
RAPPORT DE VISITE DU PROGRAMME DE CANCÉROLOGIE ET DU SERVICE DE RADIO-ONCOLOGIE

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais
Hôpital de Gatineau

4 juillet 2018

RAPPORT DE VISITE D'ÉVALUATION

MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE VISITEURS

Nom	Fonction
Dr Jean Latreille	Directeur général, Direction générale de cancérologie (DGC) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
Dre Diane Francoeur	Présidente, Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)
Dre Michèle Drouin	Directrice des affaires professionnelles, FMSQ
Dre Marie-Andrée Fortin	Radio-oncologue et cogestionnaire médicale du Programme de cancérologie au Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval
M. Dominic Gélinas	Physicien médical
Mme Karine Paulin	Conseillère principale, Direction des affaires professionnelles, FMSQ
Dre Lucie Poitras	Directrice générale adjointe, Direction générale adjointe des services hospitaliers, de la médecine spécialisée et universitaire (DGSMSU) du MSSS
Mme Anne-Julie Rancourt-Poulin	Conseillère en radio-oncologie, DGC du MSSS
Mme Cathy Rouleau	Directrice générale adjointe, DGC du MSSS
Dr Khalil Sultanem	Radio-oncologue et président de l'Association des radio-oncologues du Québec (AROQ)

Déroulement de la visite et personnes rencontrées

Coprésidée par le Dr Jean Latreille, directeur général de la DGC du MSSS et la Dre Diane Francoeur, présidente de la FMSQ, la visite s'est déroulée sur deux jours, soit les 11 et 12 juin dernier. Celle-ci a débuté avec une rencontre avec les membres de la direction du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (CISSS de l'Outaouais) et de l'équipe de radio-oncologie, suivie d'une visite au Centre de cancérologie à l'Hôpital de Gatineau.

L'équipe de visiteurs a ensuite réalisé une série d'entrevues de représentants de la haute direction, du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), du Programme de cancérologie du Service de radio-oncologie. D'autres échanges eurent lieu avec certains des radio-oncologues, du personnel du Service de radio-oncologie (technologues, physiciens, agentes administratives, infirmières) et d'autres médecins de l'établissement, tels qu'oncologues, hématologues et chirurgiens. L'ensemble des entretiens s'est tenu de façon confidentielle.

La visite a permis de rencontrer plusieurs personnes œuvrant au sein du Programme de cancérologie, mais elle n'a pas permis de voir l'ensemble des acteurs. Une invitation a été lancée dès la rencontre d'ouverture afin que toute personne désirant partager son vécu avec les visiteurs puisse le faire. De cette invitation a découlé l'ajout d'entrevues dans l'horaire. Il demeure possible, étant donné la durée de la visite, que des personnes n'aient pu rencontrer les auditeurs, mais les informations et les impressions recueillies ont permis de fournir une appréciation globale suffisamment documentée.

La visite s'est terminée avec une présentation d'un rapport verbal sommaire à la haute direction, puis une présentation à l'ensemble des membres du Programme de cancérologie et de l'équipe de radio-oncologie. Ce rapport verbal sommaire a permis de tracer les grandes lignes des constats et recommandations de l'équipe des visiteurs, qui sont détaillés dans le présent rapport.

Documents consultés par l'équipe

En préparation de la visite, l'établissement a fourni à l'équipe d'auditeurs une série de documents techniques et administratifs et d'autres documents ont été consultés sur place.

Remerciements

L'équipe de visiteurs tient à remercier l'ensemble des personnes qui ont participé aux échanges tenus dans le cadre de la visite. Leur transparence et leur ouverture ont permis aux visiteurs de prendre le pouls des équipes, malgré un délai restreint. Des remerciements sont également adressés à l'équipe de direction du Programme de cancérologie, de même qu'au personnel qui a soutenu l'organisation et le déroulement de cette visite.

Le présent rapport reflète les résultats de la visite et est divisé en cinq sections :

1. Le contexte;
2. Les constats;
3. Les points forts;
4. Les points à améliorer ou à corriger;
5. Les recommandations et le suivi.

