECTION I	ENTRÉE EN VIGUEUR DES RÈGLES	31
SECTION II	RÉVISION, ABROGATION	31
SECTION III	RÉFÉRENCE	32
SECTION IV	PROCESSUS D'ÉLABORATION / RÉVISION	32
SECTION V	HISTORIQUE DU DOCUMENT	33

CHAPITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

SECTION I ÉNONCÉ

1. ÉTABLISSEMENT

Le CISSS de la Montérégie-Ouest (CISSSMO) est situé dans la partie ouest de la Montérégie et couvre une superficie de 3 727 km². Il recoupe totalement ou partiellement cinq municipalités régionales de comté (MRC) (de Roussillon, des Jardins-de-Napierville, de Beauharnois-Salaberry, du Haut-Saint-Laurent et de Vaudreuil-Soulanges).

Plus de 9 500 employés et 550 médecins œuvrent au CISSS de la Montérégie-Ouest à offrir des soins et services à ses différentes clientèles.

Les 22 directions de l'établissement, sous la gouverne de la Direction générale, travaillent en étroite collaboration afin d'offrir à la population des soins et des services de haute qualité et sécuritaires.

2. MISSION DE L'ÉTABLISSEMENT

La Direction générale de notre CISSS, avec l'ensemble du comité de direction, a effectué des travaux de réflexion stratégique dans le but d'adopter une mission, une vision, ainsi que des ambitions et des valeurs organisationnelles.

À l'instar du réseau de la santé et des services sociaux, notre CISSS adhère à la mission et la vision du ministère de la Santé et des Services sociaux. Par ailleurs, il nous apparaît important, comme organisation, de nous doter d'ambitions, afin qu'elles viennent orienter et teinter davantage nos grands objectifs organisationnels.

Notre mission est de maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec. De plus, afin de guider l'ensemble de nos actions, cinq valeurs fondamentales, interdépendantes et en équilibre, ont été identifiées : bienveillance, collaboration, engagement, audace et cohérence.

L'élaboration des présentes règles d'utilisation des ressources (RUR) se base sur les principes directeurs suivants :

- Favoriser l'accessibilité, la qualité et la pertinence des soins et des services;
- Viser l'équilibre entre l'offre et la demande de soins et de services.

SECTION II CHAMP D'APPLICATION / CONTEXTE LÉGAL

3. APPLICATION ET INTERPRÉTATION DES RÈGLES

Les présentes règles d'utilisation des ressources (RUR) sont adoptées en conformité avec :

- 1° La Loi sur les services de santé et les services sociaux [RLRQ, c. S-4.2] (LSSSS) et ses règlements;

- 2° La loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales;
- 3° La loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et des services sociaux;
- 4° Le règlement du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) de l'établissement;
- 5° Le règlement du conseil d'administration (CA) de l'établissement.

Toute disposition de la LSSSS ou des règlements précités s'applique, le cas échéant. En cas d'incompatibilité, cette loi et les règlements qui en découlent ont préséance sur les présentes RUR.

Les présentes RUR ont également préséance, en cas d'incompatibilité, sur les règlements de département ou de service dûment adoptés au CISSMO.

4. LES VALEURS

En tout temps, la courtoisie, la bienséance, la civilité et le respect sont de mise. De même, les règles déontologiques et les normes de pratique doivent être respectées.

Les intervenants sont tenus de participer à l'harmonisation des bonnes pratiques dans le service d'urgence. Ils doivent notamment se soumettre à la *Politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail (POL-10013)* du CISSMO.

SECTION III DÉFINITION

LISTE DES ACRONYMES

CA	Conseil d'administration
CDJ	Chirurgie d'un jour
CECMDP	Comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CISSMO	CISSS de la Montérégie-Ouest
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
DPSCS	Direction des programmes de soins critiques et spécialisés
DSIEU	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire
DSP	Directeur des services professionnels
DSPeM	Direction des services professionnels et de l'enseignement médical
ICASI	Infirmière clinicienne assistante du supérieur immédiat
IPAC	Infirmière première assistante en chirurgie
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux [RLRQ, c. S-4.2]
PDG	Président-directeur général
RPP	Règlements, politiques et procédures
RUR	Règles d'utilisation des ressources

Dans les présentes règles, à moins que le contexte ne s'y oppose, les expressions ou termes suivants signifient :

- 1° Département : Le Département de chirurgie ou d'anesthésiologie
- 2° Établissement : Le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest
- 3° Installation : Lieu physique où sont dispensés les soins de santé et les services sociaux à la population. Un établissement comporte généralement plusieurs installations.

SECTION IV MISSION ET OBJECTIFS

5. DESCRIPTION

Le bloc opératoire constitue une portion importante du plateau technique d'un hôpital, en raison de sa haute technologie, de l'investissement financier qu'il représente, de l'importance des ressources humaines qu'il mobilise, et des enjeux liés à la sécurité des usagers.

Or, la gestion de ce service doit concilier les activités électives et les urgences. De plus, elle doit prioriser les besoins et les contraintes des chirurgiens, des gynécologues, des anesthésiologistes, du personnel (infirmières, infirmières auxiliaires, infirmières premières assistantes en chirurgie (IPAC), préposés aux bénéficiaires, inhalothérapeutes et technologues en imagerie) et arrimer ses activités avec les services supports : unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM), clinique de préadmission, service d'accueil et logistique (brancarderie, approvisionnement, imagerie médicale, laboratoires, GBM, etc.) ainsi que la disponibilité de lits d'hospitalisation et de la chirurgie d'un jour (CDJ).

6. ÉNONCÉ

Les blocs opératoires sont composés des ressources humaines, matérielles, financières et des espaces physiques nécessaires pour dispenser des soins sécuritaires aux usagers nécessitant des interventions qui doivent être effectuées dans un milieu spécialisé.

7. CHAMP D'APPLICATION

Les RUR ont pour objet de favoriser une prestation de soins de qualité à l'utilisateur qui requiert des traitements et chirurgies au bloc opératoire en tenant compte des ressources disponibles et, à cette fin, de :

- 1° Privilégier une organisation et une coordination efficaces des ressources et des activités du bloc opératoire;
- 2° Respecter l'utilisation adéquate des méthodes de travail et des aménagements physiques conçus dans le but d'assurer la sécurité des usagers;
- 3° Favoriser une concertation entre tous les intervenants du bloc opératoire pour développer et maintenir un climat de travail sain;
- 4° Favoriser l'approche multidisciplinaire afin de maximiser la compétence de tous les intervenants;
- 5° Accorder la priorité à l'humanisation des soins dispensés aux usagers dans toutes les activités à caractère technique, scientifique, pédagogique, de recherche ou autre;

- 6° Assurer une discipline adéquate dans le respect des règles dictées par les présentes RUR et selon les directives des autorités compétentes telles qu'Agrément Canada, les ordres professionnels ou les associations reconnues.
- 7° Favoriser l'accès aux usagers selon la pathologie et le délai sur la liste d'attente.
- 8° Éviter, en autant que faire se peut, d'annuler les cas.

Afin de simplifier le texte, le terme bloc opératoire regroupe les salles d'opération, les services de la salle de réveil, de la chirurgie mineure.

Tout le personnel médical, paramédical, infirmier, infirmier auxiliaire, inhalothérapeute et personnel soignant sont assujettis à ces règles, ainsi que tout visiteur, représentant ou personnel en formation et stagiaires.

Les soins périopératoires sont placés sous l'autorité administrative de la DPSCS.

La gestion opérationnelle du bloc opératoire est confiée au comité du bloc opératoire qui est responsable de l'application des règlements auprès des chirurgiens, des anesthésiologistes et du personnel. Le coordonnateur médical en collaboration avec le chef de service du bloc opératoire est responsable du bon déroulement des salles selon les règlements prévus.

Chaque professionnel impliqué au bloc opératoire répondra de la qualité des actes qu'il a posés auprès des instances auxquelles ce mandat a été confié par la Loi ou les règlements.

Les RUR du bloc opératoire ont préséance sur les règlements de département.

8. MISSION

La mission du bloc opératoire est d'améliorer et de maintenir l'état de santé des usagers par la pratique d'interventions chirurgicales de diverses spécialités. Ces dernières sont réalisées par des équipes médicales et des professionnels.

Le bloc opératoire doit assurer à tous les usagers des services diagnostiques et thérapeutiques, en tout temps, compte tenu de l'urgence de l'intervention. Pour atteindre ce but, on doit souligner l'importance du sens des responsabilités, des compétences professionnelles et de l'esprit de collaboration de tous les chirurgiens, anesthésiologistes et personnel paramédical œuvrant au bloc opératoire.

Toutes les activités doivent être orientées vers la satisfaction des besoins des usagers nécessitant une intervention chirurgicale sous anesthésie générale, régionale ou locale.

L'organisation professionnelle du bloc opératoire a pour mandat de favoriser la dispensation des soins à la clientèle chirurgicale du CISSMO.

Le comité directeur du bloc opératoire est en place afin d'assurer que la mission et les objectifs soient atteints et que les règlements soient respectés.

Les soins doivent être assurés dans le respect des droits des usagers et dans la langue maternelle du patient, selon le règlement, de la dignité de la personne, de la discrétion et de la confidentialité.

Les soins doivent être prodigués dans une atmosphère de sérénité en évitant toute situation qui pourrait s'avérer traumatisante pour les usagers.

