

Here is a summary of the past 9 years (2016 – 2025) attempts by us anesthetists, surgeons and other professionals of the CISSSO to raise our concerns and request assistance from the government.

In bold is my comments from now or if bolded in a larger body of text are simply to highlight pertinent sections.

In 2016 I raised concerns regarding the decrease in Hospital beds over time despite our increasing and aging population as it was limiting our ability to perform surgeries :

2016 : Analyse historique des lits d'hôpital et de la population

Voici une analyse des lits d'hôpital et de la population que j'ai effectuée en 2016 pendant une autre période de difficultés. À cette époque, c'était le manque de lits d'hôpitaux limitant nos activités. Nous manquons toujours de lits sur les étages mais nous travaillons maintenant à une capacité si faible que le manque d'infirmières dans la salle d'opération correspond maintenant au manque d'infirmières aux étages.

2001-2002

Hôpital de Gatineau = 210 lits

Hôpital de Hull = 255 lits

Total = 465

Population = 315 546

Population age 65+ = 32,485

2014

Hôpital de Gatineau = 108 beds

Hôpital de Hull = 165 beds

Total = 273 (42% reduction de 2001/2002)

Population = 383,182 (+68k de 2001/2002 = 22% augmentation)

Total population (2014) = 383,182 inhab.

Population age 65+ = 54,479 (+22,000 de 2001/2002 = 68% augmentation)

Ainsi, entre 2001/2002 et 2014, la population des Outaouais a augmenté de 68 000 (22%), la population âgée de 65 ans et plus a augmenté de 22 000 (68%) et le nombre de lits d'hôpitaux a diminué de 192 lits (diminution de 42%).

The numbers in 2025 are MUCH worse.

In 2017 we had a series of nursing absences dropping our OR nursing numbers from 46 to 33 requiring of cessation of the 7th line of surgery and reduction of operating rooms for lunch breaks.

2017-02-09 PV Sous Comité du bloc Gatineau

3.5.2 Effets de la réduction du personnel : Un état de situation est présenté par . La structure de poste actuelle du bloc opératoire et du programme de chirurgie, composés de personnel infirmier et infirmiers auxiliaires, comporte 46 personnes. Sur ces 46 personnes, 13.3 équivalents temps complet sont absents (voir annexe). Alors, pour l'horaire à venir, soit du 20 février au 17 mars, certaines journées opératoires sont déficitaires de 5 personnes pour effectuer le travail puisqu' à cela s'ajoute les vacances. Plusieurs solutions sont explorées sans succès. Du personnel à la retraite a été appelé afin de voir si ils étaient intéressés à venir faire des quarts travail mais nous avons dû écarter cette piste de solution, puisque leur permis de pratique n'était pas renouvelé. Du personnel de soir est ramené vers le jour et des volontaires sont sollicités pour travailler le soir en temps supplémentaire. Cette façon de faire a permis de tenir le coup jusqu'à maintenant mais le personnel s'épuise. Devant cette situation de crise, il est proposé d'annuler la 7^{ème} ligne opératoire pour la prochaine période financière étant donné l'incapacité à fournir le personnel nécessaire pour la dispensation de soins sécuritaires. Il est aussi proposé que des lignes opératoires soient programmées à 5 heures pour permettre des arrêts pour les pauses et dîner.

This resulted in an alert of a "Brise Service" and an all hands meeting.

17-09-20 BRIS DE SERVICE - Bloc opératoire de l'Hôpital de Hull

"À compter de jeudi 21 septembre 2017 (demain) jusqu'au vendredi 6 octobre 2017 inclusivement, il n'y aura en fonction qu'une ligne d'urgence et deux lignes électives à l'Hôpital de Hull.

This then resulted in the then PDG to announce an all hands emergency meeting.

17-09-20 CONVOCATION - PRÉSENCE OBLIGATOIRE : Plan de contingence -Activités chirurgicales au CISSS de l'Outaouais (Note : Aucun processus verbal ne semble être disponible)

On Sep 20, 2017, at 1:46 PM, Guy Morissette <Guy.Morissette.cisso@ssss.gouv.qc.ca> wrote:

Bonjour à tous,

Tel que mentionné dans la note de service portant l'objet BRIS DE SERVICE – bloc opératoire de l'Hôpital de Hull qui vous a été envoyée il y a quelques minutes, vous êtes convoqués à une rencontre d'urgence

obligatoire pour la présentation du plan de contingence à mettre en place dans toutes les installations du CISSS de l'Outaouais, ce vendredi 22 septembre à 16 h 30 au 80 avenue Gatineau, dans la salle 201.

Un seul sujet sera traité : Plan de contingence du CISSS de l'Outaouais pour les activités chirurgicales.

RAPPEL : Si vous ne pouvez pas être présents, vous devez identifier un remplaçant et m'en faire part d'ici demain soir.

Veuillez s.v.p confirmer votre présence auprès de XX, soit par courriel : XX ou par téléphone au XX.

Merci de votre attention,

XX

Technicienne en administration (pour)

Dr Guy Morissette

A combined announcement to the press by the surgeons and anesthesists was publicized in Le Droit.

<https://aqdrlaval.org/bloc-operatoire-a-lhopital-de-hull-des-specialistes-sonnent-lalarme/>

“Les délais d’attente pour une opération sont devenus « inacceptables », dénoncent les chirurgiens et anesthésiologistes de l’Hôpital de Hull, qui estiment qu’« il faut cesser de traiter les gens de la région comme des citoyens de deuxième ordre ».

Dans une lettre datée du 5 décembre dernier envoyée aux dirigeants du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (CISSSO), 30 médecins spécialistes qualifient de crise « majeure » la situation qui prévaut au bloc opératoire de l’Hôpital de Hull, où un manque d’infirmières force un ralentissement des activités opératoires depuis plusieurs mois.

« Il faut comprendre que le manque de personnel est grandement dû à la surcharge de travail imposée par le manque de ressources et d’accès aux plateaux techniques », déplorent les chirurgiens, orthopédistes, anesthésiologistes et neurochirurgiens ayant signé la lettre.”

The number of operating rooms that resulted in this notice of a Brise Service? We had decreased to one emergency operating rooms and 2 elective operating rooms in the Hull hospital so 3 rooms functioning. We were still having 5-6 operating rooms in Gatineau. In October and November 2025

we have days with only 1 operating room in Hull and 2 in Gatineau for a total of 3 out of 12 and the government is silent.

Lack of ICU beds

2018 INESSS État des connaissances sur les modes d'organisation des services de soins intensifs

2018 INESSS_Unite_soins_intensifs.pdf

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS_Unite_soins_intensifs.pdf

Moyen Québécois lits de soins intensifs par 100000 habitants = 12.4.

Moyen Québécois lits de soins intensifs avec capacité de ventilation invasive par 100000 habitants = 11.3

Selon document CIM 2017, population 2017 = 393,740 donc moyen = 44.5 lits de soins intensifs avec capacité de ventilation invasive. En 2019 si j'ai bien compris, nous avons 4 lits à Gatineau, 14 lits à Hull, 4 lits à Maniwaki, 4 lits à Pontiac et 4 lits à Papineau, pour un total de 26.

Note that in 2025 we still have had no increase in ICU beds and the population is now 427 243 habitants. Ironically after spending hundreds of thousands and decommissioning the old ICU, when COVID19 hit it was found that the 6th floor location is insufficient and so the old ICU had to be reopened at significant cost.

The lack of nurses with resulting reductions in operating room access had a real and present impact of emergency and non-emergency surgeries. On patient made a complaint to the media which was taken up by the then local deputy. The surgeons and anesthesiologists wrote a response raising our concerns. I highlighted in bold the issues that still affect us today.