1. CONTEXTE

La visite d'analyse du Programme de cancérologie et du Service de radio-oncologie au CISSS de l'Outaouais fait suite à une demande du président-directeur général auprès de la Direction générale de cancérologie du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Il subsiste dans l'établissement, et ce, depuis des années, des conflits entre certains médecins œuvrant dans le Programme de cancérologie, des employés de l'équipe de radio-oncologie et d'autres acteurs travaillant dans les différents services du Centre de cancérologie.

Devant cette situation, des consultants de la firme Empreinte Humaine et du Pôle santé HEC ont produit des rapports à l'automne 2017 et au printemps 2018, et ce, à la demande de la direction de l'établissement. Des tentatives de résolution ont été mises en place, mais sans succès. De plus, devant la persistance de problématiques informatiques vécues au sein du Service de radio-oncologie, la Direction générale du CISSS de l'Outaouais a demandé au Centre universitaire de santé McGill (CUSM) l'assistance de leurs spécialistes informatiques afin de diagnostiquer et assister à la résolution des problèmes liés à l'environnement de virtualisation Citrix du CISSS de l'Outaouais.

Le MSSS et la FMSQ, jugeant le conflit important, ont décidé de faire une visite commune pour évaluer la situation et émettre des recommandations.

Cette visite avait pour objectifs :

- D'évaluer l'organisation et l'offre de service en radio-oncologie pour s'assurer qu'elle réponde aux besoins de la population desservie par le CISSS de l'Outaouais et aux bonnes pratiques;
- De s'assurer de la mise en place du Programme de cancérologie, conformément au Plan directeur en cancérologie;
- D'identifier les bonnes pratiques et les obstacles;
- D'évaluer le fonctionnement interdisciplinaire de l'équipe de radio-oncologie;
- De dégager des pistes de solution et faire des recommandations appropriées.

Le mandat confié à l'équipe de visite se retrouve à l'annexe 1.

Le CISSS de l'Outaouais est un centre à vocation territoriale avec des installations en milieu urbain et d'autres en centres ruraux. Il y a un Programme de cancérologie qui rend accessibles des services spécialisés et certains services surspécialisés dans le réseau de cancérologie de l'Outaouais. Ils sont offerts à l'Hôpital de Gatineau où se trouve le Centre de cancérologie comprenant la radio-oncologie et dans les autres installations de la région dans des cliniques de cancérologie qui sont dotées d'une salle d'administration de la chimiothérapie.

Le Service de radio-oncologie en opération à l'Hôpital de Gatineau comprend trois accélérateurs linéaires pour les traitements de radiothérapie externe et un projecteur de sources pour la curiethérapie. Il est doté d'un appareil de tomodesitométrie pour la planification des traitements. En 2017-2018, 1 225 patients ont reçu des traitements de radiothérapie dans ce service. Environ 200 de ces patients proviennent de l'Abitibi-Témiscamingue.

L'établissement est à développer une faculté de médecine hors les murs avec l'Université McGill.

L'établissement dispose de différentes politiques et procédures qui concernent le maintien d'un climat de travail sain :

- Politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence au travail; elle a été adoptée par le conseil d'administration du CISSS de l'Outaouais le 6 mai 2016;
- Procédure de gestion de situations conflictuelles et traitement des plaintes d'incivilité, de harcèlement ou de violence; elle est en vigueur depuis le 20 septembre 2016;
- Procédure de non-respect des codes en vigueur, des règlements, politiques et procédures de l'établissement par un membre du CMDP; elle en vigueur depuis le 7 septembre 2016;
- Politique de gestion intégrée de la santé organisationnelle; elle est en vigueur depuis le 23 janvier 2018.