Chaque chirurgien, ayant des privilèges spécifiques au bloc opératoire, a accès aux installations de façon à ce qu'il puisse assurer des soins nécessaires à sa clientèle.

CHAPITRE II COMITÉ DIRECTEUR DU BLOC OPÉRATOIRE

Sous l'autorité de la DPSCS, le comité directeur du bloc opératoire participe activement à la gestion de ce centre d'activités au CISSSMO, en conformité avec la mission, les objectifs, les politiques et procédures du CISSSMO.

Plus spécifiquement, le comité doit :

- 1° Élaborer et tenir à jour les règles d'utilisation et de fonctionnement du bloc opératoire et proposer les amendements jugés pertinents.
- 2° Voir à l'application des règlements, procédures et politiques de gestion régissant les activités du bloc opératoire.
- 3° S'assurer que les priorités sont optimisées, le DSP servira d'arbitre s'il y a mésentente entre les différents services ou départements.
- 4° Déterminer les équipements à acquérir en priorité au comité des blocs opératoires locaux, lors d'enjeu ministériel ou d'enveloppe budgétaire reçu du MSSS.
- 5° Proposer des pistes d'amélioration au fonctionnement du bloc afin de s'assurer de rencontrer les ententes de gestion du MSSS.
- 6° Travailler à l'atteinte des objectifs de production chirurgicale visée annuellement par le CISSSMO et le MSSS.
- 7° Mettre en place des mécanismes formels pour s'assurer d'un taux d'occupation optimal des salles d'opération, selon les cibles ministérielles.
- 8° Suivre des indicateurs de performance (Power BI)

Le comité se réunit deux (2) à trois (3) fois par an, au besoin.

SECTION I PRINCIPES DIRECTEURS

Le comité directeur du bloc opératoire tient compte des principes directeurs contenus dans le *Guide des bonnes pratiques au bloc opératoire* du MSSS. Il doit aussi tenir compte des règlements et des politiques du CISSS :

- 1° Qualité et sécurité des soins et des services;
- 2° Respect des délais ciblés par le MSSS, dans la mesure où les ressources sont disponibles;
- 3° Observance des orientations ministérielles en matière d'accès, de gestion de listes d'attente, d'usagers hors délais et des mesures PCI et autres;
- 4° Amélioration de l'expérience du patient;
- 5° Cohérence, équité et transparence;
- 6° Équilibre entre l'offre et la demande;
- 7° Pertinence des traitements et chirurgies à prodiguer;
- 8° Continuum des soins et des services;
- 9° Hiérarchisation des soins et des services;
- 10° Optimisation des plateaux techniques;
- 11° Mesure et proactivité;

- 12° Gouvernance clinique performante basée sur une cogestion médico- et clinico-administrative efficace;
- 13° Prise de décisions fondées sur les données probantes.
- 14° Disponibilité des ressources des services connexes (CDJ, URDM, préadmission, imagerie médicale, inhalothérapie, laboratoire et service d'électrophysiologie, pathologie, GBM, etc.)

L'utilisateur est au cœur des décisions et les priorités opératoires doivent être attribuées par le comité de gestion du bloc opératoire selon les besoins (listes d'attentes, priorité, mission de l'établissement, etc.) aux départements et non pas aux médecins.

SECTION II COMPOSITION

Le comité directeur du bloc opératoire regroupe :

- 1° Directeur de la DPSCS;
- 2° Directeur(s) adjoint(s) de la DPSCS;
- 3° Directeur des services professionnels (DSP);
- 4° Coordonnateur clinico-administratif;
- 5° Blocs opératoires, endoscopies et cliniques spécialisées :
 - a. Les 3 chefs bloc opératoire;
 - b. CDJ, URDM et préadmission;
 - c. Les chefs de département de chirurgie et d'anesthésiologie;
 - d. Les adjoints au chef de département de chirurgie et d'anesthésiologie;
 - e. Le chef du département gynéco-obstétrique.
- 6° Sous invitation :
 - a. Le coordonnateur des services multi;
 - b. Le chef de service des inhalothérapeutes;
 - c. Un chef de service chirurgicale

Le comité est présentement présidé par la directrice DPSCS. En cas d'absence du DSP, ce dernier peut être remplacé par un DSP adjoint ou le directeur adjoint aux opérations.

Le soutien clérical est assuré par la DPSCS.

Les coprésidents du comité du bloc opératoire se réservent le droit d'accepter un invité au comité afin de participer à certaines discussions, mais l'invité n'aura pas droit de vote.

Un membre doit obligatoirement se nommer un substitut en cas d'absence et transmettre lorsque connu le nom de son substitut au président du comité du bloc opératoire.

SECTION III ACTIVITÉS DU COMITÉ DIRECTEUR DU BLOC OPÉRATOIRE

- 1° Le quorum de la réunion est plus de 50%, dont minimalement le chef du département de chirurgie et le chef du département d'anesthésiologie;
- 2° L'ordre du jour doit être distribué 48 heures ouvrables avant la réunion;
- 3° Tout document doit être déposé 48 heures ouvrables avant la réunion au secrétariat désigné par la DPSCS;
- 4° Un document ou un sujet déposé séance tenante ne peut faire l'objet d'une décision le jour de son dépôt sous réserve d'un avis unanime de la totalité des membres du comité;

- 5° Une réunion spéciale peut être convoquée par le président sur simple préavis de 48 heures. Un seul sujet pourra alors y être discuté.

SECTION IV FONCTIONNEMENT DU COMITÉ

Les décisions seront prises sur vote majoritaire (51% et plus). En cas d'égalité, le vote des présidents sera prépondérant.

CHAPITRE III LE COMITÉ DU BLOC OPÉRATOIRE

SECTION I MANDAT

Sous l'autorité de la DPSCS, le comité du bloc opératoire participe activement à la gestion de ce centre d'activités au CISSSMO, en conformité avec la mission, les objectifs, les politiques et procédures du CISSSMO. Plus spécifiquement, le comité doit :

- 1° Voir au bon fonctionnement des opérations du bloc opératoire et des secteurs connexes;
- 2° Mettre des actions en place pour l'optimisation de la production chirurgicale, après que celles-ci aient été entérinées par le comité directeur du bloc opératoire;
- 3° Suivre les résultats des ententes de gestion et actualiser les plans d'action en lien avec l'atteinte des résultats;
- 4° Suivre l'évolution des listes d'attente et mettre en place les mesures nécessaires à l'amélioration de l'accès au bloc opératoire;
- 5° Suivre, par service, la distribution effectuée des priorités opératoires;
- 6° Suivre l'état de situation des ressources humaines, émettre des recommandations quant au plan de relève ou à la hiérarchisation des soins et déterminer le nombre de salles en service en fonction de la situation;
- 7° Assurer les communications à l'ensemble des chirurgiens et intervenants du bloc opératoire;
- 8° Émettre des recommandations au comité directeur du bloc opératoire;
- 9° Adresser au comité directeur du bloc opératoire, les problématiques et freins au bon fonctionnement du bloc opératoire majeur, chirurgie mineure, émettre des solutions possibles et en faire le suivi;
- 10° Évaluer la pertinence des cas de chirurgie faits en urgence.

SECTION II COMPOSITION

Le comité du bloc opératoire regroupe :

- 1° Coordonnateur chirurgie, ERAS et des cliniques externes de chirurgie (co-président);
- 2° Directeur adjoint de la DPSCS;
- 3° Chef ou adjoint au chef de département de chirurgie;
- 4° Chef ou adjoint au chef de département de gynécologie;
- 5° Chef ou adjoint au chef de département d'anesthésiologie;
- 6° Chef des coordonnateurs du bloc opératoire;
- 7° Chef de service du bloc opératoire;
- 8° Chef de service préadmission, chirurgie mineure, chirurgie d'un jour et UHB;
- 9° Assistante en inhalothérapie
- 10° Spécialiste en procédés administratifs;
- 11° Invités au besoin (sans droit de vote).

SECTION III ACTIVITÉS ET FONCTIONNEMENT DU COMITÉ DU BLOC OPÉRATOIRE

Le comité du bloc opératoire se réunira aux 6 à 7 semaines, sauf en période estivale de chaque année. Un calendrier annuel de rencontres sera produit une fois l'an.

Les co-présidents (chef du département de chirurgie, chef du département d'anesthésiologie ou son adjoint et le chef du bloc opératoire du comité) se réservent le droit d'organiser des rencontres additionnelles en fonction des besoins et nouvelles orientations ministérielles susceptibles de leur parvenir. Les co-présidents peuvent aussi organiser des rencontres élargies en y intégrant les chefs médicaux de chacune des spécialités chirurgicales lorsque jugés opportuns.

Les décisions seront prises sur vote majoritaire (51% et plus) et en présence du chef de département de l'anesthésiologie. En cas d'égalité, les votes des présidents seront prépondérants.

CHAPITRE IV RESPONSABILITÉS DES DIFFÉRENTS INTERVENANTS

Les chefs de service du département de chirurgie doivent veiller à la distribution des responsabilités des intervenants.

SECTION I LATITUDE ET POUVOIR AU COORDONNATEUR

9. DÉFINITION

La tâche de coordonnateur relève de l'anesthésiologiste de garde de chaque pôle du CISSMO.

10. SOMMAIRE DES RESPONSABILITÉS

En collaboration avec la DPSCS, et les membres du comité directeur du bloc opératoire, le coordonnateur médical voit au bon déroulement des activités médicales du bloc opératoire en conformité avec l'application des règlements et collabore au processus de gestion du bloc opératoire. Le mandat du coordonnateur médical est défini par les membres du comité directeur du bloc opératoire en collaboration avec le DSP. Le coordonnateur du bloc opératoire doit s'assurer du respect des règlements du bloc.

