

**Enquête administrative indépendante concernant les activités
chirurgicales excessives à l'extérieur des heures régulières
de l'Hôpital de La Sarre**

RAPPORT

**Présenté à
M. Jacques Boissonneault,
président-directeur général du
Centre intégré de santé et de services sociaux de
l'Abitibi-Témiscamingue**

**Par
Mme Céline Corbeil, inf., M.Sc., L.L.M.**

**Enquête en octobre 2016
Rapport remis le 6 décembre 2016**

TABLE DES MATIÈRES

1. Préambule	page 5
2. Mandat	page 6
Limite du mandat	page 6
3. Méthodologie	page 7
4. Un peu d'histoire	page 7
5. Constats généraux et interprétation.....	page 8
Comité de direction stratégique	page 8
Conseil d'administration du CSSS des Aurores-Boréales.....	page 9
Conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.....	page 9
Règlements du bloc opératoire	page 10
Ressources humaines et relations de travail	page 11
Comité du bloc opératoire	page 12
Rapports du vérificateur externe et rapports AS-471	page 13
Données statistiques.....	page 13
Indicateurs qualité.....	page 16
6. Réponses aux différentes parties du mandat.....	page 16
7. Recommandations.....	page 20
8. Conclusion	page 21
Annexe 1 - Tableaux statistiques.....	page 23

1. Préambule

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue a été constitué au printemps 2015. Le président-directeur général (PDG) est en exercice depuis le 1^{er} avril 2015.

Lors du transfert des dossiers en avril 2015, la directrice des services professionnels et de l'enseignement universitaire (DSPEU) est informée des activités chirurgicales excessives en dehors des heures régulières au bloc opératoire de l'Hôpital de La Sarre. De plus, des directeurs adjoints et des cadres nouvellement en exercice constatent que les règles d'utilisation des ressources du bloc opératoire ne sont pas respectées.

À l'automne 2015, plusieurs mesures sont mises en place pour corriger la situation. Un suivi est effectué pour documenter les écarts aux règles d'utilisation des ressources. Cependant, un chirurgien continue d'opérer en dehors des heures régulières du bloc opératoire, de voir des patients en clinique externe de soirée et il est parfois non présent à l'heure prévue au bloc opératoire de jour en semaine.

En mars 2016, la DSPEU découvre qu'il y a une ancienne entente, du temps du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) des Aurores-Boréales, permettant au gynécologue et au chirurgien en chirurgie générale d'opérer les congés fériés selon un horaire préétabli. Ainsi, les chirurgiens pouvaient bénéficier des majorations de salaire.

Pendant près d'un an, il y a eu des discussions entre l'organisation actuelle et le chirurgien de La Sarre afin de corriger la situation.

À la fin juin 2016, la journaliste Madeleine Roy, de l'émission Enquête de Radio-Canada, se rend à La Sarre pour effectuer des entrevues concernant la situation des activités chirurgicales dans cet hôpital. Elle prépare une émission sur ce sujet. Le 30 juin 2016, le PDG du CISSS lui accorde une entrevue et lui signifie que l'organisation est au fait de la problématique et que des actions correctrices sont en cours.

En juillet 2016, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) demande des documents relatifs à l'horaire des chirurgies et des résumés de dossier de plusieurs usagers du chirurgien en chirurgie générale. Une enquête est en cours.

À la fin août 2016, il y a une rupture de service en anesthésie au bloc opératoire de La Sarre, l'anesthésiste qui travaillait depuis les dernières années avec le chirurgien ayant donné sa démission. Cette rupture de service s'est terminée le 24 septembre 2016.

Au début septembre 2016, une journaliste de RNC Média à Rouyn-Noranda fait une demande d'accès à l'information au CISSS. Elle recherche des données relatives au chirurgien et à l'anesthésiste. Quelques jours plus tard, un autre journaliste s'informe de cette demande d'accès à l'information et du suivi fait par le CISSS.

Les 20 et 21 septembre 2016, la nouvelle sort partout au Québec. Madeleine Roy titre Un chirurgien millionnaire gonfle ses revenus en profitant du système. Elle écrit¹ « En 2015, [...] seul chirurgien à plein temps du centre hospitalier de La Sarre en Abitibi Témiscamingue, a été le chirurgien général le mieux payé de la province. [...] Selon plusieurs de ses collègues, une bonne part de celle-ci est attribuable au fait qu'il s'efforce de travailler pendant les plages horaires les plus payantes. [...] En 2015, selon le

¹ Extraits de l'article de Madeleine Roy d'Enquête publié le mercredi 21 septembre 2016 à 12 h 03, mis à jour le 21 septembre 2016 à 16 h 09.

Site : <http://ici.radio-canada.ca/nouvelles/societe/2016/09/21/001-renumeration-medecin-specialistes-issam-el-haddad-abitibi-la-sarre.shtml>

registre des salles d'opération du centre hospitalier de La Sarre que nous avons obtenu, le quart des ablations de la vésicule biliaire (endocholécystectomie) effectuées par le Dr El-Haddad ont été faites après 21 h, la nuit et les week-ends. Pour ce qui est de l'ensemble des actes facturés par des chirurgiens à La Sarre, les données de la RAMQ démontrent que 54 % ont été faites après 17 h, la nuit, les week-ends et les jours fériés. La moyenne dans un échantillon d'hôpitaux régionaux que nous avons choisi est de 16 % ».

Le 26 septembre 2016, madame Céline Corbeil est engagée pour faire une enquête administrative indépendante concernant les activités chirurgicales excessives à l'extérieur des heures régulières à l'Hôpital de La Sarre, anciennement du CSSS des Aurores-Boréales. La mandataire est sous la gouverne du PDG du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

L'enquête débute le 5 octobre 2016 et se termine le 6 décembre par le dépôt du présent rapport à monsieur Jacques Boissonneault, PDG du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

2. Mandat

En résumé, le mandat a pour objet de faire la lumière sur les problématiques à l'Hôpital de La Sarre concernant le fonctionnement antérieur du bloc opératoire.

L'enquête vise à connaître :

- Si les informations de la journaliste d'Enquête sont justes;
- Les pratiques de gestion au bloc opératoire;
- L'organisation des soins et services reliés ou connexes aux activités du bloc opératoire;
- Le cheminement des demandes et le fonctionnement des activités de chirurgies en dehors des heures régulières de travail;
- La participation des sphères de décision ou de consultation (comité de direction, directeurs, conseil d'administration, syndicat, etc.) dans l'établissement de la problématique;
- Si les pratiques et le mode de gestion ont eu une incidence négative sur la qualité des soins;
- Si, en date d'octobre 2016, la situation est corrigée;
- Si les mesures actuelles sont suffisamment structurantes pour éviter que cela se reproduise.

Limites du mandat

Le mandat confié concerne uniquement les pratiques de gestion de plusieurs niveaux administratifs liées aux activités chirurgicales de l'Hôpital de La Sarre.

Il est entendu qu'il n'y a pas d'activité d'enquête sur les pratiques médicales cliniques des médecins. Ainsi, il n'y a pas eu d'analyse des dossiers médicaux des patients afin de déterminer si les cas étaient des urgences chirurgicales justifiant l'ouverture du bloc opératoire en dehors des heures régulières. Il n'y a pas eu non plus d'activité d'enquête sur les modes de rémunération ou sur le salaire du ou des chirurgiens, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ou le chef de département médical.

Le fait que l'objet de l'enquête a été médiatisé sur le plan provincial et que d'autres instances vont enquêter sur d'autres aspects, il est possible qu'il y ait un biais défensif sur le plan des réserves de certaines personnes rencontrées ou contactées.

3. Méthodologie

D'abord, une personne de l'organisation a été mandatée pour faciliter les démarches d'enquête, soit monsieur Alain Couture, adjoint à la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique. Pour sa part, madame Valérie Roy, adjointe administrative travaillant à l'Hôpital de La Sarre, s'est montrée très disponible pour répondre aux demandes. Ces deux personnes ont grandement soutenu la mandataire dans la planification des rencontres, l'établissement des premiers contacts des gens à l'extérieur, la recherche de la documentation requise, etc. La mandataire les remercie chaleureusement et désire souligner leur grande disponibilité, leur professionnalisme et leur précieuse collaboration.

L'enquête s'est déroulée du 5 au 27 octobre 2016. La mandataire fut présente à Rouyn-Noranda pendant 3,5 jours et à La Sarre pendant 7,5 jours. L'enquête fut principalement réalisée par des rencontres individuelles avec du personnel du bloc opératoire et d'autres services interreliés, des directeurs ou cadres actuellement en exercice pour le bloc opératoire et ceux ayant travaillé dans ce service depuis 2009, des cadres ou directeurs des services interreliés aux activités chirurgicales ou des services-conseils et quelques médecins. Les personnes à la retraite, en congé à long terme, ayant siégé au conseil d'administration ou ayant quitté la région ont été contactées par téléphone.

La mandataire s'est aussi montrée disponible pour rencontrer des personnes qui travaillaient à l'Hôpital de La Sarre, un vendredi soir et un samedi dans la journée. Aucune demande de rencontre n'a été refusée.

Au total, 55 témoignages pertinents ont été faits pour l'enquête. De ce nombre, 44 personnes ont été rencontrées alors que 11 ont été contactées par téléphone. Chaque personne rencontrée ou contactée a été avisée de la teneur du mandat.