<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1115354/20-patients-attente-chirurgie-urgente-hopital-hull>

2018-08-10 Réponse à Mme Maryse Gaudreault, députée de Hull, en entrevue à Radio-Canada le 29 juillet 2018,

Mme Gaudreault,

Les chirurgiens et anesthésistes de l'hôpital de Hull sont bien contents de trouver enfin une oreille attentive dans la députation régionale. Alors que dans votre entrevue, vous vous insurgez du délai chirurgical de M. Martel, **nous vous informons que cette situation déplorable n'est malheureusement pas exceptionnelle, qu'elle est l'effet direct du manque chronique de temps opératoire et d'accès aux**

plateaux techniques en Outaouais et nous vous rappelons que nous dénonçons cette situation depuis des années et de façon plus vigoureuse durant la dernière année (voir l'article de Justine Mercier dans Le Droit du 31 janvier: "Bloc opératoire de Hull: des spécialistes sonnent l'alarme"). Quand on se compare aux autres régions du Québec, on se rend compte que notre région fait figure de parent pauvre en médecine spécialisée, particulièrement en ce qui a trait à l'accès aux blocs opératoires ("Salles d'opérations: le CISSSO dépassé", Le Droit, 14 février 2018) et aux soins intensifs.

Il est paradoxal que d'un côté nous devons procéder aux chirurgies électives, y compris oncologiques, dans des délais raisonnables et que de l'autre on ait le devoir de faire les chirurgies urgentes mais, qu'une fois additionné, on n'ait pas le temps opératoire associé nécessaire pour faire les deux.

La quantité d'urgences opératoires (vitales et non-vitales) étant par nature imprévisible et variable, en situation de pénurie il arrive que le délai chirurgical pour les urgences non vitales augmente dans les moments de haute occupation de la ligne d'urgence. C'est ce qui arrive quand on essaie de sauver la chèvre et le chou... **Est-il normal d'avoir à choisir entre opérer un cancer ou un poignet cassé qui attend à la maison depuis plusieurs jours? Cette situation deviendrait exceptionnelle si on avait le nombre de salles d'opérations nécessaires pour suffire aux besoins de notre population.**

Le manque de salles d'opérations se traduit aussi par un nombre réduit de personnel (pas seulement l'été) qui doit se répartir les tâches de garde le soir, la nuit, les fins de semaines et les jours fériés. Ça alourdit grandement la tâche de nos infirmières, préposés et inhalothérapeutes. Quand vous dites qu'il faut faire rentrer plus de monde pour travailler, il faut se rendre compte qu'il s'agit de personnel hautement spécialisé, difficilement remplaçable, qui tient le fort pendant qu'une bonne partie du monde dort et que lorsqu'on "brûle" les employés au travail, on tombe dans le cercle vicieux des maladies, absences, départs pour des emplois moins exigeants. Ça se traduit en retour par la fermeture de salles d'opérations, forçant des médecins spécialistes à des congés forcés. Il est particulièrement difficile de gérer quand on est toujours sur la corde raide, sans possibilité de tampon, qu'il n'y a plus d'élasticité dans le système. On peine même présentement à remplacer les maladies ponctuelles. Notre personnel est dévoué, très travaillant et opère déjà à un niveau élevé de performance. Difficile de leur demander davantage!

Les médecins spécialistes sont disponibles et ne demandent pas mieux que d'opérer mais pour ce faire il faut les ressources nécessaires; il faut aussi des lits, en particulier des lits de soins intensifs et intermédiaires, un autre besoin criant dans la région. Ce manque force l'annulation et le report de chirurgies parfois longues et complexes.

Nous tenons à vous rappeler qu'il y a un an, nous avons perdu assez de personnel pour être dans l'obligation de fermer deux salles d'opération à Hull et ensuite à Gatineau. Le problème n'est pas encore résolu en entier. Comment se fait-il que vous vous intéressiez soudainement à notre situation allant même jusqu'à remettre en question les vacances de notre personnel alors que votre gouvernement nous ignore depuis si longtemps? **Le sous-financement chronique de la région en matière de santé est à la source même des problèmes que nous vivons. Où sont les deux salles d'opérations promises en grande pompe par votre gouvernement en 2016?** Ce n'est pas en mettant un pansement sur une hémorragie que nous allons sauver le patient.

Dr Barette, en situation de crise, nous demande maintenant de transférer nos patients dans les autres régions du Québec, mieux nanties en ressources hospitalières, pour être soignés... voir vers Ottawa à

gros prix... ce faisant, **le Ministre admet que l'Outaouais manque cruellement de ressources...** Est-ce une bonne utilisation de l'argent des contribuables? Où est la vision à long terme?

Bien sûr nous avons d'abord besoin d'un plan d'aide immédiat mais surtout, **nous avons besoin d'un plan de développement et de financement à moyen et à long terme nous permettant de pourvoir aux besoins chirurgicaux de notre population et aussi refléter la démographie grandissante de la région. Pourquoi les gens de l'Outaouais sont-ils encore traités en citoyens de second ordre?**

Pour ce qui est de la qualité des soins, nous tenons à vous assurer que nous sommes très vigilants quant à la priorisation des patients selon leurs besoins médicaux et leur état de santé. Une analyse régulière et presque en continu de la liste d'urgence est faite au gré des changements de conditions médicales et les médecins et infirmières s'assurent que les ressources disponibles sont allouées avec la meilleure efficience. **Quand on n'a pas les ressources, on ne peut quand même pas faire de miracle.** De plus, il faut comprendre que certaines situations sont hors de notre contrôle et que malgré la meilleure planification il y aura toujours des impondérables avec lesquels il faudra composer.

Pour ce qui est du jeûne préopératoire, il est essentiel pour leur protection (pulmonaire) que les patients n'aient pas mangé depuis un minimum de 8 heures avant leur chirurgie pour éviter des complications d'une grande morbidité. Ce désagrément est nécessaire pour leur sécurité. Par souci d'optimisation du bloc opératoire et pour ne pas se retrouver avec une perte de temps chirurgical si précieux, parfois nous devons prolonger ce délai pour que le patient reste opérable si le temps le permet malgré le risque de devoir reporter la chirurgie. De cette façon on se garde une marge de manoeuvre. Il est souvent difficile de prédire le temps opératoire nécessaire (on ne se fait pas opérer sur rendez-vous) et nous sommes aussi à la merci des urgences vitales ayant un besoin immédiat du bloc opératoire. Nos équipes sont très conscientes de l'importance du confort des patients et déploient beaucoup d'effort afin de minimiser les désagréments.

Finalement, Mme Gaudreault, il est désolant de voir que ça prend une situation comme celle-là pour enfin être entendu. **Peut-être que la triste réalité qu'a vécue M.Martel se traduira par une volonté politique réelle d'amélioration de l'offre de service en médecine spécialisée en Outaouais... On demeure optimiste de voir un changement dans un avenir rapproché.** En cette année électorale, nous espérons que la population saura enfin se mobiliser face à leurs élus afin d'obtenir les soins médicaux auxquels elle a droit et que les candidats sauront prendre des engagements clairs à cet effet.

Les chefs de services de chirurgies et du département d'anesthésiologie au nom des chirurgiens et anesthésiologistes de l'hôpital de Hull, avec l'appui du comité local du bloc opératoire de l'hôpital de Gatineau

This was written in 2018. In October and November 2025 we have days with 1 operating room in Hull and 2 operating rooms in Gatineau. 3 out of a possible 12. And the government is silent except to blame the surgeons and anesthetists by saying that the new law with a 15% cut to revenue to encourage doctors to meet targets will solve the issues. We were crying for help in 2018 as we could not meet targets with 4 operating rooms closed. We now have 9 operating rooms closed! The Outaouais has been abandoned by the government.