11. DESCRIPTION DES FONCTIONS

Le coordonnateur médical doit :

- 1° S'assurer en tout temps d'une utilisation maximale du temps de salle en fonction des ressources disponibles. D'ordinaire, les interventions électives n'ont jamais lieu en soirée.
- 2° Valider et approuver l'attribution des cas à chacune des salles, selon le scénario proposé par la chef de service du bloc opératoire ou son assistant. Accepter ou refuser les cas proposés pour le programme opératoire, en tenant compte de la quantité de cas, de leur nature, des disponibilités de temps opératoire, des délais d'attente, de la disponibilité des lits d'hospitalisation et de SIC, de la disponibilité des RH, du taux d'occupation des salles, ainsi que des règlements du bloc opératoire et des priorités chirurgicales.

- 3° Déterminer l'ordonnancement des cas en fonction des espaces disponibles en CDJ / UHB chirurgie et des lits de soins intensifs.
- 4° Voir à une gestion des activités opératoires qui répond de façon optimale aux besoins des usagers, dans le respect du temps opératoire alloué à chaque discipline chirurgicale et des ressources disponibles.
- 5° Veiller au bon déroulement du programme opératoire (chirurgie majeure et chirurgie mineure) et assumer les décisions qui s'imposent lors d'urgences, de retards, d'imprévus ou de dépassements du programme opératoire, comme l'annulation de cas ou le transfert dans une autre salle.
- 6° Déterminer l'ordre de déroulement des cas urgents, en tenant compte de la nature clinique des urgences, du niveau de priorité établi avec le chirurgien ou le gynécologue, des règlements du bloc opératoire et des ressources disponibles.
- 7° Être soutenu par la DSPEM, les chefs de département, les chefs de service et les gestionnaires du bloc opératoire dans le maintien des principes acceptés de fonctionnement au bloc opératoire.
- 8° Intervenir directement auprès d'un chirurgien ou anesthésiste qui ne respecte pas les règlements du bloc opératoire, informer le chef de département ou de service concerné, lorsque l'intervention sans délai est requise.
- 9° Voir à l'application de la politique de civilité du CISSSMO. Advenant la présence d'une problématique, informer le gestionnaire du bloc opératoire ou le chef de département concerné. Collaborer étroitement avec les gestionnaires du bloc opératoire dans la résolution des relations conflictuelles entre des chirurgiens, anesthésiologistes et membres du personnel du bloc opératoire.
- 10° Aviser tout chef de service et de département médical, lorsqu'un ou plusieurs chirurgien et/ou anesthésiologiste de ce service ou département persistent dans le non-respect des règlements du bloc opératoire, ou dans des pratiques qui perturbent la gestion optimale des activités opératoires ou des ressources disponibles. À défaut d'un changement dans la problématique soulignée, en informer le cogestionnaire médical chirurgie et le DSP.
- 11° Collaborer au maintien d'un climat sain et harmonieux.
- 12° Le coordonnateur médical n'est pas responsable de régler les problèmes techniques (ex. : dégât d'eau, panne électrique, etc.) au bloc opératoire. Ces derniers doivent être réglés par le chef de service du bloc opératoire. Des algorithmes de prise de décision seront disponibles au bloc opératoire pour l'AIC qui se référera à la coordonnatrice d'activités de la liste de rappel en l'absence de son chef de service.
- 13° Les jours fériés et fins de semaine :
 - a. La coordination du bloc opératoire est assumée par l'anesthésiologiste de garde.
 - b. En cas de problématique majeure, le DSP devra être joint.
- 14° Si la décision du coordonnateur est remise en question par un membre du bloc opératoire, ce dernier devra répondre de son refus d'obtempérer au chef de service, au chef de département de chirurgie, ou ultimement, au DSP.

SECTION II RESPONSABILITÉS DES CHEFS DE DÉPARTEMENT

Les chefs de département assument les responsabilités qui lui sont confiées par la Loi et relève du DSP.

Ils sont notamment responsables de l'application des présentes règles auprès des membres de leur département.

Un chef de département peut retirer de ses fonctions un chef de service qui n'exerce pas les responsabilités qui lui sont mandatées et pourra nommer un remplaçant par la suite.

Ils doivent aussi :

- 1° Collaborer avec le coordonnateur médical en vue d'une utilisation optimale des ressources du bloc opératoire.
- 2° Collaborer à l'identification de solutions à une problématique dans le respect des ressources disponibles.
- 3° Collaborer à l'utilisation optimale du temps de salle visé par le MSSS.
- 4° Collaborer au maintien d'un climat sain et harmonieux.
- 5° Mettre en œuvre les mesures pour rencontrer les orientations organisationnelles et à l'animation de la salle de pilotage de chirurgie.
- 6° Soutenir le chef de service du bloc opératoire dans la distribution, dans le respect des listes d'attente des différents services et chirurgiens, les priorités opératoires aux différents services selon le calendrier établi. Le respect du calendrier est un incontournable.
- 7° S'assurer que les chefs de service rendent disponibles les grilles horaires selon le calendrier établi.
- 8° S'assurer que les chefs de service supportent le chef du bloc et les chefs des services chirurgicaux.
- 9° S'assurer que chaque patient est opéré au bon endroit afin d'optimiser l'utilisation des plateaux techniques disponibles.
- 10° Être proactif dans le déploiement de protocoles à jour afin de migrer vers des CDJ lorsque possible.
- 11° S'assurer que les chefs de service fournissent la liste de garde selon le calendrier.

SECTION III RESPONSABILITÉ DES CHEFS DE SERVICE CHIRURGICAL

Chaque chef de service doit :

- 1° S'assurer que les priorités opératoires s'accordent avec les enjeux globaux du département.
- 2° Distribuer, avec le chef de service du bloc opératoire, les priorités opératoires aux membres de son service en proportion des listes d'attente de chaque chirurgien, du nombre de cas hors délai, des cas oncologiques et des cas urgents et semi-urgents prioritairement. La distribution des priorités opératoires doit toujours se faire selon les orientations de la DSPeM et du MSSS.
- 3° S'assurer que le patient est opéré au bon endroit.
- 4° Être proactif dans le développement de CDJ.
- 5° Fournir la liste de garde selon le calendrier et assurer lorsque pertinent qu'il n'y a pas de conflits d'activité clinique de ses membres. Dans le cas d'un bris de service potentiel, le chef de service doit contacter un autre milieu hospitalier pour organiser un corridor de service dès que le bris est identifié. Au besoin il interpellera la DSPeM et son chef de département si les demandes ont été refusées. Dans le cas d'un bris de service de service prévu, la DSPeM doit être avisée à l'avance.
- 6° Collaborer au bon fonctionnement du bloc opératoire et de l'utilisation équitable, pertinente des ressources disponibles.
- 7° Collaborer à l'identification de solutions à une problématique dans le respect des ressources disponibles.
- 8° Collaborer au maintien d'un climat sain et harmonieux.
- 9° S'assurer en tout temps d'une utilisation maximale du temps de salle et des ressources disponibles.

- 10° Actualiser les orientations organisationnelles et participer à l'animation de la salle de pilotage de chirurgie.

En cas d'absence à court ou à long terme pour une maladie, congé de maternité, départ, retraite d'un chirurgien ou gynécologue, le chef de service doit :

- 1° Redistribuer les priorités du chirurgien ou du gynécologue absent à l'intérieur de ses membres sinon les rendre disponibles pour les autres spécialités.
- 2° S'assurer que la liste d'attente du chirurgien ou gynécologue absent est prise en charge par l'équipe.
- 3° Collaborer avec les gestionnaires du bloc opératoire quant à l'utilisation optimale des salles d'opération. Le chef de service du bloc opératoire sera contacté 3 semaines avant une priorité dont un de ses membres a de la difficulté à combler. Si le chirurgien ne peut toujours pas compléter son programme, le chef de service concerné attribuera la priorité à un collègue, sinon il cèdera la priorité à une autre spécialité.
- 4° Valider et autoriser pour son service toute demande d'acquisition ou d'évaluation de nouveaux équipements, produits, instruments, consignes (en collaboration avec le chef de service du bloc opératoire).
- 5° Lorsqu'une absence est prévue, s'assurer que le chirurgien en question prévoit une réduction de nouveaux cas de façon proportionnelle afin de diminuer sa liste d'attente avant l'absence.

SECTION IV RESPONSABILITÉ DU CHEF DE SERVICE DU BLOC OPÉRATOIRE

Le chef de service du bloc opératoire doit :

- 1° Voir à la planification, au développement, à l'actualisation et à l'évaluation des activités et des ressources relatives aux activités périopératoires;
- 2° S'assurer, avec le chef de département de chirurgie, que les chefs de service distribuent les priorités opératoires à leurs membres en proportion des listes d'attente de chacun, des cas hors délais, des cas oncologiques, des cas urgents et semis urgents. Prendre note que la distribution des priorités opératoires doit se faire dans le respect des orientations de la DSP et du MSSS et pourra inclure selon nécessité une deuxième offre de service entre les membres d'une spécialité pour équilibrer les listes d'attente.
- 3° Planifier, coordonner et contrôler les ressources humaines en fonction des programmes opératoires afin que soient opérés les patients du territoire de la Montérégie-Ouest;
- 4° Être imputable de la gestion des ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles dans le respect du budget, des règles de conventions collectives et des règles, politiques et procédures de l'établissement;
- 5° Rapporter au coordonnateur clinico-administratif, au cogestionnaire médical de chirurgie ou au coordonnateur médical du bloc, toute problématique ayant trait à la productivité du bloc opératoire;
- 6° Tenir un registre opératoire avec la collaboration de la pilote Opéra;
- 7° Collaborer au maintien d'un climat sain et harmonieux;
- 8° Actualiser les orientations organisationnelles et participe à l'animation de la salle de pilotage de chirurgie.
- 9° Transmettre au chef de service tout enjeu directement lié à un membre du service (retard, manque de respect, etc.)