Plusieurs types de documentations ont été consultés afin de comprendre la situation antérieure, qui était au courant de la problématique et quelles ont été les actions correctrices entreprises. Pour les procès-verbaux et les comptes rendus, la recherche s'est faite dans un premier temps par mots clefs. Comme il y avait peu de matériel sortant, tous ont été lus.

4. Un peu d'histoire

En 2007, un nouveau chirurgien obtient des privilèges au CSSS des Aurores-Boréales. Il remet sur pied un bloc opératoire qui présentait peu d'activités chirurgicales. De 2007 à 2010, les listes d'attente en chirurgie fondent. Le chirurgien, le personnel du bloc opératoire et les dirigeants participent à un projet d'efficacité populationnelle qui visait l'amélioration des services chirurgicaux aux personnes de la région. Il semble que pendant cette période de trois ans, tout le monde collabore. Oui, on travaille beaucoup, mais cela est perçu comme une reprise des activités chirurgicales. Il semble que le chirurgien respectait globalement les règles d'utilisation des ressources. D'ailleurs, les listes d'attente justifient une hausse des activités. Il est même vu comme un « sauveur ». Le chirurgien est très disponible. La population revient se faire opérer à La Sarre, il n'y a pas d'annulation de chirurgies électives et la population se montre satisfaite. Le chirurgien apporte aussi un renouveau dans l'approche chirurgicale. Finalement, il dynamise l'organisation, principalement le bloc opératoire. D'ailleurs, la vitalité de ce secteur justifie un réaménagement complet sur le plan physique et technique. Le CSSS des Aurores-Boréales reçoit même des félicitations de la part du ministre de la Santé et des Services sociaux pour l'état de ses listes d'attente. De 2007 à 2010, le personnel tente de s'adapter au rythme du chirurgien.

Après discussion avec le chirurgien, il est convenu de ne pas rechercher un deuxième chirurgien, comme prévu dans le plan régional des effectifs médicaux.

Vers 2009, le chirurgien demande de faire ses cliniques externes de soir. Il argumente qu'il opère de jour et qu'il rend service aux patients qui travaillent de jour. Il ne demande pas de personnel pour l'assister.

C'est vers 2010 qu'il commence à y avoir davantage de chirurgies hors des heures régulières. Le personnel commence à s'en plaindre et on commence à se demander quand cela va s'arrêter. Malgré les plaintes du personnel, rien ne change. Le chirurgien prend de plus en plus de place dans l'organisation. En effet, au fil des années, il cumule les rôles clefs comme siéger à l'exécutif du CMDP (nommé vice-président en juin 2009 et secrétaire-trésorier en juin 2014), chef de service en chirurgie, anesthésie et imagerie médicale (nommé en septembre 2009), représentant du CMDP au conseil d'administration (nommé en septembre 2010), coordonnateur médical (début 15 juin 2009 et fin le 1^{er} janvier 2013) et chef de département de chirurgie, anesthésiologie, gynécobstétrique, imagerie médicale et chirurgie dentaire (nommé en octobre 2013). Plusieurs acteurs disent qu'on lui a donné « les clefs du bloc opératoire ».

De 2010 à 2015, il y a eu des accalmies par rapport à la pratique du chirurgien d'opérer en dehors des heures régulières. À plusieurs reprises, il a été rencontré. La situation se calmait, mais tout recommençait au bout d'un certain temps.

5. Constats généraux et interprétation

Cette partie du rapport détaille par instance décisionnelle ou par thème les grandes lignes des constats généraux. Elle s'appuie sur des faits trouvés dans la documentation consultée et sur les témoignages concordants.

Comité de direction stratégique

Les comptes rendus de ce comité ont été révisés de 2009 à 2015. Le comité de direction stratégique du CSSS des Aurores-Boréales, où siégeaient les directeurs, directeurs adjoints ou les adjoints aux directeurs, semble être l'instance où tout sujet était abordé. Par exemple, on y retrouve le dépôt des politiques et procédures, les règles de soins, les règlements, les projets de construction, le suivi financier et les plans d'optimisation, les projets de développement, les liens avec l'extérieur, etc. Au cours des années, l'aspect financier et les plans d'optimisation prenaient beaucoup de place dans les discussions ou dans les points d'information.

On retrouve peu de notes liées à la problématique de rappel du personnel de garde au bloc opératoire en dehors des heures régulières. D'ailleurs, les témoignages révèlent que cette problématique était peu discutée à cette instance. Voici les onze dates où nous retrouvons un écrit dans les comptes rendus concernant les chirurgies faites en dehors des heures régulières :

- 4 octobre 2011 : « L'anesthésiste a avisé de sa semi-retraite après les Fêtes. Trouve difficile que les chirurgiens opèrent de soir et de nuit. »
- 26 juin 2012 : « Les chirurgiens rencontrent BCH ». [...]
- 9 octobre 2012 : « Une rencontre avec la firme BCH a eu lieu ».
- 5 février 2013 : Selon le DSP : « Nous constatons une amélioration remarquable au niveau du climat. Des rencontres s'effectuent régulièrement pour la continuité. »
- 19 février 2013 : Selon le DSP : « Au niveau du comité du bloc opératoire, le plan mis en place se poursuit ».
- 8 octobre 2013 : Suite au comité du bloc opératoire : « Problème majeur - le chef va sortir des statistiques, car plus d'heures travaillées en dehors des heures prévues. A un gros impact. » « Activités en dehors des heures sont reprises ». Selon le DSP : « Le climat se maintient » mais « demande de statistiques... pour les données du BO [bloc opératoire]. Pour pouvoir intervenir, il faut avoir les bonnes données et savoir les interpréter (occupation des salles, heures, roulement, rappel, etc.) ».

- 15 octobre 2013 : Selon la DSP : « Il y a augmentation des cas en dehors des heures. [...] Le chef doit sortir les statistiques du taux d'occupation du BO. Elle peut rencontrer (le chirurgien) et l'anesthésiste pour les sensibiliser afin que l'on puisse rentrer dans les heures, possiblement réduire le coût d'opération et aussi pour prévenir l'essoufflement du personnel ».
- 22 octobre 2013 : « Heures au bloc : poursuit son cours. Le DSPSI a envoyé un courriel qui explique bien la situation et donne les enlignements ».
- 17 décembre 2013 : « Une rencontre a été tenue au niveau du climat de travail avec les équipes ».

À ce comité, les plans d'optimisation étaient discutés pendant plusieurs années. On cherchait impérativement où on pouvait couper dans les dépenses de l'hôpital afin de présenter un budget équilibré. Même à ces occasions, « on ne touchait pas au bloc opératoire », ce n'était même pas discuté. Les budgets du bloc opératoire et du temps supplémentaire ont été vérifiés de 2008 à 2015 et il n'y a aucune réduction, et ce, malgré les coupures dans les autres services ou les projets de réduction du temps supplémentaire régionaux. Selon le procès-verbal du comité de direction stratégique du 9 mai 2012, le CSSS des Aurores-Boréales se donne une cible de réduction de 10 % du temps supplémentaire pour le budget 2012-2013. Il y a une autre note le 20 mai 2012 « ...Vigilance sur le TS autorisé... ». Pourtant, il n'y a aucune modification du budget du bloc opératoire, on maintient le temps supplémentaire planifié. Le 25 mars 2014, dans la liste des points pour l'optimisation, on retrouve : « Réduire le rappel au BO, à l'étude présentement ». Encore là, il n'y a pas de modification à la baisse du temps supplémentaire au bloc opératoire. On peut dire que le bloc et le chirurgien détenaient une certaine immunité.

Les 24 février et 10 mars 2015, on voit apparaître un resserrement et une mise au point sur les Règles de fonctionnement du bloc opératoire.

On peut constater que l'organisation ne percevait pas réellement qu'il y avait un problème au bloc opératoire. En effet, il y a une note dans seulement 11 comptes rendus sur 145 consultés (7,6 %). À la lecture de procès-verbaux, il ne semble pas que les problématiques sont discutées à fond. La problématique des rappels du personnel n'est pas partagée avec tous les directeurs, et ce, même après la réception du rapport de la firme BCH où l'ensemble de la problématique est décrit (voir la section Ressources humaines et relations de travail ci-dessous).

De plus, on ne voit pas qu'il y a une présentation des budgets, une analyse des écarts, des indicateurs de performance comme le temps supplémentaire, l'assurance maladie, l'assurance salaire, l'évolution des heures travaillées.

Conseil d'administration du CSSS des Aurores-Boréales

Bien qu'un membre du personnel et le chirurgien siégeaient au conseil d'administration, officiellement, selon les procès-verbaux (de 2009 à 2015), la situation du bloc opératoire n'était pas discutée. Nous n'avons pas retrouvé de point d'information à ce sujet. À chaque conseil d'administration, l'état des listes d'attente en chirurgie était présenté, mais il n'y a aucune note de discussions à ce sujet.

Rien ne nous permet d'affirmer que les membres du conseil d'administration du CSSS des Aurores-Boréales connaissaient toute la problématique et les impacts sur l'organisation.

Conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Selon les dires du syndicat FIIQ, le conseil d'administration et le PDG de l'Agence étaient au courant de la situation du bloc opératoire de La Sarre. Les représentants de la FIIQ auraient fait une intervention les

avisant lors d'un conseil d'administration, au printemps 2012 ou 2013. Cependant, aucune documentation écrite ou note au procès-verbal n'a été retrouvée à ce sujet. Il n'y a aucune mention de la problématique spécifique au bloc opératoire du CSSS des Aurores-Boréales à la suite de la lecture des procès-verbaux des années 2012, 2013 et 2014 :

- Selon le procès-verbal du 2 mai 2012, à la deuxième période de questions, le syndicat FIIQ a fait des interventions, mais pas spécifiquement concernant le bloc opératoire de La Sarre;
- Selon le procès-verbal du 1^{er} mai 2013 (qui a fait l'objet d'une demande d'accès du syndicat en septembre 2016), il y a eu des interventions de plusieurs représentants de la FIIQ concernant les « inquiétudes et les souffrances au quotidien des salariés qu'ils représentent » pendant la première période de questions. D'autres points non pertinents à la présente enquête sont décrits lors de la deuxième période de questions.

À la suite de la lecture des trois années de procès-verbaux du conseil d'administration de l'Agence, il faut souligner que les éléments apportés lors des périodes de questions sont bien documentés et bien décrits.

D'autre part, aucune des cinq personnes rencontrées ou contactées ne se souvient que le syndicat FIIQ a interpellé le conseil d'administration à ce sujet. Officiellement, on ne peut conclure que le conseil d'administration ou le PDG de l'Agence était au courant de la situation du bloc opératoire de La Sarre. Officieusement, on peut penser que les gens de l'Agence pouvaient savoir que le chirurgien opérait beaucoup et à des heures non régulières. Ce sont des petits milieux et les expériences personnelles, comme se faire opérer le samedi, se discutent. Mais de là à connaître l'ampleur, comme cela est décrit dans les journaux, il y a aucune évidence. D'ailleurs, les membres du conseil d'administration contactés et le PDG nous assurent qu'ils ne savaient pas. De plus, on constate qu'il n'y a pas eu d'échange entre la RAMQ et l'Agence à ce sujet.

Règlements du bloc opératoire

Ceux-ci sont existants et satisfaisants pour contrôler et assurer un suivi des programmes opératoires et les cas opérés en dehors des heures régulières. Premièrement, il y a une politique et procédure administrative datant du 19 septembre 2007 ayant pour objet La gestion des priorités opératoires. Celle-ci ne donne pas de définition de la situation d'urgence, par contre il y a du texte qui vise à éviter le plus possible l'utilisation des ressources d'urgence par des cas électifs.

Pour sa part, La règle d'utilisation des ressources au bloc opératoire du CSSS des Aurores-Boréales, recommandée par le comité de gestion du bloc opératoire, le CMDP et adoptée par le conseil d'administration du CSSS des Aurores-Boréales le 12 février 2012 (sans aucune mention de problématique au conseil d'administration), est existante et bien construite pour contrôler les excès. Le problème est que les règlements et les règles d'utilisation des ressources n'étaient pas appliqués.

Par contre, il existe une entente signée (le 9 août 2012) entre le gynécologue, le chirurgien et le directeur des services professionnels (DSP) balisant l'utilisation d'une salle d'opération pendant six congés fériés. Ceci institutionnalise cette pratique. En effet, il y avait un programme opératoire complet et une répartition des congés fériés entre le gynécologue et le chirurgien. Cependant, dans les faits, c'était plus que les six fériés prévus dans l'entente, c'était plutôt huit fériés qui étaient programmés. L'argumentaire était que le personnel travaillait 32 heures sur 4 jours selon une entente syndicale (où les heures à combler pour le temps complet étaient prises dans la banque de congés fériés et de maladie). Pourtant, le programme opératoire pouvait être ajusté selon la journée du férié. D'ailleurs, c'est ce qui se fait présentement; il n'y a plus de programme opératoire prévu les congés fériés et le personnel de garde est à la maison pendant ce congé. La semaine de quatre jours pour le personnel du bloc opératoire aurait débuté après l'ouverture du nouveau bloc opératoire, vers novembre 2011. Selon certains, c'était pour permettre au personnel de « souffler un peu » en raison des rappels fréquents.

Il faut préciser que, depuis bien avant 2007, le personnel de garde au bloc opératoire était sur place lors d'un congé férié, et ce, à sa demande. Lorsque le chirurgien s'est aperçu de ce fait, il a demandé de rentabiliser ces ressources.

Ressources humaines et relations de travail

Toutes les activités dans l'environnement du bloc opératoire (salle d'opération, chirurgie d'un jour et endoscopie) sont réalisées par le même personnel, soit six infirmières à temps complet. Celles-ci assument aussi les activités de salle de réveil et de préadmission (incluant l'enseignement préopératoire) et la garde hors des heures normales.

La liste des griefs FIIQ de 2012 à 2016 et les comptes rendus du comité de relations de travail (CRT) disponibles (2009 à 2014) ont été révisés. Il s'avère que la situation du temps supplémentaire du personnel du bloc opératoire n'est pas abordée. De plus, la conseillère en relations de travail et une directrice des ressources humaines ne se souviennent pas que ce sujet a été abordé.

Un rapport écrit d'évaluation en résolution de conflit pour l'équipe de chirurgie a été remis le 11 janvier 2012 par la firme externe BCH, consultants en services psychologiques et psychosociaux, au directeur des ressources humaines et du développement organisationnel du CSSS des Aurores-Boréales. Le mandat consistait à analyser la situation au bloc opératoire en ce qui a trait au climat de travail et à proposer des orientations pour les différentes problématiques.

Outre d'autres problématiques identifiées non pertinentes au présent mandat, cette firme externe au réseau décrit assez précisément la problématique vécue par le personnel en regard des chirurgies effectuées en dehors des heures régulières. D'ailleurs, deux des recommandations sont :

- « De redéfinir ce qui est un cas d'urgence et un cas électif »;
- « Que l'organisation reprenne la gestion du bloc opératoire ».

Ainsi, il est clair que les instances décisionnelles étaient au fait des rappels importants en dehors des heures régulières et que le personnel avait des questionnements en regard des « cas urgents ». Il n'y a pas eu de réel suivi, sauf pour une situation non reliée à l'enquête actuelle. Cependant, c'est à la suite de ce rapport que le comité du bloc opératoire a été formé et qu'il y a eu la création de la Règle d'utilisation des ressources au bloc opératoire. Ces deux mesures structurantes auraient pu faire une différence s'il y avait eu un suivi soutenu et une volonté de contrer les excès.

Plusieurs intervenants (les employés du bloc opératoire) directement ou indirectement liés (certains directeurs) disent ne pas avoir eu connaissance du rapport écrit de la firme BCH. On ne retrouve qu'une rencontre de suivi, soit le 11 septembre 2012, dans les procès-verbaux du comité de direction clinique. Il est à préciser que le rapport n'a pas été retrouvé à l'Hôpital de La Sarre. Nous avons dû faire une demande à la firme BCH pour en obtenir un exemplaire.

Il est surprenant de constater que le rappel systématique du personnel de garde au bloc opératoire (infirmière et inhalothérapeute) n'a pas fait l'objet de grief ni de discussion au comité de relations de travail. De plus, il est étonnant que le personnel du bloc opératoire « ne fasse pas de sorties publiques » lors des travaux ou des projets de l'organisation portant sur la qualité de vie au travail, comme le projet Entreprise en santé ou lorsque le centre hospitalier a remporté le prix Excell'Or 2013, catégorie proactive des ressources humaines (décerné par la Chambre de commerce et d'industrie d'Abitibi-Ouest, portant sur la mise en place de mesures facilitant la conciliation travail/famille) ou encore lors des visites des sondages pour l'agrément. Cette inaction, voire résignation, de la part du personnel syndiqué est expliquée par les personnes par la peur d'exprimer leur désapprobation, peur des conséquences « si on parle », peur de perdre son emploi, peur que le chirurgien quitte et qu'ils soient responsables d'une perte de service à la population. Beaucoup de personnes sentaient qu'il y avait « un prix à payer » pour garder

ce chirurgien, soit « faire ce qu'il voulait », et ce, au détriment des conditions de travail du personnel. Cette situation de peur ou de crainte a été validée par plusieurs personnes de niveaux hiérarchiques différents. Le personnel sentait qu'il ne serait pas soutenu s'il portait plainte, même qu'il avait peur des représailles. Tous ont décrié la situation à chacun de leur chef (validé par les chefs de programme). D'ailleurs, deux des chefs de programme provenaient de l'équipe travaillant au bloc opératoire, donc bien au fait de la situation. Les directeurs hiérarchiques du bloc opératoire disent qu'ils connaissaient la problématique, mais qu'ils ne se sentaient pas autorisés à évaluer et à discuter des « cas urgents » opérés hors des heures régulières. D'ailleurs, beaucoup de personnes rencontrées ou contactées disent : « qui je suis pour dire que ce n'est pas une urgence, je n'ai pas la compétence ». De plus, lorsqu'ils abordaient la problématique auprès du directeur général, ils se faisaient dire qu'il ne leur appartenait pas d'intervenir, que c'était à lui ou au DSP à le faire. Il y aurait même eu des situations où le directeur général serait intervenu directement pour annuler des décisions prises par des directeurs qui tentaient de contrôler certaines situations.

Dans les dernières années, il y a eu au moins quatre infirmières qui ont quitté le bloc opératoire, principalement en raison des rappels fréquents en dehors des heures régulières. C'est beaucoup pour une petite équipe de six infirmières titulaires de poste. D'ailleurs, il y a eu des situations de crise en raison de la pénurie d'infirmières spécialisées ou d'inhalothérapeutes au bloc opératoire causées par des départs et des congés de maladie. Le bloc opératoire a même été fermé quatre jours parce que le personnel était épuisé (nous n'avons pas retrouvé la date exacte ni les raisons évoquées auprès de l'Agence justifiant cette rupture de service).