Again and again we called for help.

2018-11-29 PV Sous Comité du bloc Gatineau

1.4.1 MISE À JOUR DE L'ONCOLOGIE il y a une stabilité au niveau des temps d'attente des cas d'oncologie mais avec une augmentation progressive des cas électifs on fait le point sur le pourquoi des listes d'attente qui augmentent et du peu de disponibilité des temps opératoires. mme XX parle d'un phénomène qui est multifactoriel au niveau du manque d'inhalothérapeutes, au niveau du manque de personnel médical et ce dans tous les centres. **dr hennessey demande qu'une lettre formelle soit adressée au ministère ainsi qu'au dsp pour aviser de la raison qui nous empêche d'atteindre les cibles et que le travail de gestion a été fait de façon minutieuse mais que les cibles sont difficiles à atteindre pour les raisons évidentes.**

In 2019 the problem began spreading to the Gatineau Hospital

2019-01-29 BRIS DE SERVICE – bloc opératoire de l'Hôpital de Gatineau

Subject: BRIS DE SERVICE – bloc opératoire de l'Hôpital de Gatineau

Date: Tue, 29 Jan 2019 19:42:24 -0500

From: Dr. Trevor Hennessey

To: Daniel.Tardif.cisso@ssss.gouv.qc.ca

CC:

Dr. Tardif et Dr. Gillot,

Nous soyons en train de réduire encore nos lignes à 4 en février à Gatineau. Cela s'est produit plusieurs fois en 2018 et plus récemment en janvier 2019.

Nous avons eu au moins une réduction de 0,5 salle par jour pour l'ensemble de l'année 2018, de nombreuses périodes passant à au moins 1,5 salle coupées par jour. En février 2019, ce nombre passera à 1,5 salle par jour.

Du 1 novembre 2017 au 25 janvier 2019, Diane Duval a procédé à aux moins 230 lignes annulé en raison de le manque d'infirmières pour la salle d'opération de Gatineau.

Lorsque cette situation s'est produite à Hull en 2017, il y avait de nombreuses réunions de crise qui impliquant presque tous les sites hospitaliers du CISSO pour rechercher des solutions. Aurons-nous une réponse similaire pour la crise actuel à Gatineau? Cette situation impliquait notre capacité à respecter les délais d'attente pour les chirurgies électives et oncologiques et les attentes du ministre doivent être ajustées en conséquence.

Veuillez accepter, Messieurs, mes salutations distinguées.

Dr. Trevor Hennessey

Chef Service Anesthesiologie – Gatineau

2019-02-02 Lettre de Comité local du bloc opératoire Gatineau - Cas hors délais

Comité local du bloc opératoire de l'hôpital de Gatineau

Le 2 février 2019

M. Jean Hébert, Président-directeur général

Mme Josée Fillion, Présidente-Directrice générale adjointe

et Directrice intérimaire des services professionnels

Mme Gail Ryan, Directrice des soins infirmiers

Objet : Cas hors délais

Mesdames,

Monsieur,

Le Comité local du bloc opératoire de l'hôpital de Gatineau s'est réuni le 31 janvier dernier. Nous avons discuté entre-autres de la problématique des cas hors délais surtout pour les cas d'oncologie. Le manque de personnel à la salle d'opération de l'hôpital de Gatineau engendre une crise interne ce qui nous oblige à annuler des lignes opératoires et ce à répétition. Depuis le 1er novembre 2017, 230 lignes opératoires ont été annulées en lien avec une pénurie de personnel. Nous sommes d'avis que le personnel en place fait un travail extraordinaire et mentionnons que ces coupures ont également été nécessaires pour éviter l'épuisement.

Ces coupures de lignes opératoires ont une répercussion sur les cibles puisqu'elles engendrent des cas qui deviennent hors délais de plus en plus avec une liste d'attente des cas électifs qui ne cessent d'augmenter en flèche. **Il y a eu énormément de discussions, rencontres, réunions et de plans de réorganisations depuis le début de la crise, sans vraiment obtenir les résultats escomptés malgré les**

coupures. Il y a, depuis 2 ans, des discussions pour établir une stabilité au niveau de la disponibilité des salles d'opération dans tout le CISSS de l'Outaouais mais ceci tarde à prendre forme.

Cette élaboration des faits vise à vous d'expliquer les raisons des cas hors délais. **Nous avons des chirurgiens qui sont présents, disponibles et qui veulent opérer et travailler mais le plateau technique n'étant pas ce qu'il devrait être, ceci explique et expliquera dans le futur la raison des cas hors délais.**

En espérant que cette communication vous renseignera davantage sur notre incapacité à rencontrer les cibles en ce qui a trait aux délais chirurgicaux et ce **malgré la volonté de tous, autant du bloc opératoire, que du personnel infirmier et du personnel médical. Le plateau technique chirurgical n'a tout simplement pas la capacité de subvenir à la demande régionale autant au niveau du nombre de salles d'opération que de la disponibilité des soins intensifs et l'absence de soins intermédiaires promis il y a de cela des années pour l'hôpital de Gatineau**

Nous vous prions d'agréer, Mesdames, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Dr Carl Boucher

Président du comité

In 2019 there was a visit from the government and a large report was written. Then COVID19 hit. The Outaouais was devastated with early retirements, job changes, and the like. The under financing of our region compared to the Quebec average continued. In 2023 the government was frustrated with our slow return to functioning sent a team to investigate. I wrote a large summary based off the 2019 reports conclusions and added my comments on the issues remaining or if targets had been met. Comments in bold were the comments I added in 2023. Again we were underfunded and under resourced so the government inspectors returned in 2024. I updated the same document using RED for my 2024 comments.

2024-04-03

Commentaires du Dr Trevor Hennessey - ancien chef service Gatineau et ancien chef department anesthésiologie CISSSO. Ce document a été initialement créé le 2023-03-15 lors de la réunion pour discuter du suivi de la précédente rencontre avec le MSSS de 2019. En ROUGE vous pouvez retrouver mes commentaires ajoutés puisque depuis 2013 la situation s'est encore détériorée. Veuillez excuser mes fautes de grammaire et d'orthographe.

Veuillez noter que dans notre rapport CIM de 2014, notre taux d'occupation salles était de 93 %, et 90 % en 2017, soit 8 % et 5 % au-dessus de la cible du MSSS. Nous n'avons AUCUN PROBLÈME d'efficacité lorsque nous disposons des ressources humaines nécessaires.

Vous ne pouvez pas obtenir de sang d'une pierre et vous ne pouvez pas obtenir de jus d'un citron sec. Il est préjudiciable de chercher à accroître l'efficacité lorsque les infirmières sont de garde 1:2 le FDS et travaillent régulièrement au TSO. Les discussions sur la fermeture de Buckingham pour transférer des infirmières à Hull/Gatineau auront tout simplement la majorité quittent en faveur d'autres postes.

2023-03-15

Commentaires du Dr Trevor Hennessey - ancien chef service Gatineau et ancien chef department anesthésiologie CISSSO. Assister à la place du Dr Jérôme Naud. Notez qu'il s'agit d'une compilation des commentaires des membres du département. Veuillez excuser mes fautes de grammaire et d'orthographe.