SECTION V RESPONSABILITÉ (CHIRURGIEN, GYNÉCOLOGUE ET DENTISTE)

- 1° Tous les chirurgiens et les gynécologues doivent connaître et respecter les RUR du bloc opératoire.
- 2° Le chirurgien et le gynécologue ont la responsabilité de collaborer au comblement de leur programme opératoire selon les règles du mécanisme d'accès à la chirurgie. S'il y a des difficultés potentielles, le service de la préadmission avisera le chirurgien ou le gynécologue, ainsi que son chef de service, et ce dans les 3-4 semaines avant cette priorité. S'il ne peut toujours pas compléter son programme, le chef de bloc opératoire attribuera la priorité, selon la liste d'attente du service concerné, à un autre médecin de ce service. Si cela est impossible, il cèdera la priorité à une autre spécialité.
- 3° Il est de la responsabilité de chaque chirurgien de prendre connaissance de son programme opératoire 24 à 48 heures d'avance.
- 4° Chaque chirurgien pourra éventuellement visualiser, via la plateforme Teams, son programme opératoire 72 heures à l'avance.
- 5° Un chirurgien ne peut modifier son programme opératoire le jour même sauf de façon exceptionnelle pour y ajouter/annuler/remplacer un cas d'urgence après approbation du coordonnateur médical du bloc opératoire.
- 6° Tous les chirurgiens et les gynécologues assignés au bloc doivent connaître leur programme opératoire et accorder une priorité à leurs activités au bloc opératoire.
- 7° La présence du chirurgien, gynécologue ou dentiste au bloc opératoire, est requise pour 8h.
- 8° Tout retard pourra entraîner des mesures, tel que décrit au chapitre IX, section III du présent document.
- 9° Le chirurgien et le gynécologue sont responsables de trouver et de contacter un confrère pour les assister lorsque requis (ex.: 2° chirurgien de la même spécialité) ou lors de cas conjoints (2 spécialités différentes) ou lors de non-disponibilité d'IPAC.
- 10° Le chirurgien, le gynécologue et le dentiste doivent se conformer aux normes médicales établies.
- 11° La requête opératoire dûment complétée est un outil essentiel au bloc opératoire. Il importe que le chirurgien s'assure de la codification de ladite requête.
- 12° Les chirurgiens, gynécologues et dentistes doivent s'assurer en tout temps d'une utilisation maximale du temps de salle alloué.
- 13° Collaborer au maintien d'un climat sain et harmonieux.

Ils doivent notamment :

- 1° Rédiger une histoire de cas comprenant l'anamnèse et l'examen physique avant de rédiger une requête opératoire - demande d'admission complète.
- 2° Communiquer avec l'infirmière de la clinique de préadmission afin d'assurer la fluidité de la programmation opératoire selon les délais requis. Il doit valider les dossiers complexes de ses usagers et en assurer le suivi (résultat d'examens et labos limites, suivis des demandes de consultation), et ce, régulièrement (sauf congés annuels) et sur demande.
- 3° Être disponibles immédiatement lorsque l'intervention qui précède se termine, en cas de complication en salle de réveil ou immédiatement après l'intervention.

SECTION VI RESPONSABILITÉ DE L'ANESTHÉSIOLOGISTE

L'anesthésiologiste doit se conformer aux normes médicales établies.

Il doit notamment :

- 1° Faire une évaluation préanesthésique.

- 2° Surveiller l'évolution de l'état de l'usager jusqu'à sa sortie de la salle de réveil.
- 3° Travailler en étroite collaboration avec les inhalothérapeutes.
- 4° Procéder à des anesthésies simultanées qu'en cas d'extrême urgence.
- 5° Collaborer à la rédaction et révision d'une feuille d'anesthésie pour chaque intervention.
- 6° Collaborer au maintien d'un climat sain et harmonieux.

SECTION VII ASSISTANT EN CHIRURGIE (IPAC)

12. ASSISTANT EN CHIRURGIE (IPAC)

L'attribution des infirmières premières assistantes en chirurgie (IPAC) dans les différentes salles, ou cas, se fait par l'ICASI du bloc opératoire et le chef de service du bloc opératoire et le coordonnateur médical du bloc selon la nécessité et la complexité des cas, après avoir avisé le chirurgien concerné au moment de la finalisation du programme opératoire.

S'il y a une problématique, le chef du bloc en sera informé et contactera le chef de département de chirurgie ou gynécologie afin que ce dernier apporte les correctifs nécessaires.

En cas de non-disponibilité d'IPAC pour répondre aux besoins des différents services, les chirurgiens de l'ensemble des spécialités chirurgicales devront s'assister entre eux ou utiliser des résidents (dans de rares cas) selon leur disponibilité.

13. NON-DISPONIBILITÉ DE L'IPAC

Si l'IPAC prévoit être non-disponible, le chirurgien doit en être avisé au moins 1 mois à l'avance.

Le but premier étant d'éviter les annulations de cas reliées à la non-disponibilité d'IPAC.

14. PRINCIPES DIRECTEURS

- 1° La distribution des IPAC est sous la responsabilité du chef de service du bloc opératoire et du chef du département de chirurgie ou de son adjoint, et tient compte de la complexité des cas;
- 2° La distribution des IPAC tient compte des cibles cliniques et est priorisée pour les cas oncologiques, semi-urgents et hors délais;
- 3° Une IPAC n'est pas attitrée exclusivement à une spécialité. Elle est attitrée aux cas complexes et peut être déplacée dans plusieurs salles au cours d'une même journée.
- 4° Une IPAC peut être attitrée au temps principal de l'intervention et non nécessairement à la totalité de l'intervention, selon les besoins des autres salles;
- 5° L'ICASI du bloc opératoire détermine l'ordonnancement des cas en fonction de la disponibilité des IPAC afin de couvrir le maximum d'interventions complexes;
- 6° En tout temps, une analyse de la journée opératoire et faite par l'ICASI et l'anesthésiologiste de garde du bloc opératoire et des pistes de solution sont évaluées afin d'éviter l'annulation de cas;
- 7° Si une IPAC est déplaçable sans causer préjudice à une spécialité, cette solution sera mise de l'avant;
- 8° S'il manque d'IPAC pour un ou plusieurs cas;

- a. Après avoir fait l'analyse de la journée opératoire et déplacé les IPAC en fonction de la complexité des cas, si la couverture n'est pas complète, il est de la responsabilité du chirurgien qui n'a pas d'IPAC de trouver un collègue pour l'assister ou de se référer à son chef médical pour trouver une solution.
- b. En tout temps, l'annulation de cas doit être un dernier recours.

SECTION VIII RESPONSABILITÉ DES AUTRES INTERVENANTS

Les différents intervenants travaillant au bloc opératoire devront accomplir leurs tâches et leurs responsabilités selon leur description de fonctions, dans les délais impartis pour maximiser la production chirurgicale, et ce, tout en collaborant au maintien d'un climat sain et harmonieux.

CHAPITRE V RÈGLES DE FONCTIONNEMENT DU BLOC OPÉRATOIRE

SECTION I ADMISSION AU BLOC OPÉRATOIRE

Personnes admises au bloc opératoire et en chirurgie mineure :

- 1° L'utilisateur;
- 2° Le chirurgien, le gynécologue et les assistants;
- 3° Les anesthésiologistes;
- 4° Les infirmières des salles d'opération;
- 5° Les infirmières auxiliaires des salles d'opération;
- 6° Les inhalothérapeutes des salles d'opération;
- 7° Les préposés aux bénéficiaires de la salle d'opération et préposés seniors en orthopédie;
- 8° Le personnel administratif;
- 9° Le personnel d'hygiène et salubrité;
- 10° Les médecins membres du CMDP, lorsque requis (ex.: en urgence);
- 11° Les étudiants autorisés en médecine, en inhalothérapie, en soins infirmiers;
- 12° Le personnel paramédical spécialisé (radiologie, audiovisuel);
- 13° L'escorte des détenus ou intervenant spécialisé (ex.: clientèle autiste);
- 14° Les interprètes;
- 15° Le conjoint ou l'accompagnateur de la parturiente ;
- 16° Le personnel du centre mère-enfant et de la pouponnière;
- 17° Le personnel paratechnique

Invités de l'extérieur :

- 1° Toute personne de l'extérieur qui désire faire un séjour au bloc opératoire (dans un but pédagogique ou scientifique), doit obtenir les autorisations suivantes : volet médical du chef de service ou département concerné ainsi que de la DSPEM et en informe la chef de service du bloc opératoire. Pour le volet infirmier, l'autorisation doit être obtenue de la chef de service du bloc opératoire ainsi que de la DSIEU.
- 2° Les représentants des différentes compagnies doivent s'annoncer et suivre la procédure d'habillage.