De 2007 à 2015, il y a eu en fonction trois DSP (dont deux médecins à temps partiel, un à quatre jours et l'autre à huit jours par mois et une non-médecin), trois chefs de programme et trois directeurs qui avaient sous leur gouverne le bloc opératoire. Ces changements à plusieurs niveaux administratifs et décisionnels ne favorisent pas la continuité dans les actions. Cependant, on note que chacun a tenté de circonscrire la problématique et de faire des actions pour contrôler les rappels en dehors des heures régulières. Il semble qu'il n'y ait eu que des tentatives et non une action globale structurée réunissant les directeurs en lien direct et indirect au bloc opératoire. Il n'y a pas eu de plan d'action concerté à la suite d'une documentation et de l'analyse exhaustive de la problématique. On peut avancer qu'il y a eu des efforts non aboutis pour régler la situation.

Comité du bloc opératoire

Plus de 20 procès-verbaux ont été lus, soit ceux du 29 février 2012 (première rencontre) au 13 janvier 2016. Il existe des notes aux comptes rendus pour 8 d'entre eux.

Le comité du bloc opératoire a été créé à la suite du rapport de la firme BCH. Y siègent le DSP, le directeur des services professionnels et des soins infirmiers (DSPSI), le chirurgien, l'anesthésiste, le gynécologue, l'assistante infirmière-chef (AIC) du bloc opératoire ou son remplaçant, le chef de programme, l'adjointe au DSPSI et un inhalothérapeute. Le comité se réunissait environ aux trois mois. Cependant, il n'y a eu que trois rencontres en 2014 et une seule en 2015. Le comité a repris ses activités le 13 janvier 2016.

Les sujets importants étaient abordés tels que l'aspect financier versus la qualité de vie, la gestion des « urgences », les définitions de l'urgence chirurgicale. Ce comité a élaboré la Règle d'utilisation des ressources et présenté au CMDP et au conseil d'administration pour approbation.

Nous croyons que ce comité a sa place dans le suivi de la problématique actuelle.

Rapports du vérificateur externe et rapports AS-471

Les extraits des rapports des années financières, de 2007 à 2015, ont été consultés. Nous n'avons retrouvé aucune note ou recommandation adressée aux membres du conseil d'administration ou du comité de direction stratégique du CSSS des Aurores-Boréales concernant les activités chirurgicales ou le budget consenti au bloc opératoire.

Données statistiques

En novembre 2014, une analyse comparative des heures travaillées et du temps supplémentaire a été faite et présentée à la Direction des soins infirmiers (DSI) et au chef de programme. Les données du bloc opératoire de La Sarre pour l'année 2013-2014 ont été comparées avec des blocs opératoires de centres appariés. Il s'avérait que le ratio des heures supplémentaires par heures présence par usager était le deuxième plus élevé du groupe de comparaison. Le pourcentage des heures supplémentaires sur les heures travaillées régulières était le plus élevé du groupe. Donc, il est noté que le bloc opératoire du CSSS des Aurores-Boréales consomme plus d'heures supplémentaires comparativement aux CSSS ayant des activités chirurgicales comparables.

Nous avons analysé les données statistiques du bloc opératoire (code budgétaire 6260), la chirurgie d'un jour (6070) et l'endoscopie (6770) de l'Hôpital de La Sarre. Plusieurs constats sont décrits et discutés. Les tableaux se retrouvent en annexe 1.

D'abord, nous avons ressorti les heures de présence des chirurgies par jour de semaine au bloc opératoire pour 2015, le nombre de cas de chirurgie par jour de semaine au bloc opératoire pour 2015 et le ratio des heures de présence par cas pour 2015. Nous avons utilisé la même année de référence (du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015) que la journaliste d'Enquête. Les données proviennent du registre du bloc opératoire. Chaque intervention a été compilée une à une et classée par plage horaire et par journée.

- Les heures de présence des chirurgies pour 2015 par jour de semaine (pour l'ensemble des chirurgies) au bloc opératoire (tableau 1) :
 - Résultats et analyse : 65 % des heures présence en salle d'opération sont du lundi au vendredi de jour. Donc, 35 % du temps de présence au bloc opératoire est de soir, nuit, férié et fin de semaine. Il est à noter que ces données concernent l'ensemble des chirurgies effectuées au bloc opératoire, soit par le chirurgien en chirurgie générale (deux priorités/semaine), le gynécologue (deux priorités/semaine), l'oto-rhino-laryngologiste (ORL) (une priorité par mois, mardi souvent utilisé seulement en avant-midi). Ces priorités excluent les activités d'endoscopie (faites principalement le vendredi). Les priorités de la gynécologie et de l'ORL ne sont pas toutes remplies, surtout le jeudi de la gynécologie, alors la chirurgie générale peut utiliser ces plages horaires.
 - Administrativement, ce 35 % nous semble élevé.
 - De l'avis de tous, il y avait suffisamment de temps opératoire de jour disponible pour la chirurgie générale. En 2015, il y a eu 1 106,9 heures présence totales au bloc opératoire;
 - Selon un calcul simple, si on se base sur une disponibilité de salle d'opération de 3 jours X 7 heures X 48 semaines = 1 008 heures disponibles ou pour 8 heures (sans arrêt pour le dîner) disponibles par jour = 1 152 heures. On peut aussi faire le calcul pour 4 jours X 7 heures X 48 semaines = 1 344 heures. Il est à noter que la journée réservée à l'endoscopie a été exclue dans les calculs;
 - Nous croyons que le fait d'opérer de soir, nuit et fin de semaine n'est pas dû à un manque de temps de salle d'opération de jour.
- Le nombre de cas de chirurgies pour 2015 par jour de semaine (pour l'ensemble des chirurgies) au bloc opératoire (tableau 2) :

- Résultats et analyse : 75,7 % des cas sont opérés de jour en semaine, donc 24,3 % sont opérés de soir, nuit, férié et fin de semaine. Comparativement aux précédentes données, le 24,3 % représente 35 % du temps opératoire, ce qui laisse supposer que les cas sont plus « longs » à opérer. D'ailleurs, les données suivantes illustrent cette tendance. Il faut préciser que les cas de chirurgie mineure sont inclus dans ces statistiques.
- Le ratio des heures de présence par cas (tableau 3) :
 - Résultats et analyse : le ratio des heures de présence par cas est la division du total des heures de présence par le nombre total de cas ;
 - Le ratio est de 1,14 heure pour les cas prévus à l'horaire et réalisés de jour en semaine. Le ratio total est de 1,33, celui-ci inclut un ratio de 2,24 heures la fin de semaine. C'est près du double que le jour en semaine ;
 - Bien qu'un cas opéré en urgence est plus à risque de complications, habituellement on essaie de prévoir les opérations les plus longues et complexes de jour afin de bénéficier du plateau complet des ressources humaines. En effet, il y a en présence de 2,7 à 3 infirmières de jour comparativement à 2 de garde. Ainsi, il est surprenant de constater que les cas prévus à l'horaire de jour en semaine ont le plus petit ratio d'heures présence par cas comparativement aux :
 - congés fériés : 1,53
 - soir : 1,69
 - nuit : 1,88
 - fin de semaine : 2,24
- Les heures de présence des interventions totales pour 2015, par jour de semaine en endoscopie (tableau 4) :
 - Résultat et analyse : 95,8 % des endoscopies se font de jour en semaine, 3,2 % se déroulent pendant un congé férié et 1 % le soir, la nuit et la fin de semaine. À première vue, cela ne semble pas problématique.

Afin de préciser la problématique liée à la pratique du chirurgien en chirurgie générale, nous avons retranché les activités de gynécologie et d'ORL qui représente environ 25 % des activités chirurgicales de 2015. Ainsi, le portrait pour la chirurgie générale seule pour 2015 est la suivante :

- Il y a eu 674,89 heures présence (H/P) en salle d'opération. De ce nombre :
 - 54,48 % (367,69 H/P) étaient prévues du lundi au vendredi de jour (heures régulières);
 - 21,64 % (146,03 H/P) se sont déroulées la fin de semaine, soit du samedi 0 h au dimanche 23 h 59;
 - 11,15 % (75,26) se sont déroulées de nuit;
 - 9,92 % (66,95 H/P) se sont déroulées de soir;
 - 2,81 % (18,94 H/P) se sont déroulées pendant un congé férié;
 - Ainsi 45,52 % des H/P au bloc opératoire sont faites en dehors des heures régulières pour la chirurgie générale;
 - Considérant que l'organisation avait autorisé des chirurgies pendant les congés fériés, on peut considérer celles-ci comme inscrites à l'horaire; ainsi, cela donne 57,29 % d'utilisation du bloc opératoire pendant les heures ouvrables. Il reste quand même 42,71 % d'utilisation hors des heures régulières qui, théoriquement, sont destinées à des cas « urgents ».

En comparaison des données du tableau 1, où toutes les spécialités chirurgicales étaient présentes (la chirurgie générale, la gynécologie et l'ORL), la pratique du chirurgien en chirurgie générale démontre clairement qu'il utilise davantage le bloc opératoire hors des heures régulières (45,52 % contre 35 %).

Il est à noter que le registre 2015 du bloc opératoire comprend tous les types de chirurgie, soit la chirurgie majeure, mais aussi la chirurgie mineure telles les vasectomies, les biopsies, les exérèses de toutes sortes, l'installation ou l'exérèse de port-a-cath, etc. Il y a aussi des ponctions lombaires. Tous ces cas sont prévus à l'horaire.