Visite au Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais

Rapport d'évaluation et de recommandations préliminaires

2019

7

Analyse sommaire :

1. Ressources humaines

Constats

- Manque de personnel au bloc opératoire : infirmières, infirmière première assistance en chirurgie, préposées aux bénéficiaires, préposés à la stérilisation, brancardiers et agents administratifs;

Comments 2023 Dr. Hennessey: C'est notre problème majeur. Comprend également le manque dans la clinique de préadmission ainsi que pour l'étage.

2024 - La situation a désormais atteint des niveaux de crise. On m'a refusé les chiffres complets, mais je crois savoir qu'à Gatineau, nous n'avons que 18 infirmières en activité pour

45 postes. À Hull, je crois que c'est 14 sur 35 ou quelque chose comme ça.

Il y a eu des jours récemment à Gatineau où sur nos 7 salles d'opération physiques, nous n'avions que 2 salles en fonctionnement et c'était uniquement parce que nous avions 4 infirmières à la retraite qui travaillaient. Sans les infirmières à la retraite nous n'aurions qu'une chambre sur sept à Gatineau.

Il y a des jours où sur 17 salles d'opération à CMS/Papineau/Hull/Gatineau on n'a que 6 salles qui fonctionnent. Tout cela à cause du manque d'infirmières. IL N'Y A AUCUNE MANIÈRE D'AUGMENTER L'EFFICACITÉ POUR COUVRIR CE MANQUE DE MAIN-D'ŒUVRE !!!

- Offre de service insuffisante en médecine interne entraînant des délais au niveau

des consultations préopératoires;

2023 - Je crois que c'est résolu

2024 - Je crois que c'est résolu

- Contexte général entraîne des difficultés à recruter des anesthésiologistes;

Comments 2023 Dr. Hennessey: En tant que chef, j'ai mis en place un comité de recrutement formel. Nous avons recruté 2 permis restreints qui travaillent actuellement et avons 3 autres anesthésistes qui attendent leur stage d'évaluation pour nous rejoindre en 2023/2024.

C'est impossible de recruter des Canadiens en raison d'une combinaison de la réduction des postes d'étudiants en médecine et de résidence par les gouvernements précédents combinée à l'augmentation des PEM disponibles dans les grands centres (Sherbrook, McGill, Québec) en raison de l'annexe 45 ainsi que des options de préretraite .

L'annexe 45 et la préretraite sont d'excellents programmes et devraient se poursuivre. Il nous a permis de garder 3 anesthésistes qui auraient autrement cessé de travailler en 2021. Mais les décisions gouvernementales précédentes n'ont pas laissé suffisamment d'anesthésiologistes Canadien diplômés pour répondre à la demande et la recrue étrangère a été notre seule solution. Ce rend un mauvais service aux étudiants canadiens qui souhaitent devenir médecins mais n'en ont pas l'opportunité faute de manque des places de formation. On plus

on a des préoccupations éthiques pour recruter du personnel dans des pays qui subissent des contraintes encore plus fortes que nous.

2024 - Nous avons perdu un anesthésiste au profit du Montfort en raison de l'incapacité du CISSSO à fournir du travail à l'anesthésiste. Plusieurs autres anesthésistes envisagent également de partir. Nous avons recruté avec succès des anesthésistes d'autres pays. Il est criminel de les amener ici avec leurs familles, puis de les forcer à quitter leur travail plusieurs jours par mois en raison du manque de salles d'opération.

Au moins 1 à 2 urologues sont partis. Un chirurgien général est parti. 2 ophtalmologistes recrutés sont partis. 1 ORL est parti. 4 chirurgiens plasticiens sont partis.

- En chirurgie d'un jour, 19 départs à la retraite à anticiper pour les trois prochaines années;
- Point positif : Taux de rétention de 80-85 %.

Analyse

- Plusieurs départs à la retraite au cours des dernières années;
- Nombreux congés de maladie et congés partiels pour étude attribués;
- Équipes au bloc plus novices;
- Délais pour conduire les patients en salle d'opération.

Actions mises en place par le CISSS

- Collaboration avec la direction des ressources humaines en lien avec le volet recrutement : Objectifs de doter 145 % des postes au bloc opératoire;
- Intégration d'infirmières auxiliaires, recours à des infirmières retraitées et des agences;
- Discussions en cours avec les maisons d'enseignement pour permettre la présence

de stagiaires infirmières au bloc opératoire;

- Conseiller-cadre ajouté afin d'améliorer le climat de travail;
- Possibilité d'affichage en continu en évaluation;
- Structure mieux adaptée aux besoins;
- Conseillères cliniciennes en support au personnel dans les 5 blocs.

Comments 2023 Dr. Hennessey: La situation s'est énormément détériorée et a créé un cercle vicieux.

Les gardes fréquentes.

Solution: La seule solution est d'améliorer les nombres des effectifs. Nous avons également essayé de gérer nos listes d'urgence pour réduire le travail non critique pendant la nuit. 3 jours par semaine nous effectuons des listes d'urgence 1/2 jours à Gatineau. Bien que cela ait été problématique pour les chirurgiens (ils ne peuvent pas se consacrer à d'autres activités en cas d'urgence), cela a été très bénéfique pour le fonctionnement de la salle d'opération ainsi que pour les patients. Nous sommes souvent en mesure de libérer un patient de la salle d'urgence la veille et de fournir une heure prévue pour son intervention chirurgicale le jour disponible suivant. Nous avons également réduit le temps passé à travailler après minuit.

À Hull, nous avons une ligne d'orthotraumatologie presque tous les jours de la semaine. Cela nous aide à gérer nos retards. Il a été proposé d'utiliser un ou deux jours par semaine à Papineau pour les cas d'ortho-urgence mineure (radius, cheville, clavicule, etc.) pour retirer ces cas de la salle d'opération de Hull, mais cela réduirait l'activité élective. Il serait avantageux pour les patients d'avoir une date et une heure programmées au lieu du système actuel où un patient peut jeûner plus de 5 jours pour son urgence mineure.

Faible accès aux services de garde enfants (subventionnés et non subventionnés) particulièrement pour les soirées, les nuits, les week-ends et les jours fériés. Nos infirmières sont des employées du gouvernement qui paient leurs impôts mais n'ont pas accès aux services de garde subventionnés par le gouvernement si elles travaillent le soir, la nuit, les fins de semaine ou les jours fériés.

Solution: Les CISSS au Québec pourraient envisager d'offrir des services de garde subventionnés 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par an, en tant qu'avantages sociaux. Cela améliorera à la fois le recrutement et la rétention.

Accès aux vacances.

On comprends que les vacances d'été de cette année comprennent jusqu'au 3 novembre. Avec le roulement de notre personnel, de nombreux nouveaux employés sont en âge de procréer. Ils cherchent un emploi qui leur permettra de passer du temps avec leur famille.

Solution: Accepte une réduction d'activités pendant les vacances scolaires du 26 juin au 25 août et le congé scolaire. Cela rapportera des dividendes en améliorant le recrutement et la rétention afin que nous puissions fonctionner à pleine capacité le reste de l'année.

Manque d'opportunités pour les infirmières expérimentées et proches de la retraite de continuer à travailler dans la salle d'opération avec des gardes réduites ou inexistantes le soir/la nuit/le week-end. (Notre dernière estimation indique que +/-90 % des employés de notre CMS local sont d'anciens employés du CISSSO). Nous avons perdu des infirmières expérimentées en neurochirurgie et autres spécialités pour aller faire des vaccinations en CLSC, pour travailler à la clinique externe ou pour partir complètement pour le CMS afin de pouvoir améliorer leur qualité de vie et répondre à leur énergie et leurs capacités réduites en vieillissant.