SECTION II PLANIFICATION ET PROGRAMMATION OPÉRATOIRE

Pour qu'une intervention électorale puisse être autorisée, il faut :

- 1° Que le dossier ait été validé par la clinique de préadmission.

- 2° Que les usagers aient reçu l'enseignement nécessaire (pour certains types d'interventions) via la clinique de préadmission.
- 3° Que les usagers aient reçu les instructions relatives à toute anesthésie. Les usagers sont préparés par téléphone ou présentiel. Il n'y a pas de vidéo et les brochures sont remises au moment de la visite préparatoire.
- 4° Qu'une requête opératoire ait été complétée par le chirurgien ou le gynécologue en règle avec la méthode. La date de la requête opératoire est celle où la décision de procéder avec la chirurgie est survenue et où le consentement a été obtenu. Toutes les requêtes opératoires électives doivent être déposées à la clinique de préadmission dans les 24 heures suivant sa complétion.
- 5° Qu'elle soit inscrite au programme opératoire. Seul le coordonnateur a l'autorité d'accepter une addition au programme opératoire ou de le modifier. L'heure d'impression du programme opératoire est 11 h 30. Toutefois, les cas électifs annulés la veille de la date prévue de l'intervention pourront être remplacés et intégrés au programme jusqu'à 16h la veille de l'intervention.
- 6° Que le dossier médical soit complet lors du transfert de l'utilisateur au bloc opératoire. Pour être complet, un dossier doit avoir :
 - a. Histoire de cas;
 - b. Diagnostic préopératoire;
 - c. Intervention proposée;
 - d. Rapport écrit des examens de routine préopératoires, tel que défini par le CMDP;
 - e. Feuille de vérification des soins préopératoires;
 - f. Consentement opératoire et anesthésie signés par l'utilisateur ou son représentant;
 - g. FADM;
 - h. Évaluation du risque de chute;
 - i. Consentement à la transfusion;
 - j. Niveau de soins;
 - k. Évaluation de l'apnée du sommeil;
- 7° Que les conditions légales concernant le permis opératoire soient respectées.

SECTION III CONSENTEMENT

Pour qu'une intervention chirurgicale puisse être autorisée, il faut que la formule de consentement ait été signée par l'utilisateur. Si l'utilisateur est mineur (moins de 14 ans ou incapable ou interdit), le consentement doit être signé par le parent, le tuteur ou toute personne ayant un intérêt pour l'utilisateur conformément à la Loi.

« Le mineur de 14 ans et plus peut, néanmoins, consentir seul à ces soins. Si son état exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de 12 heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit être informé de ce fait. », comme stipulé dans le Code civil du Québec, article 14.

« Le mineur de 14 ans et plus peut consentir seul aux soins non requis par l'état de santé; le consentement du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur est cependant nécessaire si les soins présentent un risque sérieux pour la santé du mineur et peuvent lui causer des effets graves et permanents. », comme stipulé dans le Code civil du Québec, article 17.

Pour les chirurgies électives, le consentement doit être signé à l'intérieur de douze (12) mois qui précèdent l'intervention.

Aucun changement dans les conventions établies entre l'usager et le chirurgien ou le gynécologue ou l'anesthésiologiste ne doit intervenir après que l'usager ait signé. Tout changement nécessite une autre signature.

Lorsque deux (2) interventions sont effectuées en simultané, il doit y avoir deux (2) consentements, soit un (1) consentement par intervention.

« En cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile. », comme stipulé dans le Code civil du Québec, article 13.

SECTION IV HORAIRE ET DISPONIBILITÉ DES SALLES

Les salles d'opération sont disponibles pour les interventions électives de 8 h à 16 h du lundi au vendredi; sauf lors des jours fériés.

Le programme électif débute à 8h pour se terminer à 16h dans l'ensemble des salles du bloc opératoire afin d'optimiser la production chirurgicale.

Les demi-priorités ne sont pas permises sauf si autorisées exceptionnellement par le chef de service du bloc opératoire.

Si le chirurgien ou le gynécologue prévoit que le cas se terminera plus tard, le coordonnateur médical déterminera à quel moment l'intervention pourra avoir lieu ou reportera la chirurgie après discussion avec le chirurgien concerné.

Le coordonnateur n'est pas impliqué dans les changements au programme. Un délai doit être respecté, soit avant la sortie du programme opératoire. Seuls les cas chirurgicaux qui requièrent une intervention médicale exceptionnelle peuvent être soumis à l'AIC pour discussion avec les parties prenantes (chef, anesthésiologiste de garde et chirurgien) afin de procéder à l'ajout au programme opératoire. Par la suite, l'AIC du bloc opératoire doit avertir toutes les personnes concernées lors d'un changement à l'horaire (incluant l'ordre des cas) Les changements d'ordonnancement de cas ne sont pas souhaitables dû aux impacts sur les différents services connexes et doivent être autorisés pour des raisons valables (clinique, disponibilité des équipements, etc.) soit : les chirurgiens ou les gynécologues, les anesthésiologistes, la chirurgie d'un jour, les unités de soins concernées, la radiologie et les laboratoires.

SECTION V PLANIFICATION DU PROGRAMME OPÉRATOIRE

Le chirurgien, gynécologue ou anesthésiologiste doit être disponible entre 8h et 16h.

Le programme opératoire est planifié par la préadmission, selon les règles du mécanisme d'accès à la chirurgie; si son programme est incomplet (le programme doit être d'une durée de 6h à 7h), le chirurgien ou le gynécologue sera contacté.

SECTION VI RÉATTRIBUTION DES PRIORITÉS OPÉRATOIRES

La réattribution des priorités opératoires relève d'une collaboration entre le chef de bloc et le chef de département. Lors d'une réattribution pour annulation, la priorité opératoire libérée devrait être donnée selon l'ordre suivant :

- 1° Les cas oncologiques;
- 2° Les hors délais électifs;
- 3° Le pourcentage des usagers en attente;
- 4° La disponibilité du chirurgien ou du gynécologue;
- 5° Le type de pathologie.

Lors d'une réattribution pour des vacances, doit être annoncé 3 mois à l'avance, lors de changement pour échange avec un autre chirurgien, doit être annoncé 1 mois et toute autre absence qui libère la priorité (ex.: congrès) doit être annoncée 1 mois à l'avance.

SECTION VII INTERVENTIONS ÉLECTIVES

Le chirurgien ou le gynécologue à qui une priorité opératoire est attribuée doit veiller à remplir cette priorité. Il a la responsabilité de prévoir une liste d'attente suffisante afin de combler les périodes mises à sa disposition.

Advenant le cas où il serait impossible pour un chirurgien ou un gynécologue de combler une priorité opératoire qui lui est allouée, à 3-4 semaines de ladite priorité, il est de sa responsabilité d'aviser par écrit, d'abord le chef de bloc qui verra à modifier les horaires à l'intérieur de son service pour pouvoir combler cette priorité. Le chef de bloc a 72 heures pour réallouer la priorité intraservice. Si aucune réponse n'est reçue, il adressera une demande au chef de département, afin que la priorité soit octroyée à un autre service ou une spécialité ciblée.

Advenant le cas où un chirurgien ou un gynécologue est dans l'impossibilité de remplir sa ou ses priorités, tout en considérant les règles entourant l'admission et la préadmission, le chef de bloc et de département verra à redistribuer temporairement les priorités à l'intérieur du service. Si le chef de bloc ne réagit pas à une telle situation, le chef de département redistribuera la ou les priorités à l'intérieur des services (selon les modalités établies à la section VI du présent chapitre). Si le département est dans l'incapacité de reprendre la priorité, le chef de département devra offrir celle-ci à un autre département. Toute modification dans la distribution des priorités doit être communiquée dans le meilleur délai possible aux coordonnateur clinico-administratif du bloc opératoire et chef de bloc de préadmission par écrit.

Aucune entente verbale entre deux chirurgiens du même service ou entre des services différents ne sera tolérée à l'insu des chefs de bloc afin de pouvoir gérer adéquatement les ressources disponibles au bloc opératoire en fonction des besoins de l'ensemble du CISSMO. Toute demande doit se faire par écrit 1 mois à l'avance.

Si une intervention est annulée par le coordonnateur médical, le chirurgien ou le gynécologue, elle n'est pas nécessairement remise en priorité pour le lendemain, à l'exception de cas exceptionnels après discussion avec les parties prenantes (chef de bloc, anesthésiologiste de garde et chirurgien). Cependant, une intervention annulée devrait être priorisée dans le prochain programme du chirurgien ou du gynécologue, après entente avec le chirurgien concerné afin d'éviter les annulations répétitives pour le même usager.

15. ARRIVÉES DES USAGERS AU BLOC OPÉRATOIRE

Le transport des usagers vers le bloc opératoire se fait en mode ambulant lorsque la situation le permet, sinon elle se fait en civière ou en bassinet pour les enfants. Si la condition du patient contraint le transport ambulant, la civière ou la bassinet pourra être utilisée.