Si on retranche les heures présence au bloc opératoire pour ce type de chirurgie, soit 98,63 heures (représente 14,61 % du temps opératoire utilisé), le pourcentage grimpe à 50 % (comparativement à 42,71 % si on exclut les congés fériés) pour le temps opératoire fait en dehors des heures régulières.

Habituellement, ce type de chirurgie se fait en clinique externe. Cependant, nous comprenons que les chirurgies mineures se fassent au bloc opératoire de La Sarre. En effet, le personnel est présent et a les disponibilités pour assister le chirurgien, on rentabilise les ressources.

Nous avons aussi examiné le portrait des endocholécystectomies pour l'année 2015 (du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015). Il y a eu 51 endocholécystectomies. De ce nombre :

- 7 (13,7 %) étaient prévues à l'horaire en avant-midi sur un jour de semaine;
- 7 (13,7 %) étaient faites de jour pendant un congé férié;
- 19 (37,3 %) étaient faites la fin de semaine (du samedi 0 h au dimanche 0 h) entre 8 h et 22 h 20;
- 10 (19,6 %) étaient faites de nuit, soit entre 6 h et 6 h 33;
- 8 (15,7 %) étaient faites de soir, toutes à partir de 21 h 12 à 22 h 10.

Donc, seulement 27,4 % étaient programmées de jour, dont la moitié lors d'un congé férié avec programme opératoire. Ces données sont surprenantes. En effet, un taux de 72,6 % d'endocholécystectomie « urgentes » nous laisse perplexes.

Nous avons aussi analysé les données transmises à la journaliste d'Enquête par la RAMQ. Pour l'année 2015 (1^{er} janvier au 31 décembre), on retrouve la proportion et le coût reliés aux **actes facturés** par des chirurgiens (chirurgie générale et ORL, mais excluant la gynécologie) et par les anesthésistes (voir le tableau 5).

Il s'avère que 51,7 % (avec une marge d'erreur de 5,8 %, car il y a des cas non spécifiés) des actes réalisés et facturés par des chirurgiens sont à l'extérieur des plages horaires de jour en semaine (à partir de 16 h en semaine, c'est peut-être pour cette raison que le pourcentage diffère du 54 % allégué par la journaliste d'Enquête qui a fait l'analyse à partir de 17 h). Il faut préciser que l'on parle ici non seulement des opérations chirurgicales, mais aussi des consultations à l'urgence ou à l'unité d'hospitalisation ou une visite en clinique externe.

Pour sa part, les activités de l'anesthésie en dehors des heures régulières représentent 37,1 %. Les activités d'anesthésie sont souvent assujetties aux activités de bloc opératoire excluant l'endoscopie, ainsi cela se rapproche du 35 % du tableau 1.

Sur le plan statistique, nous avons aussi fait des analyses des cinq années de 2010 à 2015 de certains indicateurs, soit le taux de temps supplémentaire, le nombre d'usagers et les heures présence en salle d'opération :

- La moyenne du temps supplémentaire² pour les cinq années est de 13,5 % et spécifiquement pour l'année 2014-2015 de 13,6 %, soit la valeur la plus élevée des cinq années. Pour cet indicateur, nous avons utilisé les données consolidées du bloc opératoire, soit le 6260, la chirurgie d'un jour (6070) et l'endoscopie (6770), car c'est le même personnel qui est utilisé dans ces trois services et il peut y avoir des distorsions d'imputation.
- Il y a une moyenne pour les cinq années de 1 277 usagers opérés par année, spécifiquement en 2014-2015 de 1 240 usagers.
- La moyenne des heures présence en salle d'opération par usager est de 1,24 pour les cinq années et de 1,39 pour l'année 2014-2015. D'ailleurs, c'est la valeur la plus élevée des cinq années comparées.

² Le pourcentage de temps supplémentaire = proportion du temps supplémentaire sur les heures travaillées totales. Les heures comprennent les heures régulières du personnel, le temps supplémentaire, la main-d'œuvre indépendante, mais ne comprennent pas les heures travaillées du personnel-cadre.

Auparavant, il y avait une réduction graduelle depuis 2010-2011 (passée de 1,30 en 2010-2011 à 1,03 en 2013-2014).

- On note qu'en 2014-2015, le nombre d'usagers opérés (1 240) est plus bas que la moyenne des cinq années, cependant la moyenne des heures présence pour 2014-2015 est beaucoup plus élevée que la moyenne des cinq ans et le temps supplémentaire pour cette année spécifique est aussi plus élevé que la moyenne des cinq années.

Indicateurs qualité

Dans cette sous-section, les plaintes des patients et les déclarations d'accidents/incidents ont été recensées :

- Les plaintes des patients : Depuis 2007, aucune plainte de patient n'est reliée au fait d'être opéré le soir, la nuit, la fin de semaine ou lors d'un congé férié. Nous n'avons retrouvé qu'une seule plainte en regard de la pratique du chirurgien et elle concerne un patient qui conteste le fait que sa chirurgie a été annulée à deux reprises.
- Les déclarations d'accident/incidents : Nous avons vérifié l'ensemble des déclarations d'accident/incident (AH-223) des années 2013 à une partie de 2016 (données disponibles) pour les services du bloc opératoire, la chirurgie d'un jour et l'unité de retraitement des dispositifs médicaux. Il n'y a rien de significatif en regard de la problématique d'opérer des cas en dehors des heures régulières.

Par contre, les déclarations d'accident/incident du service bloc opératoire sont anormalement basses. En effet, de 2013 à l'année en cours (2016-2017), il n'y a que douze déclarations à l'Hôpital de La Sarre. Nous pouvons supposer qu'il n'y a pas de culture de déclaration dans ce site. Ainsi, nous ne pouvons pas utiliser cet indicateur pour vérifier les éléments de sécurité et de qualité des soins. Le coordonnateur du secteur et la conseillère à la direction de la qualité ont été avisés de ce fait et feront les démarches nécessaires pour suivre cet indicateur.

6. Réponses aux différentes parties du mandat

En résumé, voici les réponses aux différentes parties du mandat :

- **Les allégations d'utilisation excessive du bloc opératoire en dehors des heures régulières sont-elles exactes?**

Le chef de programme du bloc opératoire, de l'urgence et des soins intensifs de l'Hôpital de La Sarre et un agent administratif pour les ententes de gestion du service de la performance ont dégagé les données du bloc opératoire pour l'année 2015 et les comparatifs de 2010 à 2015.

- Les faits saillants sur le plan des statistiques sont les suivants : par exemple, selon les données de 2015 :
 - o 24,3 % des chirurgies (chirurgies mineures comprises) ont été faites en dehors des heures régulières, soit de soir, de nuit, lors des fériés et des fins de semaine;
 - o Pour tous les types de chirurgies, 35 % du temps de présence en salle d'opération se déroule en dehors des heures régulières;
 - o Pour la chirurgie générale seulement (gynécologie et ORL non considérés), 45,52 % du temps de présence en salle d'opération a été fait en dehors des heures régulières (45,52 % contre le 35 % pour toutes les chirurgies);
 - o 72,6 % des endocholécystectomies ont été faites en dehors des heures régulières.

- Selon les données de la RAMQ de 2015, près de 51,7 % (marge d'erreur de 5,8 %) des actes réalisés et facturés³ par des chirurgiens (chirurgie générale et ORL, mais excluant la gynécologie) se sont déroulés à l'extérieur du 8 h à 16 h.
 - Il s'avère que les données de la journaliste sont assez exactes. La section d'analyse des statistiques est assez éloquente. Cependant, considérant les limites du mandat de ne pas évaluer la pratique médicale pour la détermination si les cas étaient bel et bien urgents, nous recommandons que cet aspect soit évalué par des personnes compétentes en la matière.
- **Quelles étaient les pratiques de gestion dans le fonctionnement du bloc opératoire et les services dépendants ou reliés aux activités chirurgicales?**
 - Le chirurgien « gérait » le bloc opératoire. Le personnel et les services s'adaptaient. Du personnel était ajouté pour répondre aux demandes. La semaine de quatre jours était offerte pour calmer les mécontents. Il y avait des plaintes formulées verbalement par le personnel ; le chirurgien était rencontré, il y avait des accalmies, puis une reprise des activités hors des heures régulières. On disait aux gens « il faut faire avec ».
 - Les décisions et les actions étaient probablement fondées sur la satisfaction de la clientèle. D'ailleurs, à plusieurs reprises pendant les entrevues, des personnes se demandaient ce que cela pouvait faire d'opérer le soir ou les fins de semaine, où était le problème? La clientèle recevait un bon service! Ainsi, les cas de cancer n'avaient pas à attendre, les gens étaient rassurés. Plusieurs y allaient de son histoire personnelle ou familiale. Conséquemment, il y avait une émotivité qui teintait la prise de décision. Bref, il y a des éléments négatifs de gestion de promiscuité. Rien de vraiment coercitif n'a été tenté pour contrôler le chirurgien. Nous croyons que la direction n'a pas voulu prendre le risque que le chirurgien parte.
 - Vu de l'extérieur, le bloc opératoire fonctionne bien. Il n'y a pas de dépassement budgétaire. Les heures travaillées et le temps supplémentaire étaient prévus en conséquence des rappels fréquents de l'équipe de garde. Ainsi, même l'Agence n'a rien vu, car on s'occupait davantage des secteurs déficitaires.
 - **Comment s'organisaient les soins et services reliés ou connexes aux activités du bloc opératoire?**
 - L'urgence, l'unité d'hospitalisation et les cliniques externes se sont aussi adaptées à la pratique du chirurgien. Il y avait des incohérences dans le fonctionnement, car le chirurgien faisait ses visites à l'étage, à l'urgence et en clinique externe principalement en soirée.
 - **Quelle est l'origine, quelles sont les causes et l'historique de la problématique?**

Comment une telle situation a-t-elle pu perdurer pendant tant d'années?