Solution: Au lieu de créer des CMS où nous perdons nos infirmières et nos employés au profit du secteur privé, nous devrions développer des centres ambulatoires dédiés au sein du CISSSO qui sont protégés contre les annulations pour les urgences. Ces centres permettraient une transition vers la retraite pour nos employés vieillissants ainsi qu'une initiation plus détendue au bloc opératoire pour les étudiantes et infirmières en orientation.

Pression pour maximiser le nombre de blocs opératoires malgré la fragilité des ressources humaines (lundi cette semaine nous avons 3 salles seulement à gatineau mais mardi et jeudi nous avons poussé pour 5 lignes. Ca nécessitant l'annulation de 3 formations infirmières sur le RCR mardi et 2 annulations pour Jeudi. Dans d'autres situations, il en résulte la nécessité d'arrêter une ou plusieurs salles d'opération pour fournir des pauses à l'équipe car parfois seulement 2 infirmières sont présentes. Nous sacrifions l'éducation et la formation à la sécurité pour maximiser activités du bloc opératoire qui entraînant une charge et un stress supplémentaires pour les équipes).

Solution: En période d'extrême instabilité, nous ne devons pas viser à augmenter les jours individuels où il y a de fortes preuves que cela entraînera une pression sur la planification ou les équipes de salle d'opération. Si nous nous retrouvons avec une journée occasionnelle où nous avons 1 ou 2 infirmières excédentaires, nous pouvons rattraper un peu de formation, travailler sur des protocoles d'amélioration de la qualité ou même permettre à certaines infirmières qui sont sous pression d'avoir un jour de congé.

On comprends que les écoles d'infirmières locales ont moins de 50% de capacité et que les écoles locales d'inhalothérapie ont moins de 30% de capacité et cela malgré le fait qu'elles acceptent chaque candidat alors qu'auparavant elles pouvaient être plus sélectives. Notre stratégie actuelle est de prendre tout le monde et de faire échouer ceux qui sont dangereux

pendant leur étape. Nous ne sommes plus en mesure de sélectionner le meilleur candidat, nous en sommes réduits à rechercher des instances pour pourvoir des postes.

Solution: Des mesures de recrutement doivent être mises en place. Nos jeunes ont des souvenirs de la dénigrement du Dr Barreett de la profession de la santé à la télévision et des nouvelles négatives non-stop actuelles. Avec le manque de main-d'œuvre partout, y compris dans le secteur privé, des mesures doivent être prises pour rendre la profession attractive. Des prêts sans intérêt pour la scolarité et une allocation de subsistance pourraient être fournis avec des accords de retour de service signés.

2024 - La situation décrite ci-dessus est encore pire. Vous trouverez ci-dessous les statistiques pour les étudiants en thérapie respiratoire. A noter qu'historiquement, ils ont eu plus de 28 candidats et ont su être sélectifs. Maintenant, ils ont si peu de candidats qu'ils doivent parfois se rendre dans leur 4ème choix pour essayer de remplir la classe. Ces candidats les plus pauvres sont mis en évidence par les faibles taux d'obtention de diplôme. En tant qu'anesthésistes travaillant avec ces étudiants en salle d'opération, certains sont dangereux et nous avons dû en faire retirer au moins un.

	# admis	# graduée 3 ans plus tarde
2009	28	13
2010	28	7
2011	28	9
2012	28	12
2013	28	8
2014	28	11
2015	28	14
2016	28	6
2017	30	9
2018	30	7
2019	29	5
2020	21	5
2021	28	5

2022	18
2023	20

Vous trouverez ci-dessous les informations pour les soins infirmiers en Outaouais.

Selon ma compréhension, nous avons de la place pour 120 étudiants en DEC sciences infirmières par an.

Et pourtant, les années suivantes, notre nombre d'étudiants était de :

2021 53 (capacité 44%)

2022 59 (capacité 49%)

2023 45 (capacité 38%)

Annexe : données sur les stages et les programmes d'enseignement en soins infirmiers et inhalothérapie au CISSS de l'Outaouais.

DERUR, Laurence Barraud, mars 2024.

Stages		2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024
Maisons d'enseignement de l'Outaouais	DEC - soins infirmiers	379	557	532	767
	BSc en sciences infirmières - Post DEC	21	35	28	37
	BSc Sciences infirmières (initial)	141	127	151	169
	Inhalothérapeute	59	47	41	54
Autres maisons d'enseignement	DEC - soins infirmiers	14	32	21	10
	BSc en sciences infirmières - Post DEC	33	42	17	15

	BSc Sciences infirmières (initial)	12	3	1	0
	Inhalothérapeute	0	0	0	0

Jours de stages		2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024
Maisons d'enseignement de l'Outaouais	DEC - soins infirmiers	4498	6904	7003	9894
	BSc en sciences infirmières - Post DEC	256	575	474	610
	BSc Sciences infirmières (initial)	1682	1839	2210	2861
	Inhalothérapeute	1431	953	631	636
Autres maisons d'enseignement	DEC - soins infirmiers	160	294	199	146
	BSc en sciences infirmières - Post DEC	683	6722	648	791
	BSc Sciences infirmières (initial)	151	65	22	0
	Inhalothérapeute	0	0	0	0

Les augmentations significatives en soins infirmiers (SI) en 2023-2024 sont dus à l'ajout de deux programmes au CEGEP :

1. Programme passerelle pour les infirmières auxiliaires vers le DEC en soins infirmiers
2. Programme AEP (attestation d'études professionnelles) en SI pour les infirmières internationales

Deux CEGEP publics sont disponibles en Outaouais : CEGEP de l'Outaouais et Collège Héritage (anglophone)

Deux universités : L'UQO avec son département en soins infirmiers et la faculté de médecine délocalisée de l'Université McGill.

	Campus de Gatineau	Campus de Saint-Jérôme
--	--------------------	------------------------

UQO

		Certificat en soins infirmiers (4356)	DEC-BAC en sciences infirmières (7455)	Formation initiale en sciences infirmières (7456)	Certificat en soins infirmiers (7457)
Année	Nombre d'étudiants inscrits au programme				
2021		7	53	113	152
(Hiver, Été et Automne)	Nombre de diplômés	1	15	27	44
Année	Nombre d'étudiants inscrits au programme				
2022		17	59	115	193
(Hiver, Été et Automne)	Nombre de diplômés	1	18	15	46
Année	Nombre d'étudiants inscrits au programme				
2023		7	45	113	140
(Hiver, Été et Automne)	Nombre de diplômés	ND	ND	-	ND

Le programme en SI de l'UQO vient d'être révisé au complet cette année pour la rentrée 2024. Il permettra d'améliorer le programme DEC-BAC en Outaouais et ainsi susciter plus d'inscriptions des étudiantes du CEGEP de l'Outaouais.

Pour le CEGEP :

- A. L'inhalothérapie, le nombre de gradués par année est le suivant. Des démarches sont en cours avec le CEGEP pour comprendre ce taux de diplomation.

2017	2018	2019	2020	2021	2022
11	14	6	9	9	4

- B. Le DEC en soins infirmiers :

- Deux cohortes qui débutent chaque année ; une de 80 en septembre et une de 40 en janvier. Ces cohortes sont en général complètes.
- Niveau de diplomation identique aux autres CEGEP de la province autour de 55%

- C. Les enjeux du CEGEP sont le manque de professeurs et de locaux pour augmenter les cohortes.