SECTION VIII CRITÈRES À CONSIDÉRER POUR L'ÉLABORATION DU PROGRAMME

- 1° La gravité de l'intervention;
- 2° La durée de l'intervention (pas d'IPAC sur les cas d'urgence);
- 3° L'accommodation spécifique des salles;
- 4° Le facteur infection : en général, les interventions infectées sont programmées à la fin de la journée;
- 5° L'âge de l'utilisateur, la condition médicale;
- 6° Nombre de lits d'hospitalisations disponibles;
- 7° La disponibilité des anesthésiologistes, chirurgiens ou gynécologues et assistants (IPAC);
- 8° La disponibilité du personnel;
- 9° La disponibilité des équipements (ex. : fluoroscopie)

16. MÉTHODE D'INSCRIPTION

L'inscription pour toute intervention, élective ou urgente, chez des usagers hospitalisés ou en CDJ, doit se faire sur une requête opératoire papier ou web si disponible qui doit être rempli par le chirurgien ou le gynécologue. La requête doit être acheminée au service de préadmission au plus tard dans les 48 heures de sa complétion. Aucune demande pour faire remplir ces requêtes par téléphone ne sera acceptée.

Seules les requêtes dûment complétées sont acceptées. Une requête incomplète sera retournée au référent. La requête doit contenir les informations dûment complétées au nom du patient et lisibles suivantes:

- 1° Diagnostic préopératoire;
- 2° Intervention proposée;
- 3° Latéralité;
- 4° Date de naissance;
- 5° Numéro de dossier;
- 6° Nom, prénom à la naissance;
- 7° Numéro de la chambre (si disponible);
- 8° Codification (élective, semi-urgente ou urgente, en spécifiant le délai requis);
- 9° Diagnostic préopératoire;
- 10° Type d'anesthésie suggérée;
- 11° Infection;
- 12° Conditions associées (diabète, allergie, stéroïdes, difficultés anticipées, pacemaker, obésité morbide);
- 13° Chirurgien ou gynécologue;
- 14° Assistant (si connu);
- 15° Durée de l'intervention;
- 16° Position requise;
- 17° Examen radiologique;
- 18° Examens préparatoires à la chirurgie et consultations préopératoires;

- 19° Médication périopératoire;
- 20° Instrumentation spéciale;
- 21° Onco vs non-onco;
- 22° Nombre d'unités de sang demandées;
- 23° Demande de soins intensifs;
- 24° Admission en CDJ ou hospitalisation;
- 25° Signature du chirurgien ou du gynécologue;
- 26° Assistance par l'IPAC ou une assistance chirurgicale.

SECTION IX DOSSIER MÉDICAL

L'usager ne peut être transporté au bloc opératoire si le dossier est incomplet (sauf en urgence immédiate).

Un dossier complet comprend les documents suivants dûment complétés :

- 1° Rapport écrit des examens de routine préopératoire, comme défini par le Règlement du CMDP 15.5.8 – Protocole opératoire : « *Tout protocole opératoire doit être rédigé ou dicté dans les vingt-quatre (24) heures qui suivent. Si le protocole opératoire est transcrit après le départ de l'usager, le chirurgien qui en est responsable doit le signer dans les sept jours suivant son dépôt au dossier.* »
- 2° Collecte de données préopératoire et/ou liste de vérification infirmière préopératoire;
- 3° Consentement opératoire signé par l'usager;
- 4° Histoire de cas;
- 5° Consultations préalables réalisées.

SECTION X FERMETURE DE SALLE

En mesure exceptionnelle, la même journée, lorsqu'une fermeture de salle est nécessaire, les chefs de département et les cogestionnaires de chirurgie analysent la situation en fonction des critères suivants :

- 1° Selon l'équitabilité;
- 2° Les cas oncologiques sur le programme;
- 3° Les cas conjoints sur le programme;
- 4° Les cas hors délai sur le programme;
- 5° Les cas annulés et reportés sur le programme
- 6° Toutes autres situations particulières.

SECTION XI ANNULATION DES INTERVENTIONS

Le programme opératoire est conçu pour se terminer à 16h.

Tous les efforts doivent être mis en place pour éviter l'annulation d'une intervention élective. L'insertion d'un cas urgent (cas dont l'intervention est requise dans un délai de moins de 6h) dans un programme régulier n'entraîne pas automatiquement l'annulation d'un cas électif. Si un débordement est prévisible, le coordonnateur médical peut modifier la séquence des cas; mettre en disponibilité ou ne pas programmer certains cas électifs ou approuver un dépassement jugé nécessaire, ou déplacer un cas dans une autre salle.

Une intervention élective pourra débuter même si l'on prévoit qu'elle se terminera après 16h, selon la décision du coordonnateur médical.

SECTION XII CONTESTATION

Après évaluation de la situation, toute décision du coordonnateur est finale. En cas de litige, le cas doit être rapporté au comité opérationnel du bloc opératoire. Toutes contestations où la décision du coordonnateur est remise en question devront être reportées au chef de département. Ce dernier devra s'assurer que des actions concrètes soient mises en place pour éviter des situations de ce genre. En cas de récurrence d'un membre du bloc opératoire, des mesures disciplinaires ou autres pourront être suggérées par le chef de département et le DSP, au besoin. En cas d'incivilité, la politique de civilité du CISSMO sera appliquée.

CHAPITRE VI RESPONSABLES DE LA VALIDATION DU PROGRAMME

L'ICASI du bloc opératoire et le chef de service du bloc opératoire valident le programme opératoire du lendemain :

- 1° En déterminant le temps de salle par patients, le nombre de salles, la disponibilité du personnel pour chaque intervention, et ce en tenant compte de la durée prévue par le chirurgien ou le gynécologue pour l'intervention tout en se fiant aux données Opera.
- 2° En tenant compte, pour chaque chirurgien ou gynécologue qui présente une requête, de la période opératoire disponible, des jours de priorité au sein du service, des salles disponibles pour le type d'intervention, du personnel et équipements disponibles;
- 3° Une analyse (profil) des temps d'occupation des salles pour chaque type de chirurgie (intervention) sera faite pour tous les chirurgiens et les gynécologues par le système informatique Opera. Le temps d'occupation débute à l'entrée de l'utilisateur et se termine à la sortie de l'utilisateur de la salle d'opération.

Si le chirurgien ou le gynécologue considère qu'il a besoin pour une condition médicale particulière de plus de temps, le temps attribué sera le temps inscrit sur la requête opératoire par le chirurgien ou le gynécologue.

CHAPITRE VII GESTION DES PRIORITÉS ET DES URGENCES

SECTION I GESTION DES URGENCES

Il y a urgence lorsque le chirurgien détermine que l'état du patient requière une chirurgie en urgence selon les critères d'urgence établis.

Les demandes de salle d'opération/demande d'admission d'urgences dûment complétées doivent être transmises ou reçues par l'ICASI du bloc opératoire, sauf en cas d'extrême urgence, qui décide, en collaboration avec le coordonnateur médical du bloc opératoire ou son substitut ou remplaçant de l'heure et du choix de la salle d'opération. L'ICASI du bloc opératoire en informe par la suite le chirurgien ou le gynécologue de la décision. Avant de pouvoir annoncer un cas, le patient doit être vu par le chirurgien, son dossier incluant le consentement et l'évaluation doit être complété et la requête opératoire doit être complétée.

La préséance dans la succession des urgences doit aller à l'intervention où tout délai est préjudiciable à l'usager. Pour le même niveau d'urgence, la priorité est accordée selon l'ordre d'arrivée des requêtes opératoires ou selon une entente entre les chirurgiens ou les gynécologues concernés. L'ouverture d'une deuxième salle peut être considérée dans certaines situations. En cas de mésentente, on fait appel à la décision du coordonnateur médical.

Lorsqu'un chirurgien annonce une chirurgie urgente, il a la responsabilité d'aviser l'ICASI ainsi que l'anesthésiologie de garde. Lorsqu'une urgence est annoncée la nuit et/ou les fins de semaine et jours fériés, le chirurgien se doit d'aviser l'anesthésiologiste de garde. Il doit ensuite aviser le coordonnateur d'activité de soin pour que celui-ci appelle l'équipe de garde afin de pouvoir gérer de façon optimale la réalisation des cas urgents. Il est nécessaire que le chirurgien ou le gynécologue traitant précise le niveau d'urgence selon la grille de priorité suivante et en avise personnellement le coordonnateur médical et l'anesthésiologiste de garde.

U1 (moins de 1 h) : Urgence vitale, soit une intervention à débiter immédiatement, situation clinique représentant un danger pour la vie de l'usager. Intervention réalisée dans la première salle qui se libère, quelle que soit la spécialité, et entraînant l'annulation de cas électifs au besoin.

U2 (moins de 6 h) : Urgence véritable, soit en moins de six (6) heures. Intervention qui ne peut attendre la fin du programme opératoire, le chirurgien ou le gynécologue détermine le délai maximal admissible. Après analyse du coordonnateur médical du bloc, si des cas électifs doivent être annulés, ils le seront dans la spécialité du chirurgien ou du gynécologue qui pratiquera l'intervention urgente ou dans une autre salle, selon une rotation équitable entre les spécialités, ou en fonction du déroulement des activités de la journée au bloc opératoire.

U3 (moins de 12 h) : Entre six (6) heures et douze (12) heures. Intervention qui sera réalisée à la fin du programme opératoire de la journée ou avant le programme opératoire du lendemain.

U4 (moins de 24) h : Intervention opératoire en soirée ou le lendemain.

Circonstanciel : Urgence circonstancielle. Intervention qui dépend de certains facteurs professionnels ou organisationnels pour sa réalisation dans des conditions optimales, justifiant son traitement rapide dans un délai de 24-48 heures, soit en priorité dans le programme opératoire du lendemain, soit en dehors du programme régulier. Nécessite une entente entre coordonnateur médical, chirurgien ou gynécologue, anesthésiologiste et chef de service du bloc opératoire ou son AIC.