 - La situation a évolué tranquillement. Dès le début, le chirurgien impose un rythme différent, conséquemment les listes d'attente pour une chirurgie n'existent pratiquement plus. C'est très valorisant pour toute l'organisation.
 - Le chirurgien détenait beaucoup de pouvoir à l'hôpital, il s'est rendu indispensable. Il faut dire qu'il est difficile de faire des correctifs de déviance quand le chef de département médical est celui qui occasionne la déviance, quand le chirurgien siège au conseil d'administration ou au CMDP ou qu'il est le coordonnateur médical.
 - Le fait que le directeur général « stoppe » les quelques élans pour corriger la situation a certainement donné le ton pour éviter de circonscrire la problématique, en évaluer les conséquences et finalement étouffer les problèmes. Il y avait un sentiment d'impuissance de la part des chefs de programme et des directeurs qui ne se sentaient pas légitimés pour intervenir et qui ne savaient pas comment l'arrêter.

³ Les actes réalisés et facturés ne sont pas uniquement des chirurgies, mais aussi, par exemple, des consultations sur les unités de soins, à l'urgence ou en clinique externe.

- D'une part, le personnel se sentait pris en otage, on veut garder son emploi et, d'autre part, il ne se sentait pas du tout écouté ou soutenu, mais plutôt laissé à lui-même, alors il a essayé de s'adapter. Ceux qui en sont incapables quittent. Pour sa part, le syndicat était également au courant de la situation, mais il n'y a pas eu de grief.

- **Quel est le fonctionnement des demandes et des activités de chirurgie en dehors des heures régulières de travail?**

Certains aspects liés à la pratique du chirurgien sont à considérer. Ils sont issus des témoignages et n'ont pas été vérifiés dans les dossiers des patients, et ce, considérant les limites du mandat. Ils valent quand même la peine d'être mentionnés, car plusieurs témoignages les corroborent de manière très affirmative, cela concerne la notion « d'urgence programmée ».

- Le chirurgien appelait lui-même certains patients à la maison pour programmer la chirurgie.
- Des patients se présentaient à l'urgence avec leur valise en disant « je vais être opéré ce soir ».
- Le chirurgien demandait au personnel de garde le vendredi s'ils préféraient rentrer samedi ou dimanche.
- Les employés pouvaient prévoir lorsqu'ils seraient rappelés, surtout le soir après 21 h.
- Le personnel de garde pouvait être avisé la veille qu'à 6 h le lendemain, il y aurait un cas à opérer.
- Le chirurgien « s'organisait » pour commencer la chirurgie à 21 h ou 0 h ; il demandait quelle heure il était, il pouvait sortir de la salle et revenir à l'heure pile.
- Le chirurgien demandait aux patients de se présenter à l'urgence principalement de soirée, ils étaient inscrits sans être pris en charge par le médecin de l'urgence et le chirurgien était appelé. La situation est corrigée depuis (mémo du 23 février 2016), tous les patients sont pris en charge par le médecin de l'urgence.

De plus, il ressort des témoignages d'autres problématiques :

- Il est arrivé à plusieurs reprises que ce soit les patients hospitalisés qui avisent le personnel qu'ils seront opérés ce jour (problème de communication).
- Des patients de l'urgence avec suspicion importante d'appendice aigüe en avant-midi attendront jusqu'à 21 h pour être opérés tandis qu'il y avait des plages libres en après-midi. Ou encore, le chirurgien voit le patient à l'urgence entre 15 h et 17 h et le patient sera finalement opéré à 21 h.
- Le chirurgien fait ses cliniques externes de soirée, souvent à raison de trois soirs par semaine. Il termine souvent vers 21 h. C'est à ce moment qu'il est disponible pour faire ses consultations à l'étage ou à l'urgence ou pour opérer. D'autre part, il n'y a pas de commis assurant la sortie de bureau pour les patients, soit pour la prise de rendez-vous divers et la réponse à leurs questionnements. Le patient doit rappeler le lendemain. Comme il n'y a pas d'infirmière auxiliaire de soirée aux cliniques externes, le chirurgien utilise les infirmières de l'urgence pour l'assister pour des actes simples ou pour faire un pansement. Il est à noter qu'actuellement, le chirurgien fait ses cliniques externes de jour.
- Lorsque le patient est vu à l'urgence ou à l'étage, le chirurgien ne complète pas nécessairement une requête opératoire au préalable avant d'opérer.
- Le chirurgien utilise beaucoup les lits de soins intensifs pour admettre sa clientèle en postopératoire.

Une chose est certaine, aucun membre du personnel ne pouvait initier, demander ou mettre de l'avant une telle pratique. En effet, seul le chirurgien en avait le pouvoir. Cela est directement relié au fait que seul le chirurgien peut déterminer « l'urgence d'agir » en chirurgie, selon l'encadrement législatif. Le personnel ne pourrait refuser de « faire » un cas d'urgence, même s'il y a un doute que celui-ci ne l'est pas. De plus, c'est généralement un cadre qui rappelle le personnel de garde au bloc opératoire, donc c'est l'organisation qui demande au personnel de rentrer au travail.

- **Quelle était la participation des sphères de décision ou de consultation (comité de direction, directeurs, conseil d'administration, syndicat, etc.) dans l'établissement de la problématique?**

Est-ce que l'organisation antérieure, le CSSS des Aurores-Boréales, était au courant de l'utilisation excessive du bloc opératoire en dehors des heures régulières?

- Oui, indiscutablement et à tous les niveaux hiérarchiques. Tout le monde savait, mais cela ne se discutait pas. D'autre part, le directeur général disait qu'il s'en occupait quand on lui rapportait les plaintes du personnel. Il y avait des rencontres avec le chirurgien en question à cet égard. On notait que, par la suite, il y avait des accalmies qui duraient un certain temps.
- Il y avait suffisamment d'interventions chirurgicales la fin de semaine pour qu'il y ait eu ajout de personnel les samedis et dimanches en stérilisation, car il manquait de plateaux.
- Comme la situation du bloc opératoire était peu discutée au comité de direction stratégique, les directeurs indirects au service étaient peut-être moins au courant. Cependant, il ne faut pas oublier que c'est un petit milieu, qu'eux ou leur famille ont probablement reçu des services du chirurgien le soir ou la fin de semaine. Il n'y avait pas nécessairement la volonté de voir plus loin que les services rendus à la population.
- Un anesthésiste a alerté plusieurs décideurs en regard de la problématique. Cependant, l'anesthésiste remplaçant (depuis 2012) n'a émis aucune objection ou aucun questionnement.
- Par contre, les directeurs ne savaient pas l'ampleur de la facturation faite à la RAMQ. Cette instance n'a pas alerté l'organisation.
- Le rapport de la firme BCH en 2012 avait bien circonscrit la problématique des rappels au bloc opératoire.

Est-ce que les conseils d'administration du CSSS et de l'Agence étaient au courant de la problématique?

- Officieusement, les gens pouvaient savoir que le chirurgien opérait en dehors des heures régulières. D'ailleurs, lorsque le chirurgien siégeait au conseil d'administration, il se présentait quelquefois en uniforme de bloc opératoire et pouvait s'absenter pour opérer.
- L'Agence pouvait savoir que le chirurgien travaillait beaucoup, mais elle n'a pas été saisie officiellement de la problématique du nombre d'interventions chirurgicales faites régulièrement en soirée, de nuit, les fins de semaine et lors des congés fériés.

- **Est-ce que les pratiques et le mode de gestion ont eu une incidence négative sur la qualité des soins?**

- Le fait d'opérer régulièrement des cas en dehors des heures peut mettre la clientèle à risque. En effet, l'équipe de soins très sollicitée vit une fatigue qui s'accumule au cours de la semaine de garde, en plus du travail effectué le jour. Il y a ainsi des risques d'erreurs par distraction ou perte de concentration, etc. Plusieurs affirment qu'ils ont dû travailler de très longues heures consécutives (20 à 30 heures).
- De plus, il ne faut pas oublier qu'une césarienne urgente peut survenir à tout moment; que fait-on alors si l'équipe de garde est déjà en salle d'opération? Il semble que les coordonnateurs en place vérifiaient la situation en obstétrique au moment de rappeler le personnel de garde au bloc opératoire.
- Un autre aspect à considérer est que la clientèle opérée en « urgence » n'a pas bénéficié des activités de préadmission. Ces dernières sont reconnues comme étant une mesure de protection pour assurer une sécurité dans les soins et une planification dans les services postopératoires.
- Finalement, un point important à considérer est qu'en période de garde, il n'y a que deux infirmières présentes et un inhalothérapeute, contrairement à une possibilité de trois à quatre infirmières de jour en semaine, s'il y a un besoin momentané d'aide. Ainsi, l'équipe peut compter sur du soutien de jour s'il survient une problématique en cours d'intervention. C'est pour cette raison que la plupart des centres vont programmer les cas les plus complexes ou plus longs de jour en semaine.