Enjeu important :

Plus de 6 000 jeunes de l'Outaouais font leur étude dans les maisons d'enseignements collégiales et universitaires ontariennes (rapport ODO https://odooutaouais.ca/wp-content/uploads/2024/03/2024-LOutaouais-en-mode-rattrapage_V2.pdf)

Il est impossible de les reprendre ensuite en stages au niveau des SI car l'OIIQ est trop exigeante pour les permis de stage (contact fait avec l'OIIQ mais dossier non prioritaire). Or si les stagiaires québécois ne fréquentent pas nos milieux cliniques, il est très difficile de les embaucher ensuite. Actuellement le marché de l'emploi pour les infirmières et autres est très agressif à Ottawa(et sur notre territoire) car le nouveau Campus Civic de l'Hôpital d'Ottawa ouvrira ses portes en 2028 (augmentation d'environ 300 lits) .

Actions en cours :

- Dépôt en juin 2023 d'un projet de Pôle de formation et d'innovation pour mieux coordonner nos actions et créer un environnement attrayant dès le début des études, en attente d'approbation du MSSS

- Dépôt d'un projet suite à l'appel de projet d'Opération Main d'œuvre du MSSS pour convaincre les jeunes de la région de s'inscrire dans nos maisons d'enseignement pour travailler ensuite au CISSSO (mars 2024)
- Réflexion pour la mise en place de simulation in situ au niveau des blocs opératoires pour améliorer l'expérience lors des stages chirurgicaux et faciliter l'intégration de nouvelles infirmières et inhalothérapeutes dans ce secteur d'activité

Finalement, un facteur critique est la différence salariale entre le Québec et l'Ontario alors qu'on est à seulement 20 minutes de l'hôpital Montfort et des autres hôpitaux d'Ottawa.

FIQ

Inf Échelon 1 2024 - \$28.08

Inf Échelon 8 2024 - \$34.59

Ontario

Inf Échelon 1 2024 - \$39.07 (\$10.99 plus par heure)

Inf Échelon 8 2024 - \$56 (\$21.41 plus par heure)

Une infirmière avec 8 ans d'expérience travaillant 37,5 heures par semaine gagnerait au moins 41 749,5\$ de plus par année à Ottawa qu'à Gatineau.

8

2. Système informatique

Constats

- Système de gestion des blocs : GIC version 7.6.0.7;
- Présente de nombreuses limites :

- 1) Temps opératoires pilotés à partir de GIC. Par contre, il y a un énorme travail d'harmonisation à faire afin de bien identifier les interventions et les temps associés par chirurgien;
 - 2) Ne permet pas de gérer en temps réel toute l'activité chirurgicale, du début à la fin;
 - 3) Plusieurs insatisfactions de la partie médicale et des gestionnaires quant à la limite d'exploitation des données : statistiques, outils, tableaux parallèles pour suivi d'indicateurs de performance objectifs, mesurables et de qualité;
- Aucun développement n'a été fait au système et aucun n'est envisageable pour le moment selon le fournisseur du logiciel;
 - Volet peropératoire pas encore pleinement implanté dans les installations entraînant la saisie dans la requête à partir du volet postopératoire;
 - Requête opératoire non informatisée et non-inscrite dans GIC;
 - Gestion RV : aucune interface intégrée.

Analyse

- Fournisseur de GIC n'est pas en mesure de supporter le développement du logiciel pour mettre le système de gestion du bloc opératoire à niveau;
- L'informatisation avec GIC est déficiente tout au long du processus : de la planification, la production programme opératoire, de l'extraction des indicateurs de performance et de fonctionnement, etc.

Actions mises en place par le CISSS

- Demande de projet déposé pour l'acquisition et le passage à l'interface de gestion des activités chirurgicales (Centricity OPÉRA version 5.3) au lieu de l'optimisation du logiciel de gestion des interventions (GIC).

Comments 2023 Dr. Hennessey: On n'a pas d'amélioration point vue du logiciel.

La hiérarchisation A-B-C-D-E a grandement contribué à assurer une distribution équitable, mais nous manquons de capacité mais nous sommes incapables de gérer efficacement notre salles d'opération en raison de notre logiciel préhistorique. Aussi, nous ne sommes pas en mesure d'effectuer l'évaluation ni de l'amélioration de la qualité de nos interventions chirurgicales et anesthésiques car nos données sont verrouillées sur papier et inaccessibles.

Les soins aux patients sont régulièrement compromis en raison du manque d'accès aux antécédents médicaux, aux consultations et aux tests qui ont été effectués dans différents sites du CISSSO et qui ne sont disponibles qu'en format papier.

Comments 2024 Dr. Hennessey: On n'a pas d'amélioration point vue du logiciel.

3. Limites dans la fonctionnalité des infrastructures

Constats

- Plusieurs projets d'amélioration des infrastructures sont sur pause tels que : bloc obstétrical, plan fonctionnel et technique du bloc opératoire en 2014, salle hybride, plan clinique 2036, OPTILAB, etc.;
- Système de ventilation au bloc ne respectant pas les normes de la prévention des infections;
- URDM : Manque d'appareil qui entraine le traitement des dispositifs « stat » occasionnant de la pression sur le quotidien et le personnel;
- Équipements et instrumentations désuets;
- Préadmission en manque de locaux : les patients qui viennent pour leur évaluation

préopératoire côtoient des patients hospitalisés et utilisent la même salle de bain.

Enjeu de confidentialité également secondaire aux locaux sous-optimaux;

- Utilisation des RH au bloc opératoire pour faire de l'endoscopie (Pontiac et Papineau);

- Certaines procédures pourraient être faites ailleurs qu'au bloc (ex : cardiostimulateurs, EVAR, sismo, blood patch et endoscopies) et d'autres pourraient être transférées ailleurs (ex. : cataractes).

Analyse

- Plusieurs projets d'améliorations des infrastructures sont nommés sans prise de décision sur lequel débiter;

- On mise beaucoup sur le plan clinique 2036 entre autres d'avoir un seul centre hospitalier plutôt que trois.

Actions mises en place par le CISSS

- Dépôt du plan clinique 2036;

- En analyse afin de sortir des installations les interventions qui pourraient être faites en centre médical spécialisé.

Comments 2023 Dr. Hennessey: De nombreux problèmes inchangés.

Je crois que la principale avancée a été le retrait de l'ophtalmologie du bloc opératoire vers le CMS. Malheureusement, malgré le développement du CMS réduisant la liste d'attente pour les interventions chirurgicales mineures, ils ont contribué à la perte de nombreux employés (retraités et non retraités) du CISSSO, ce qui a entraîné une augmentation des listes d'attente pour les chirurgies majeures telles que les chirurgies ortho, neuro, vasculaire et pareil.

Le transfert de certains patients en gynécologiconcologie à Maniwaki demeure un grand succès.

Le développement de CDJ pour les prothèses de hanche et de genou est également un grand succès.

La rénovation de la clinique de préadmission à Gatineau a énormément améliorée notre travail.

Malheureusement, malgré la liaison avec le coordonnateur du ERAS/RACC du CHUM et leur présentation du programme au CISSSO en 2020, je n'ai pas pu faire avancer l'implantation du RACC ni Choisir avec soin. Ce sont deux programmes qui devraient être explorés pour s'assurer que nous fournissons des soins de référence et réduire la durée des séjours à l'hôpital pour nous permettre d'effectuer plus de chirurgies avec le même nombre de lits.

2024 De nombreux problèmes inchangés.

La fermeture de la clinique du sommeil du CISSSO signifie que les listes d'attente pour les patients à risque d'apnée du sommeil durent de 3 à 5 ans et plus. Cela soustrait ces patients à l'obtention d'interventions chirurgicales en tant que CDJ et les empêchait d'être opérés à Papineau ou au CMS. Nous DEVONS avoir un moyen d'accélérer les études sur le sommeil, ne serait-ce que des tests d'oxymétrie nocturne à domicile, pour retirer ces patients de l'AJM de Hull/Gatineau.