Pour les césariennes : délai entre l'annonce de la chirurgie et de la naissance du bébé

- P1 : moins de 30 minutes
- P2 : 30-60 minutes
- P3 : 60-120 minutes
- P4: plus de 2 heures

Les césariennes P1 seront réalisées dans la première salle qui se libère. Les césariennes P2 seront réalisées dans la première salle qui se libère en priorisant la salle de gynécologie si cette dernière se libère dans le délai requis.

L'activité chirurgicale le soir, les fins de semaine et jours fériés doit être limitée aux urgences véritables ou pour tout cas où le délai devient préjudiciable pour le patient. La classification obligatoire du niveau de priorité selon l'échelle qui précède permet aux intervenants concernés de gérer judicieusement les urgences.

Prendre note que la nuit, les ressources étant limitées, le bloc opératoire est limité à effectuer que les urgences vitales où le délai de l'urgence véritable devient préjudiciable à échéance.

La classification du niveau d'urgence doit être inscrite sur la demande de salles d'opération/demande d'admission à un endroit précis par le chirurgien ou le gynécologue traitant. Cette classification peut changer seulement si le patient a été réévalué par le chirurgien. Ces informations seront compilées par le personnel du bloc opératoire et des rapports réguliers seront déposés au comité du bloc opératoire, qui pourra prendre les mesures appropriées pour gérer les situations anormales ou déviantes.

Tous les cas litigieux seront analysés en seconde instance et des mesures seront possibles. Le comité des cas litigieux sera composé du cogestionnaire médical chirurgie, du chef de département concerné et du chef du département d'anesthésiologie. Un rapport sera déposé au comité opérationnel du bloc opératoire. Ce dernier doit transmettre au comité directeur du bloc opératoire, un bilan annuel au 31 mars des cas rapportés au comité des cas litigieux.

Le CISSMO doit s'assurer de rendre disponible au moins une salle d'opération les soirs, les nuits et les fins de semaine.

SECTION II COMPOSITION DE L'ÉQUIPE DE GARDE

- 1° Chirurgien ou gynécologue
- 2° Anesthésiologiste;
- 3° Infirmières et infirmières auxiliaires;
- 4° Inhalothérapeute;
- 5° Technologues en imagerie (déjà sur place)

SECTION III ANESTHÉSIES SIMULTANÉES

Un anesthésiologiste ne peut procéder à des anesthésies simultanées sauf en cas d'extrême urgence.

CHAPITRE VIII SOINS DE FIN DE VIE ET BLOC OPÉRATOIRE

L'aide médicale à mourir (AMM) n'est pas offerte au bloc opératoire, sauf lorsqu'associé à un don d'organes et en collaboration avec les équipes de Québec Transplant.

CHAPITRE IX RÈGLEMENTS DISCIPLINAIRES DES ACTIVITÉS DU BLOC OPÉRATOIRE

SECTION I DÉPASSEMENT DES HEURES AUTORISÉES

Par un chirurgien, anesthésiologiste ou gynécologue obstétricien

En situation de non-respect des RUR du bloc opératoire, le cas sera transmis au comité opérationnel du bloc opératoire. Si l'inobservance est confirmée, un avertissement sera adressé par le comité opérationnel du bloc opératoire avec avis au chef de service. Si récidive, une plainte

écrite avec demande de sanction sur choix de vacances sera adressée par le président du comité opérationnel du bloc opératoire au chef de service avec copie au chef du département. Si autre récidive, le cas sera transmis au DSP, qui le référera au Comité de discipline. Le comité opérationnel du bloc opératoire doit informer le comité directeur du bloc opératoire de toutes situations.

SECTION II RESPONSABILITÉ DU CHIRURGIEN

Chaque chirurgien est responsable de consulter le programme opératoire (nominatif) qui sera éventuellement transmis aux chirurgiens et anesthésiologistes par courriel la veille.

Il incombe au chirurgien et à son équipe d'être disponibles immédiatement lorsque l'intervention qui précède se termine. Les chirurgiens doivent se tenir au courant de la marche des interventions qui précèdent la leur.

Les chirurgiens qui annoncent des interventions doivent accorder une priorité aux activités du bloc opératoire sauf en cas d'urgences simultanées hors bloc.

SECTION III RETARD

Aucun retard du chirurgien, du gynécologue ou de l'anesthésiologiste ne sera toléré.

17. POUR LES CHIRURGIENS, GYNÉCOLOGUES ET ANESTHÉSIOLOGISTES

Un chirurgien doit être présent dans l'hôpital et disponible pour le bloc opératoire à 8 h les jours ouvrables. Une non-disponibilité au bloc opératoire après 8 h 05 sera comptabilisée comme un retard.

Les retards seront comptabilisés sur la base du calendrier civil et une remise à zéro est faite le premier janvier de chaque année. Des sanctions pourront être prises selon les irrégularités récurrentes.

L'équipe médicale (chirurgiens, gynécologues et anesthésiologistes) doit être présente au bloc opératoire jusqu'à la complétion du programme électif, mais doit s'assurer auprès de l'assistant ou du coordonnateur qu'il n'y a pas d'autres interventions à venir au programme, ou qu'un cas d'urgence peut être ajouté si ce dernier est terminé avant 16h.

18. GESTION DES RETARDS DE LA PARTIE MÉDICALE (COORDONNATEUR, CHIRURGIEN, GYNÉCOLOGUE ET ANESTHÉSIOLOGISTE)

Volet chirurgie majeure et chirurgie mineure

Gradation des mesures :

18.1. Pour les départements de chirurgie et gynécologie-obstétrique

- 1^{er} retard : Avis verbal par le chef de département ou de service concerné;
- 2^e retard : Avis verbal par le chef de département ou de service concerné;

- 3^e retard : Avis écrit et rencontre formelle avec le chef de service ou de département;
- 4^e retard : Le chef du bloc opératoire avise le comité du bloc opératoire, qui lui-même rapporte l'incident par écrit au DSP qui avisera le comité de discipline.

18.2. Pour les départements d'anesthésiologie

(Se référer aux *Règlements sur l'organisation et le fonctionnement du département d'anesthésiologie REG-10283*)

Un retard sans motif valable sera sanctionné par le chef du département.

- 1^{er} retard : Avis verbal sera donné;
- 2^e retard : Deuxième avis verbal sera donné;
- 3^e retard: Avis écrit et rencontre formelle avec le chef de service ou de département;
- Après 4 retards : L'anesthésiste sera convoqué pour expliquer son comportement au chef de service ou de département et au DSP de l'établissement.
- Une lettre sera versée au dossier en cas de retards répétitifs non motivés.
- En cas de litige sur le caractère motivé des retards, un appel pourra être déposé auprès du DSP.

SECTION IV RESPONSABILITÉ DE L'ANESTHÉSIOLOGISTE

L'anesthésiologiste ne doit pas procéder à l'anesthésie si le chirurgien ou le gynécologue n'est pas présent dans l'établissement et disponible immédiatement pour le bloc opératoire.

SECTION V APPELS ET MESSAGES TÉLÉPHONIQUES

Pour contacter le médecin de garde, il faut se référer à la *Procédure sur la gestion des appels aux médecins de garde (PRO-10371)*, qui se trouve sur l'Intranet.

SECTION VI DISCIPLINE

Tout manquement à la discipline du personnel médical et paramédical sera rapporté au chef de département ou de service concerné.

Le chef de département doit, si la situation le requiert, en informer le DSP.

CHAPITRE X RÈGLEMENTS CONCERNANT L'ASEPSIE

SECTION I CODE VESTIMENTAIRE

Toute personne entrant dans la zone aseptisée du bloc opératoire ainsi que tout visiteur doit obligatoirement porter les vêtements appropriés :

- 1° Les uniformes chirurgicaux sont lavés et fournis par le CISSSMO.
- 2° Bonnet ou chapeau doit couvrant entièrement la chevelure. Le personnel portant un bonnet de tissu lavé à domicile doit le recouvrir par un bonnet jetable. À l'intérieur des salles

- d'opération et dans l'aire stérile, le port de masque, couvrant adéquatement le nez et la bouche, est obligatoire pour tous en tout temps
- 3° Couvre-chaussures doivent être portées dans la zone restreinte et semi-restreinte lorsqu'il y a des risques de contamination.
 - 4° Les cheveux et la barbe doivent être soigneusement cachés sous le bonnet ou la cagoule et le couvre-barbe, en plus du masque. Le masque doit être changé entre chaque intervention chirurgicale ou lorsqu'humide et souillé régulièrement dans la journée.
 - 5° Le personnel du bloc opératoire devrait porter une protection oculaire en tout temps lorsque possible.
 - 6° La blouse et les gants stériles sont obligatoires pour toute intervention chirurgicale (ex. : pas pour l'anesthésie).
 - 7° Les lunettes protectrices doivent être portées lorsqu'il y a risque d'éclaboussures.

Toute personne qui quitte l'établissement (pause à l'extérieur, aller fumer) DOIT mettre un nouvel uniforme lors de son retour au bloc opératoire.

Les ongles artificiels, les faux cils, le vernis à ongles et les bijoux sont interdits à l'intérieur du bloc opératoire.