- **Est-ce qu'en octobre 2016 la situation est corrigée?**

- Oui, selon la majorité des personnes rencontrées, à l'heure actuelle la situation est corrigée.
- La question suivante a été posée à la majorité des personnes rencontrées : « Est-ce que vous considérez que la problématique des activités chirurgicales en dehors des heures régulières est corrigée à au moins 90 %? » Presque tous ont répondu par l'affirmative. Par contre, plusieurs sont sceptiques quant au maintien des règles adéquates de l'utilisation des ressources tant au bloc opératoire, aux cliniques externes qu'à l'urgence. Beaucoup ont vécu des accalmies dans le passé pour les rappels du personnel, mais le chirurgien reprenait tôt ou tard les interventions chirurgicales en soirée, de nuit et les fins de semaine. Les personnes ne se disent pas nécessairement confiantes envers l'organisation, mais ont **espoir** que cette fois-ci soit la bonne.
- En 2015-2016, le budget du temps supplémentaire du bloc opératoire a été amputé de 42 %, cependant le budget réel dépensé a été dépassé de plus du double prévu, soit 2 325 heures dépensées par rapport à 1 018 heures budgétées. Cette situation doit être surveillée de près, car le taux de temps supplémentaire est de 19 %. Nous n'avons pas les données pour 2016-2017.

- **Est-ce que les mesures actuelles sont suffisamment structurantes pour éviter que cela se reproduise?**

Les blocs opératoires sont actuellement sous la gouverne de la DSPEU qui suit activement le dossier et les indicateurs. Les mesures mises en place sont suffisantes pour assurer la pérennité du changement de pratique du principal chirurgien. Le comité du bloc opératoire a repris ses activités et est animé par le directeur adjoint de la DSPEU. Y siège également l'adjointe à la DSPEU responsable des blocs opératoires au CISSS. Ceux-ci sont en mesure d'intervenir rapidement et d'assurer un soutien au chef de programme « sur le terrain ». Bien entendu, celui-ci doit surveiller quotidiennement la situation, documenter les écarts et aviser ses supérieurs. C'est un travail exigeant, mais qui permettra d'éviter une reprise des activités disproportionnées hors des heures régulières du bloc opératoire.

Le regroupement en CISSS apporte des avantages pour contrôler des situations de ce genre. En effet, les décisions ne sont pas uniquement prises par une ou deux personnes qui détiennent tous les pouvoirs. Ainsi, il y a un nouveau chef de département de la chirurgie pour le CISSS, un nouveau CMDP, une équipe à la DSPEU habilitée à comparer les pratiques des blocs opératoires entre eux, etc.

7. Recommandations

- Dans un premier temps, l'organisation actuelle doit regagner la confiance du personnel de l'Hôpital de La Sarre par :
 - Un suivi rigoureux de la situation des rappels de l'équipe de garde;
 - Le respect de la règle d'utilisation des ressources existantes. Celle-ci doit guider la prise de décision pour les activités chirurgicales;
 - Une redéfinition des notions d'urgence, semi-urgence et élective sur le plan chirurgical;
 - L'établissement d'un corridor de communication clair pour discuter des problématiques au jour le jour. La communication doit se faire dans les deux sens; ainsi, le chef de département de chirurgie doit discuter des décisions prises par son département avec le chef de programme afin d'avoir une compréhension commune des actions à entreprendre;
 - La planification de réunions d'équipe régulières pour rapporter aux instances décisionnelles les remarques du personnel;
 - L'obligation que chaque cas qui entre au bloc opératoire soit accompagné d'une requête opératoire où la situation urgente, semi-urgente ou élective doit être cochée.
- L'organisation doit se doter d'indicateurs de suivi pour l'Hôpital de La Sarre (l'organisation pourrait décider de monitorer tous les blocs opératoires sous sa gouverne), telles des statistiques (hebdomadaires, périodiques et annuelles), par exemple par :

- Le temps d'attente en chirurgie du patient à l'urgence, en indiquant l'appel au chirurgien et l'heure de l'opération;
- Des tableaux de bord reflétant l'utilisation des ressources au bloc opératoire :
 - o nombre de cas opérés jour, soir, nuit et fin de semaine;
 - o nombre d'heures d'utilisation des salles d'opération jour, soir et nuit;
 - o nombre d'endoscopies digestives;
 - o heures faites en temps supplémentaires de jour, soir et nuit;
 - o visites en cliniques externes de jour et de soir.

Ce portrait hebdomadaire devrait être partagé avec le personnel et les dirigeants. D'ailleurs, les directions de soutien telles les ressources humaines, les finances et la performance, doivent se mettre au service du chef de programme afin de lui fournir les données (relevant de leurs services) reflétant l'utilisation des salles d'opération ou des ressources humaines. Le chef de programme doit se sentir soutenu par les autres directions.

- L'organisation se doit d'optimiser les heures de salle d'opération disponibles les jours ouvrables.
- L'organisation doit évaluer la possibilité d'avoir un autre chirurgien en place, même si c'est à temps partiel. Cela dilue le pouvoir, évite le monopole et les menaces de quitter la région si la personne n'a pas ce qu'elle veut et ainsi mettre la population en otage. Il pourrait aussi y avoir une entente avec un autre bloc opératoire de la région.
- Une analyse et une évaluation de dossier des patients devraient être faites par des personnes compétentes en la matière pour évaluer :
 - Les cas urgents, surtout pour les endocholécystectomies;
 - Les temps opératoires par type de chirurgie en dehors des heures régulières pour infirmer ou confirmer les rumeurs;
 - Les cas hospitalisés transférables en chirurgie d'un jour (CDJ). En effet, plusieurs cas d'endocholécystectomie et de hernie sont opérés après 21 h, alors ceux-ci doivent être hospitalisés au lieu d'être dans le programme de CDJ.

8. Conclusion

En résumé, voici les éléments les plus significatifs reliés à la gestion du bloc opératoire du CSSS des Aurores-Boréales.

La pratique d'opérer en dehors des heures régulières du bloc opératoire a été institutionnalisée au CSSS. Elle l'était tellement qu'il y avait un programme opératoire pour plusieurs jours fériés. Les rappels du personnel de soir, nuit et fin de semaine n'étaient pas vraiment questionnés. De plus, même s'il n'y a pas eu d'approbation officielle de toute cette pratique, il n'y a pas eu d'analyse détaillée des interventions chirurgicales. Les budgets ont été faits en conséquence de cette pratique, temps supplémentaire inclus, et ce, d'année en année. Une chose est claire : on ne touchait pas au budget du bloc opératoire (temps supplémentaire inclus), de la chirurgie d'un jour et de l'endoscopie. Même pendant les périodes répétitives de plan d'optimisation des ressources au cours des années, le budget du bloc opératoire n'a pas été amputé. Il y a même eu des ajouts pour s'adapter à la pratique du chirurgien.

La majorité des personnes rencontrées nous ont dit qu'elles ne se sentaient pas habilitées ou légitimées pour questionner le caractère urgent d'une intervention chirurgicale. En effet, évaluer la pertinence au cas par cas est une prérogative médicale par un pair compétent en la matière. Cependant, l'organisation aurait pu évaluer administrativement la situation, soit la documenter et l'analyser précisément. Ainsi, devant les constats du taux élevé de cas opérés en « urgence », du type de cas, etc., le DSP ou le

directeur général aurait pu demander aux instances compétentes d'examiner les dossiers et la pratique médicale.

Un petit milieu est souvent vulnérable en raison du monopole de ressources. C'est probablement ce qui s'est produit avec la chirurgie générale.

Les employés se plaignaient à leurs chefs qui se plaignaient à leurs directeurs ou cadres supérieurs de qui ils relevaient et ces derniers au directeur général. C'est à ce dernier niveau que cela bloquait. Le directeur général écoutait, mais laissait savoir que c'est lui qui interviendrait auprès du chirurgien. Par la suite, il pouvait y avoir une accalmie, mais au bout d'un certain temps, le chirurgien reprenait ses activités chirurgicales hors des heures régulières d'ouverture du bloc opératoire.

Finalement, une seule personne avait le pouvoir de laisser faire à sa guise le chirurgien, soit le directeur général qui était en exercice. Il ne voyait pas les conséquences de ce laisser-aller, probablement parce qu'il était fier des services chirurgicaux offerts à la population. Il a probablement sous-estimé l'ampleur de la problématique

Annexe 1
Tableaux statistiques

6260 - Bloc opératoire

Tableau 1
Heures de présence des chirurgies pour 2015 par jour de semaine* au bloc opératoire (6260 La Sarre)

	Heures de présence					
	Cédulées et réalisées	Fériés	soir	Nuit	fin de semaine	Total
Dimanche	0,00	0,00	0,00	0,00	69,80	69,80
Lundi	200,81	25,48	34,00	4,04	0,00	264,33
Mardi	121,97	0,00	14,14	16,39	0,00	152,50
Mercredi	218,74	12,17	17,70	10,07	0,00	258,68
Jeudi	123,81	0,00	8,90	33,44	0,00	166,15
Vendredi	53,61	5,30	11,27	20,69	0,00	90,87
Samedi	0,00	0,00	0,00	0,00	104,57	104,57
Total	718,94	42,95	86,01	84,63	174,37	1106,90
% du total	65,0%	3,9%	7,8%	7,6%	15,8%	100,0%
% du temps de présence au bloc						
	de 8:00 à 16:00	Période de 16:00 à 8:00 et fériés et fins de semaine				
	65,0%	35,0%				