Nous disposons d'un espace parfait au 6e étage à Gatineau pour une unité surveillée de 4 lits pour les patients qui ne nécessitent pas de soins intensifs mais qui ne devraient pas être à l'étage. Cela pourrait également augmenter le bassin d'infirmières en soins intensifs et celles-ci pourraient effectuer une rotation dans cette zone.

4. Disponibilité des lits de chirurgie

Constats

- Manque de lits de soins intensifs et absence de lits de soins intermédiaires;
- Dans les deux sites de Hull et Gatineau, les lits de chirurgie sont occupés par des

patients en NSA et des cas de médecine pour vider l'urgence;

- Manque de lits en réadaptation; la principale clientèle desservie est la neurologie (trauma et AVC) ou les diagnostics en déficience physique; pas de service de réadaptation pour les moins de 65 ans ni pour les patients déconditionnés des suites d'un épisode de maladie ou d'une chirurgie;

- Manque de lits de convalescence dans la région;

- Les équipes de soins à domicile ne suffisent pas;

- Trois groupes de médecins communautaires au lieu de quatre;

- Disponibilités des lits de chirurgie en après-midi seulement. Les chirurgiens font leur tournée trop tard;

- Salon des départs non fonctionnels;

- Très peu de planification de congé; rarement de départ tôt le matin pour libérer les lits de chirurgie;

- Délai par les équipes de salubrité-hygiène relié au délai dans la réception des demandes (système de téléavertisseur).

Analyse

- Annulation de chirurgies et personnel du bloc gardé 24 h pour surveillance post-op en salle de réveil;

- Planification de congé déficiente voir absente.

Actions mises en place par le CISSS

- Clientèle de gynéco-oncologie déplacée vers Maniwaki. Les médecins et les patients acceptent.

Comments 2023 Dr. Hennessey: Situation de lits sont pire que jamais. Une amélioration est qu'après la déplacement des soins intensifs de 6 lits (1 avec ventilation à pression négative) du 2e étage au 6e étage à Gatineau (nécessitant une réduction à 4 lits et 2 rénovations et sans pression négative), nous sommes retournés au 2e étage et 6 lits (nécessitant une re-rénovation). Cela a amélioré la sécurité et l'accès à nos patients des soins intensifs à Gatineau. La disponibilité de personnel infirmier SI demeure bien sûr un problème.

2024 De nombreux problèmes inchangés.

Nous disposons d'un espace parfait au 6e étage à Gatineau pour une unité surveillée de 4 lits pour les patients qui ne nécessitent pas de soins intensifs mais qui ne devraient pas être à l'étage. Cela pourrait également augmenter le bassin d'infirmières en soins intensifs et celles-ci pourraient effectuer une rotation dans cette zone.

5. Priorités opératoires

Constats

- Le chef de département de chirurgie détermine la distribution par service et l'achemine au coordonnateur du bloc;
- En cas d'annulation, la distribution se fait au sein du même service. Si la priorité ne peut être récupérée à l'intérieur du service, le chef de service communique avec le coordonnateur qui distribue la journée;
- Selon les règlements du bloc opératoire (adopté au CA le 27 avril 2013), l'attribution des priorités est faite 2 fois par année;
- L'attribution est faite en tenant compte de 4 critères :
 - 1) Effectifs médicaux par service
 - 2) Priorités abandonnées au cours des 3 derniers mois
 - 3) Liste d'attente par service

4) Population à desservir;

- Le nombre de priorités opératoires n'a pas augmenté avec le recrutement de nouveaux chirurgiens.

Analyse

- Transmission d'un tableau de bord des listes d'attente (quantitatif seulement) par spécialité et chirurgien;
- Règlements de bloc non à jour et non appliqués.

Actions mises en place par le CISSS

- Une directive émise par le DSP en 2017 encadrant l'ordonnancement des priorités chirurgicales a été soumise aux chirurgiens et anesthésiologistes.

Comments 2023 Dr. Hennessey: Le règlement du bloc est à une rencontre de la finalisation.

Les procédures d'information, en particulier l'utilisation de TEAMS, ont grandement amélioré la communication. La publication tardive des priorités entraîne une précipitation de dernière minute pour programmer et préparer les patients. Cela se traduit régulièrement par des journées chirurgicales annulées ou incomplètes, des patients mal ou incomplètement investigués/préparés, une pression énorme sur les équipes de l'accueil et de la préadmission, et une mauvaise expérience pour les patients qui doivent obtenir un congé d'emploi et un accompagnement à leur domicile. à la dernière minute.

Les solutions potentielles pourraient inclure la publication d'un nombre inférieur mais sûr de priorités bien à l'avance, puis l'augmentation ultérieure si/quand cela est possible. Par exemple, une planification de base de 1 salle à Papineau, 1 CMS et 2-3 salles chacun à Hull/Gatineau.

2024 - La planification reste problématique. Beaucoup de changements à la dernière minute. Nous ne profitons pas de la constitution d'un pool de patients prêts à être opérés. Il y a des jours où un anesthésiste est disponible pour voir 8 patients à la clinique préopératoire de Gatineau et 0 sont programmés.

6. Processus de planification chirurgicale

Constats

- Le guichet unique de planification chirurgicale n'est pas utilisé par tous les chirurgiens;
- Trajectoire de la requête :
 - 1) Perte de temps dans la décision d'opérer reliée au délai de communication entre les cliniques externes et pré admission; rôles mal définis;
 - 2) Délai dans le traitement de la requête : plus de 48 heures pour fin d'analyse;
 - 3) Le délai d'inscription de la requête dans le système ne respecte pas les bonnes pratiques;
- Requête opératoire (demande d'admission) harmonisée pour les cinq installations;
- Collecte des données préopératoires non jointes à la requête opératoire;
- Manque de plages horaires en médecine interne pour répondre à la demande de la clinique préopératoire;
- Le guide de complétion de la requête opératoire est complété et disponible;
- Le guide de saisie de la requête et des procédures de gestion de la non-disponibilité personnelle est clair et disponible, mais les non-disponibilités des patients sont gérées seulement au moment du retour en disponibilité;
- Aucun mécanisme ou vigie n'est en place pour une révision régulière des listes d'attente;
- Les mécanismes de coordination entre les différents services impliqués dans la planification chirurgicale ne sont pas explicites;
- Politique sur la gestion de l'accès aux services spécialisés des services cliniques du

CISSS émise par la Direction des services professionnels, mais non adoptée;

- Grilles des lignes opératoires sont disponibles un mois d'avance seulement;
- Selon les règlements du bloc opératoire; lors de l'élaboration du programme, le coordonnateur et l'assistante au supérieur immédiat doivent officialiser le programme en tenant compte du temps estimé. Si problématique, le coordonnateur médical du bloc décide;
- La banque de patients prêts est composée de patients déjà planifiés à une date ultérieure qui peuvent être devancés.

Analyse

- Délai dans la disponibilité des grilles des lignes opératoires (1 mois)
- nuit à une bonne planification opératoire;
- Il n'y a pas de prévalidation du programme opératoire, dans les délais optimaux.

Impacts sur le secteur de la préadmission et préparation des patients, démarche de dernière minute pour trouver des patients à opérer;

- Absence de banque de patients prêts;
- Pas de mécanisme pour reprogrammer les patients annulés la veille ou le jour même;
- Pas de communication avec le patient 24-48 h avant la chirurgie, pour confirmer celle-ci.

Actions mises en place par le CISSS

- Mécanisme de suivi et d'épuration des listes d'attente en place.

Comments 2023 Dr. Hennessey: Il y a eu des améliorations, mais notre système d'information continue de limiter notre capacité à fonctionner et à assurer la surveillance.