Toute personne soupçonnée d'être porteuse d'une infection, c'est-à-dire :

- 1° Lésion cutanée purulente;
- 2° Exanthème viral (tel que rubéole, varicelle, rougeole, etc.);
- 3° Entérite ou gastro au stade aigu;
- 4° Conjonctivite;
- 5° Influenza;
- 6° COVID;
- 7° etc.,

Doit être référée au bureau de santé ou à l'urgence pour examen.

La responsabilité de l'application de cette mesure incombe à chacun, mais plus particulièrement au chef du département concerné et au chef de service du bloc opératoire.

SECTION II INTERVENTION INFECTÉE

Le chirurgien doit déclarer toute intervention infectée à la salle d'opération.

Il n'y a pas de salle désignée. Ce type de cas est fait à la fin du programme selon la salle disponible. Toute intervention infectée exige l'application de la technique établie de la salle septique. Les recommandations du comité de prévention et contrôle des infections doivent être rigoureusement appliquées.

Des prélèvements pourraient être faits selon les recommandations du microbiologiste.

SECTION III USAGER PORTEUR D'UNE QUELCONQUE INFECTION

Lorsqu'un usager est soupçonné d'être porteur d'une infection cutanée purulente, exanthème viral (ex. : rubéole, varicelle, rougeole), infection entérite au stade aigu, infection à bactéries multirésistantes, COVID, le chef de service du bloc opératoire et/ou l'ICASI aviseront le chirurgien ou le gynécologue concerné et après discussion, une décision sera prise à savoir si la chirurgie

peut être reportée et si l'utilisateur doit être opéré. Le cas sera mis à la fin du programme opératoire et une désinfection complète de la salle sera faite.

CHAPITRE XI RÈGLEMENTS DE LA SALLE DE RÉVEIL

SECTION I ADMISSION

Tous les usagers ayant subi une anesthésie générale ou régionale, dont l'état nécessite une surveillance postopératoire immédiate, et tous les usagers nécessitant une surveillance préopératoire particulière (pace désactivé) et usager en bloc anesthésique, seront dirigés vers la salle de réveil.

Feront exception à cette règle :

- 1° Certains usagers qui pourront être dirigés immédiatement vers les soins intensifs, la CDJ ou un lit d'hospitalisation.
- 2° Les usagers porteurs d'un certain type d'infection qui séjourneront dans la salle d'opération jusqu'à ce qu'ils puissent être conduits à leur chambre. (ex.: les patients COVID positifs ayant eu une chirurgie avec intubation / extubation faite en salle d'opération)

SECTION II FONCTIONNEMENT

La salle de réveil ne devrait être utilisée que lors de la phase postopératoire immédiate, à l'exception d'une partie dédiée à la salle d'induction à l'Hôpital Anna-Laberge. En effet, on devrait exercer ailleurs qu'à la salle de réveil, les fonctions qui ne relèvent pas de ce lieu, à savoir :

- 1° Les soins intensifs sauf exception
- 2° La chirurgie d'un jour.

Dans la salle de réveil, l'utilisateur demeure sous la responsabilité de l'anesthésiologiste ou du chirurgien ou du gynécologue qui a pratiqué une intervention sous anesthésie locale/narcose.

Les visiteurs ne sont pas admis à la salle de réveil, sauf sur autorisation spéciale.

Un usager ne peut quitter la salle de réveil que sur autorisation écrite de l'anesthésiologiste en charge, ou si la grille d'atteinte de congé est complétée.

CHAPITRE XII DISPOSITION DES PIÈCES ANATOMIQUES

À la demande du chirurgien ou gynécologue, les pièces anatomiques ou corps étrangers prélevés sont dirigés vers les laboratoire pour analyse, selon les procédures établies.

Les balles, couteaux et autres sont remis sont remis aux policiers, s'ils en font la demande.

CHAPITRE XIII COMPTE ET DÉCOMPTE

Le compte et décompte est obligatoire dans le but de :

- 1° Prévenir les accidents à l'utilisateur qui subit une intervention chirurgicale;

- 2° Protéger les infirmières, les chirurgiens et les gynécologues qui ont la responsabilité légale pour les décomptes dans une procédure chirurgicale;
- 3° Se conformer aux normes et lignes directrices pour la pratique des soins périopératoires.

Pour les césariennes d'urgence P1, un décompte initial doit être effectué, mais s'il n'est pas possible de le faire, un décompte doit être fait en postopératoire avec une plaque simple de l'abdomen (PSA).

CHAPITRE XIV RAPPORT QUOTIDIEN D'UTILISATION DES SALLES

Une compilation quotidienne et mensuelle est réalisée pour vérifier l'efficacité d'utilisation des salles et des ressources des salles d'opération et est transmise au comité du bloc.

CHAPITRE XV DISPOSITIONS FINALES

SECTION I ENTRÉE EN VIGUEUR DES RÈGLES

- 19.** Les présentes règles sont élaborées par le chef de département, en collaboration avec le chef de service, sous l'autorité de la DSPEM.

Elles entrent en vigueur sur l'approbation du DSP. Elles doivent par la suite recevoir l'approbation du CECMDP, incluant les sanctions administratives prévues, puis être soumis au CA de l'établissement.

Les règles en cours sont en vigueur tant et aussi longtemps qu'une nouvelle version n'est pas approuvée par le CMDP et le CA de l'établissement.

SECTION II RÉVISION, ABROGATION

- 20.** Les présentes RUR du bloc opératoire doivent être révisées à la fin de la première année suivant leur approbation initiale par le CA, et aux 4 ans par la suite.
- 21.** Tout amendement ou addition pourra être apporté aux présentes RUR à la suite d'une demande officielle formulée par un des membres des départements de chirurgie, d'anesthésiologie et de gynécologie-obstétrique à leurs chefs respectifs. Cette demande sera étudiée par le comité du bloc opératoire qui communiquera alors sa décision aux membres des différents départements après avoir été entérinée. Un tel amendement ou addition entrera en force après approbation par le CECMDP puis avoir été entériné par le conseil d'administration. Il sera ensuite distribué aux membres des départements de chirurgie, d'anesthésiologie et de gynécologie-obstétrique.

SECTION III RÉFÉRENCE

22. Énumérer les documents consultés pour la rédaction de ce règlement.

- 1° RUR – Cité de la Santé de Laval
- 2° Règles et procédures au bloc opératoire – Hôpital du Suroît. CISSS de la Montérégie-Ouest, 2020. [Document interne].
- 3° Règles et procédures au bloc opératoire – Hôpital Anna-Laberge. CISSS de la Montérégie-Ouest, 2012. [Document interne].
- 4° Règlement sur le fonctionnement et l'organisation du département d'anesthésiologie REG-10283. [En ligne]. 2023. [<https://intranet.ciassmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/reg-10283-reglement-sur-organisation-et-le-fonctionnement-du-departement-anesthesiologie>].
- 5° Règlement sur le fonctionnement et l'organisation du département de chirurgie REG-10283. [En ligne]. 2023. [<https://intranet.ciassmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/reg-10289-reglement-de-organisation-et-du-fonctionnement-du-departement-de-chirurgie>].
- 6° Règlement sur le fonctionnement et l'organisation du département d'obstétrique-gynécologie REG-10287. [En ligne]. 2023. [<https://intranet.ciassmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/reg-10287-reglement-sur-organisation-et-le-fonctionnement-du-departement-obstetrique-gynecologie>].
- 7° MSSS. *Guide des bonnes pratiques au bloc opératoire*. [En ligne] 2021. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-924-02W.pdf>].
- 8° Procédure sur la gestion des appels aux médecins de garde PRO-10371. [En ligne]. 2023. [<https://intranet.ciassmo.rtss.qc.ca/fr/publications-et-documents/pro-10371-gestion-des-appels-aux-medecins-de-garde>]

SECTION IV PROCESSUS D'ÉLABORATION / RÉVISION

Processus d'élaboration/Révision		
Rédigé par	Mme Yolande De Wijngaert, agente administrative DSPEM	2024-06-15
	Mme Alexandra Côté, agente administrative DSPEM	2024-03-04
	Mme Mélanie Richer, APPR DSPEM	2024-03-04
Personnes consultées	Mme Nathalie Decloître, chef de service, DPSCS (Haut-Saint-Laurent)	2023-08-18
	Mme Luce Lebœuf, chef du bloc opératoire, préadmission, chirurgie d'un jour et unité de retraitement des dispositifs médicaux pôle 1, DPSCS	2023-08-18
	Mme Claudine Ricard, chef du bloc opératoire, préadmission, chirurgie d'un jour et unité de retraitement des dispositifs médicaux pôle 2, DPSCS	2023-08-18
	Mme Valérie Duvernay, coordonnatrice – Bloc opératoire, endoscopie, clinique externe, DPSCS	2023-08-18
	Dre Lynne Dumais, chef du département d'anesthésiologie	2023-08-18
	Dre Giselle Daher, adjointe au chef du département d'anesthésiologie	2023-08-18
	Dre Liliane Fulin Lee, adjointe au chef du département de chirurgie	2023-08-18
	Dre Lynne Dumais, chef du département d'anesthésiologie	2024-02-21
	Dre Lillian Lee, adjointe au chef du département de chirurgie	2024-05-27
	Dr Joseph Itovitch, chef du département de chirurgie	2024-04-10

SECTION V HISTORIQUE DU DOCUMENT

Historique du document		
Approuvé par	Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	2024-09-05
Recommandé par	Le Comité de direction	2024-10-01
Adopté par	Le Conseil d'administration	2024-11-27
Commentaires	RCECMDP20240904-119-11 CA-20241127-04	

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest**

Québec