Tableau 2
Nombre de cas de chirurgies pour 2015 par jour de semaine* au bloc opératoire (6260 La Sarre)

	Nombre de Cas					
	Cédulées et réalisées	Fériés	soir	Nuit	fin de semaine	Total
Dimanche	0	0	0	1	36	37
Lundi	170	18	17	4	0	209
Mardi	126	0	11	8	0	145
Mercredi	169	7	12	8	0	196
Jeudi	116	0	6	13	0	135
Vendredi	49	3	5	11	0	68
Samedi	0	0	0	0	42	42
Total	630	28	51	45	78	832
% du total	75,7%	3,4%	6,1%	5,4%	9,4%	100,0%
% du temps de présence au bloc						
	de 8:00 à 16:00	Période de 16:00 à 8:00 et fériés et fins de semaine				
	75,7%	24,3%				

*Pour l'ensemble des chirurgies

Tableau 3**Ratio des heures de présence par cas (6260 La Sarre)**

de 8:00 à 16:00	Période de 16:00 à 8:00 et fériés et fins de semaine				Total
Cédulées et réalisées	Fériés	soir	Nuit	fin de semaine	
1,14	1,53	1,69	1,88	2,24	1,33
	1,92				

Les données des *Heures de présence* et du *Nombre de cas* proviennent du registre du bloc opératoire de l'hôpital de La Sarre pour l'année 2015, soit du 1er janvier au 31 décembre. Chaque intervention a été compilée une par une dans un chiffrier électronique et classée par plage horaire, et par journée. Par la suite, nous avons effectué les additions nécessaires et nous avons calculé et présenté les divers taux et ratios .

Les données des colonnes *Cédulées et réalisées* décrivent les interventions chirurgicales prévues et inscrites à l'horaire d'un chirurgien et pour lesquelles les patients avaient été informés de la date et l'heure où ils devaient se présenter et qu'ils avaient été préparés. Ces périodes sont du lundi au vendredi, de jour.

Les *Fériés* comprennent la journée du férié de 00:00 à 23:59.

Les *Fins de semaine* comprennent les interventions réalisées entre 00:00 le samedi à 7:59 le lundi matin.

Les données *Soir et la Nuit* sont les périodes de temps respectives de 16:00 à 23:59 et de 00:00 à 7:59, du lundi au vendredi, à l'exclusion des fériés.

Les *Heures de présence* au bloc opératoire sont le temps de séjour d'un usager en chirurgie, plus précisément de son entrée dans une salle de chirurgie jusqu'à son arrivée en salle de réveil.

Les *Cas* sont les usagers présents dans une salle de chirurgies et recevant une ou plusieurs interventions dans la même présence.

Le *Ratio des heures de présence par cas* est la division du total des heures de présence par le nombre total de cas pour un regroupement donné.

PB 28-10-2016

6770 - Endoscopie

Tableau 4
Heures de présence des interventions totales pour 2015 par jour de semaine en endoscopie (6770 La Sarre)

	Heures de présence					
	Cédulées et réalisées	Férieré	soir	Nuit	fin de semaine	Total
Dimanche	0,00	0,00	0,00	0,00	5,42	5,42
Lundi	123,02	0,88	2,35	1,71	0,00	127,96
Mardi	661,01	0,00	0,00	1,35	0,00	662,36
Mercredi	108,12	35,58	0,48	0,57	0,00	144,75
Jeudi	615,82	0,00	0,66	0,00	0,00	616,48
Vendredi	644,58	34,29	0,58	0,62	0,00	680,07
Samedi	0,00	0,00	0,00	0,00	8,91	8,91
Total	2152,55	70,75	4,07	4,25	14,33	2245,95
% du total	95,8%	3,2%	0,2%	0,2%	0,6%	100,0%
% du temps de présence au bloc						
de 8:00 à 16:00	Période de 16:00 à 8:00 et fériés et fins de semaine					
95,8%	4,2%					

Les données des *Heures de présence* et du *Nombre de cas* proviennent du registre du bloc opératoire pour l'endoscopie de l'hôpital de La Sarre pour l'année 2015, soit du 1er janvier au 31 décembre. Chaque intervention a été compilée une par une dans un chiffrier électronique et classée par plage horaire, et par journée. Par la suite, nous avons effectué les additions nécessaires et nous avons calculé et présenté les divers taux.

Nous avons été en mesure de calculer le % des examens effectués de jour du lundi au vendredi et ceux réalisés en dehors de cette plage horaire.

Les données de la colonne Cédulées et réalisées décrivent les examens prévus et inscrits à l'horaire d'un chirurgien et pour lesquelles les patients avaient été informés de la date et l'heure où ils devaient se présenter pour qu'ils eussent été préparés. Ces périodes sont du lundi au vendredi, de jour.

Les *Férierés* comprennent la journée du férieré de 00:00 heures à 23:59.

Les *Fins de semaine* comprennent les examens réalisés entre 00:00 heures le samedi à 7:59 heures le lundi matin.

Le *Soir et la Nuit* sont les périodes de temps respectives de 16:00 à 23:59 et de 00:00 à 7:59, du lundi au vendredi, à l'exclusion des férierés.

Les *Heures de présence en endoscopie* sont le temps de séjour d'un usager pour l'examen et sa récupération, plus précisément de son arrivée départ de sa civière pour quitter le département.

Tableau 5

Centre hospitalier La Sarre

Proportion des services et coûts reliés aux actes effectués par des chirurgiens et des anesthésiques pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015

Chirurgie*								
	Non spécifié		Jour (semaine) 7:00 à 17:00		Soir et nuit (semaine) 17:00 à 07:00		Fin de semaine	
	Non urgent	Urgent	Non urgent	Urgent	Non urgent	Urgent	Non urgent	Urgent
% des actes	5,8%	0,0%	41,1%	1,3%	26,7%	13,1%	4,3%	7,6%
Montants payés	48 760 \$	- \$	556 783 \$	39 052 \$	334 748 \$	366 046 \$	177 806 \$	187 727 \$
	Sous-total Non spécifié		Sous-total Jour		Sous-total Soir et nuit		Sous-total Fin de semaine	
% des actes	5,8%		42,4%		39,8%		11,9%	
Montants payés	48 760 \$		595 835 \$		700 794 \$		365 533 \$	
	Pourcentage des actes réalisés dans une plage horaire non spécifiée		Pourcentage des actes réalisés à l'extérieur des plages horaires de jour et de semaine		Pourcentage des actes réalisés à l'extérieur des plages horaires de jour et de semaine			
% des actes	5,8%		42,4%		51,7%			
Montants payés	48 760 \$		595 835 \$		1 066 327 \$			
Anesthésie								
	Non spécifié		Jour (semaine) 7:00 à 17:00		Soir et nuit (semaine) 17:00 à 07:00		Fin de semaine	
	Non urgent	Urgent	Non urgent	Urgent	Non urgent	Urgent	Non urgent	Urgent
% des actes	0,0%	0,0%	60,5%	3,0%	11,8%	7,5%	10,1%	7,7%
Montants payés	- \$	- \$	247 380 \$	21 480 \$	73 799 \$	76 835 \$	110 293 \$	70 304 \$
	Sous-total Non spécifié		Sous-total Jour		Sous-total Soir et nuit		Sous-total Fin de semaine	
% des actes	0,0%		63,5%		19,3%		17,8%	
Montants payés	0 \$		268 860 \$		150 634 \$		180 597 \$	
	Actes réalisés dans une plage horaire non spécifiée		Actes réalisés dans une plage horaire de semaine et de jour de semaine		Actes réalisés à l'extérieur d'une plage horaire de semaine et de jour			
% des actes	0,0%		63,5%		37,1%			
Montants payés	0 \$		268 860 \$		331 231 \$			

* Pour les fins de ce tableau, les spécialités chirurgicales considérées par la RAMQ, sont les suivantes:

- Chirurgiens généraux
- Neurochirurgiens
- Chirurgiens urologues
- Chirurgiens orthopédiques
- Chirurgiens ophtalmologistes
- Chirurgiens cardiaques thoraciques
- Chirurgiens plasticiens
- Chirurgiens ORL
- Chirurgiens vasculaires
- Chirurgiens thoraciques

Ces informations sont extraites d'un tableau préparé par la Direction de l'analyse et la gestion de l'information de la Régie d'Assurance maladie du Québec (RAMQ) en date du 2016-06-02 qui a été transmis à la journaliste Madeleine Roy de Radio-Canada et dont nous avons obtenu une copie par le biais du site internet de la RAMQ. Pour résumer la présentation, nous avons regroupé les données en trois groupes, Actes réalisés dans une plage horaire non spécifiée, Actes réalisés dans une plage horaire de semaine et de jour, Actes réalisés à l'extérieur d'une plage horaire de semaine et de jour.

Les actes effectués par les chirurgiens et les anesthésistes comprennent l'ensemble des actes effectués par ces professionnels. Nous y retrouvons des actes effectués en bloc opératoire, en clinique externe, en consultation à l'urgence, en hospitalisation, etc.

Ainsi donc, 51,7% des actes effectués par les chirurgiens furent réalisés à l'extérieur des plages horaires de semaine et de jour. Mais pour connaître ce pourcentage des actes effectués par ces derniers en bloc opératoire, nous pouvons nous référer au pourcentage de l'anesthésie qui est de 37,1%, car dans ce centre hospitalier, la pratique des anesthésistes est presque exclusivement en bloc opératoire.

PB/2016-11-01