2024 - Peu de changement par rapport à 2023

Recommandations préliminaires par le MSSS

À la lumière des observations que nous avons pu faire, nos recommandations préliminaires pour la sous-ministre sont les suivantes :

1. Permettre une analyse plus approfondie de leurs situations (PEM, effectif RH, DMS, PFT);
2. Soumettre les constats qui ne relèvent pas de l'accès aux autres directions concernées;
3. Soutenir l'établissement dans l'élaboration d'un plan d'action et l'application de leurs solutions.

À la lumière des observations que nous avons pu faire, nos recommandations préliminaires pour l'établissement sont les suivantes :

1. Ressources humaines

- Mettre en place les pistes de solutions déjà documentées dans leur plan d'action;
- Rehausser l'effectif d'infirmières auxiliaires au bloc opératoire de concert avec les travaux menés par la Direction de la planification de la main-d'œuvre du MSSS.

2. Système informatique

- Procéder à l'acquisition d'un système de gestion qui répond aux besoins administratifs et médicaux afin de s'assurer que les blocs opératoires du CISSS soient efficaces et performants.

3. Limites dans la fonctionnalité des infrastructures

- Prioriser les infrastructures à mettre de l'avant en fonction des problématiques soulevées et des priorités de l'établissement;

- Sortir les interventions qui peuvent l'être du bloc opératoire;

- Vérifier avec la Direction des services hospitaliers où elle en est rendue dans l'évaluation du plan fonctionnel et technique.

4. Disponibilité des lits de chirurgie

- Revoir tout le processus de planification de congé dès la réception de la requête opératoire, en impliquant la partie médicale (chirurgiens et autres) dans le but de libérer les lits plus rapidement et plus tôt dans la journée;

- Favoriser quotidiennement la fluidité des lits de chirurgie avec le support de la gestionnaire des lits, collaboration avec partie médicale essentielle;

- Développer des programmes de réhabilitation améliorés après chirurgie de type ERAS (*enhanced recovery after surgery*) par des équipes dédiées afin d'accélérer le retour à domicile;

- Poursuivre les démarches dans le but de développer des ententes 108, des zones franches ou des corridors de services avec d'autres hôpitaux en effectuant une analyse et une identification des interventions répondant adéquatement au besoin et en précisant préalablement la nature de la solution (temporaire ou permanente);

- Continuer de déplacer certaines clientèles, certaines spécialités (gynéco-oncologie) vers d'autres centres (ex. : gynéco-oncologie vers Maniwaki pour un séjour de 24 h);

- Pousser l'analyse du manque de lits de réadaptation, convalescence, du taux de NSA, etc., en comparant avec les autres régions du Québec.

5. Priorités opératoires

- Augmenter la fréquence de distribution des priorités opératoires à quatre fois par an;

- Revoir les priorités d'attribution du temps opératoire (priorités) en tenant compte, en premier lieu, de l'oncologie et, en second lieu, des listes d'attente;
- Réviser les règlements du bloc opératoire et les appliquer rigoureusement;
- Faire une analyse du nombre de priorités vs Plan régional d'effectifs médicaux et comparer avec d'autres établissements;
- Revoir la fréquence et le processus de distribution des priorités;
- S'il manque de priorités, proposer des stratégies pour augmenter le nombre de priorités : sortir certaines interventions du bloc, développer des ententes 108, etc.;
- Transmettre périodiquement les listes d'attente aux chirurgiens ainsi que leur performance à la vue de tous;
- Instaurer un système hiérarchisé de suivi des listes d'attente transmis au directeur des services professionnels et présidente-directrice générale / président-directeur général.

6. Processus de planification chirurgicale

- Centraliser entièrement la réception et le traitement des requêtes à la CPO pour tous les chirurgiens avec obligation du dépôt des requêtes au guichet;
- Saisir la requête dans le système de gestion dès la signature de la requête afin de respecter l'orientation du MSSS voulant que le délai d'attente débute au moment de la décision d'opérer c'est à dire, à la signature;
- Réviser et intégrer la documentation pertinente sur la CPO dans un guide unifié;
- Réviser et actualiser tous les processus écrits;
- Préciser les rôles et responsabilités des ressources humaines dans tous les secteurs impliqués;
- Établir un mécanisme rigoureux de gestion des dossiers en attente;

- Instaurer un mécanisme ou une vigie des listes d'attente systématique ainsi qu'une procédure de prise en charge des non-disponibilités des patients plus précoce;
 - S'assurer que le mécanisme d'épuration des listes d'attente est efficace;
 - Instaurer un système hiérarchisé de suivi des listes d'attente transmis au directeur des services professionnels et au président-directeur général;
 - Revoir tout le mécanisme de coordination entre les différents services impliqués dans la planification chirurgicale selon les bonnes pratiques;
 - Intégrer un délai de prévalidation du programme minimalement une semaine d'avance.
- Confirmer le programme opératoire 72 heures avant la chirurgie avec validation finale la veille de la chirurgie. Le coordonnateur médical doit faire partie des prises de décision tout au long du processus;
- Mettre en place un mécanisme de communication efficient avec le patient (confirmation ou date de report) de la chirurgie;
 - S'assurer que chaque spécialité dispose d'une banque de patient prêt en tout temps autre que ceux planifiés avec date ultérieure;
 - S'assurer que les patients dont les délais sont les plus longs sont inscrits au programme, tout en tenant compte des priorités cliniques de l'ensemble des patients sur la liste;
 - S'assurer que les grilles des lignes opératoires soient disponibles trois mois d'avance;
 - Revoir la trajectoire de la requête opératoire en tenant compte des bonnes pratiques;
 - Mettre en place des programmes de réhabilitation améliorés après chirurgie de type ERAS (*enhanced recovery after surgery*) par des équipes dédiées.

Conclusion

Nos recommandations préliminaires énoncées à la suite des observations faites lors de notre

visite se veulent des amorces au processus d'amélioration qui nécessiteront une analyse plus approfondie et un suivi par l'établissement.

L'analyse sommaire des documents et des informations recueillies lors de la rencontre démontrent que l'établissement reconnaît l'importance de la problématique d'accès aux services chirurgicaux. Nous avons perçu une grande volonté de la part du personnel à s'engager dans l'amélioration des soins aux patients. Nous encourageons l'établissement à maintenir ses efforts dans l'amélioration de l'accès en chirurgie. Le MSSS sera disponible pour offrir un accompagnement plus soutenu dans l'élaboration d'un plan d'action et l'application des pistes de solutions.

2024 - Nous manquons cruellement de ressources humaines. Sans quoi il n'y a pas de lumière au bout du tunnel. Nous devons avoir des salaires compétitifs avec ceux d'Ottawa. Il faut récupérer une partie des 6 000 étudiants qui sont obligés de quitter l'Outaouais pour l'Ontario. Nous devons rendre les professions de la santé attractives pour les étudiants à la fois par le travail au fin mais aussi en offrant des choses comme des bourses avec retour pour service pour les étudiants qui se lancent dans les domaines de la santé.

For 16 years I have been working in the CISSSO and trying to improve the situation. Struggling time and time again to have the government listen to us and our needs so we can provide the care to the population that they deserve. We have been ignored time and time again. All our concerns and worries that we had brought to the attention of the government has come to pass and healthcare in the Outaouais is collapsing. And instead of addressing the core issues the government has chosen to try to camouflage their failings and the failings of prior governments and instead attempt to put the blame onto the shoulders of physicians by inferring that our inability to meet targets is by choice and that by penalizing us with a 15% reduction in earnings we will be incentivised to actually work.