2. LES CONSTATS

Présence d'un conflit majeur

- L'équipe des visiteurs reconnaît la présence d'un conflit majeur axé sur le comportement interpersonnel qui se manifeste par le dénigrement constant et par des processus d'intimidation entre les différents membres de l'équipe – médecins, employés de l'équipe, gestionnaires – œuvrant dans le Centre de cancérologie. Ce conflit est présent depuis le début des opérations du Service de radio-oncologie. Il s'était partiellement estompé et a repris avec plus de virulence il y a 3-4 ans, amenant la démission du chef médical d'alors;
- Les écarts de comportement sont tels que certains médecins, entre autres de la radio-oncologie, expriment ouvertement des critiques et commentaires qui visent autant le travail et les compétences du personnel que l'administration;
- Il y a un malaise omniprésent au sein de l'équipe en radio-oncologie, lequel se manifestait dans toutes les rencontres de la visite. Le climat tendu est aussi présent dans les autres équipes du Programme de cancérologie;
- Le personnel est mal à l'aise et les émotions sont à fleur de peau. On sent que cette visite représente leur dernier espoir de régler la situation. Beaucoup de scepticisme est exprimé quant à la réussite de l'intervention;
- Certains membres du personnel et des médecins décrivent la présence d'un climat de peur qui paralyse. Les membres de l'équipe restent immobiles devant les comportements irrespectueux de leurs collègues et tolèrent ces écarts verbaux. Le rapport de la firme Empreinte Humaine et du Pôle santé HEC référerait d'ailleurs à la notion de climat de sécurité psychosociale qui n'est pas assuré;¹
- La qualité des décisions et des traitements de radiothérapie n'apparaît pas compromise par le conflit. Par contre, la méfiance fait en sorte que les gens sont fatigués et n'osent plus faire part de leurs questions, de peur que leur intervention leur soit reprochée. Cela nuit aux échanges interprofessionnels, provoque une accumulation de délais dans le déroulement de la journée et peut affecter le temps d'attente des patients;
- Le conflit influence la rapidité d'exécution des tâches quotidiennes et des services aux patients;
- Il y a dichotomie entre ce que disent les membres du personnel (technologues, physiciens, infirmières, agentes administratives) et ce que les médecins expriment quant à la présence d'un conflit;
- Il y a dans l'établissement une culture de blâme et de conflit qui dépasse la radio-oncologie;

1. Le climat de sécurité psychosociale n'est pas assuré. Ce qui signifie que les propos, les actions et les décisions sont risqués pour la personne. Quand un tel climat règne, on constate, comme l'indique le graphe sur les émotions de fortes appréhensions, de l'hypervigilance (de peur d'être pris à défaut et de déclencher une tempête) et de la résignation (c'est-à-dire une incapacité à agir et à régler la situation). (EMPREINTE HUMAINE, Rapport diagnostic d'équipe radio-oncologie, Jean-Pierre Brun & Evelyn Kedl, septembre 2017).

- En plus du conflit entre médecins et employés, le climat de méfiance et de non-collaboration est présent entre les médecins et l'administration;
- Le comité thermomètre proposé par la firme Empreinte Humaine et du Pôle santé HEC comme instance de collaboration et de résolution de conflit a cessé d'exister après douze rencontres. Malgré de nombreuses invitations, les médecins n'ont pas participé.

Une tolérance de l'inacceptable

- Il y a une tolérance envers l'inacceptable. Des comportements de non-respect et d'intimidation se déroulent sans que des conséquences en découlent, notamment à l'égard des médecins;
- La paralysie d'action devant les comportements irrespectueux et les écarts verbaux affecte également le CMDP et les directions de l'établissement. Au lieu de réagir, plusieurs personnes sont en attente plutôt qu'en action. Par exemple :
 - Le suivi de certains dossiers a été reporté après la visite conjointe du MSSS-FMSQ, même si certaines actions pouvaient être posées avant celle-ci;
 - Des leviers existants, tels que les politiques ou règlements internes sur la civilité, n'ont pas été utilisés ou appliqués.
- La tolérance envers les situations inacceptables est combinée à des modes de fonctionnement qui ne permettent pas d'intervenir adéquatement;
- Plusieurs nous ont mentionné ne pas savoir à qui s'adresser en cas de difficulté et avoir du mal à obtenir une réponse claire et précise lorsqu'ils expriment leurs questions ou préoccupations;
- Les politiques et procédures ne semblent pas claires ou connues;
- Les médecins, dont les radio-oncologues, ne respectent pas la structure administrative de l'établissement : la fondation et le conseil d'administration semblent facilement accessibles pour certains médecins, sans vérification au préalable auprès de la haute direction de l'authenticité des propos;
- Il y a une culture de croire ce que disent certains qui parlent fort sans en vérifier le contenu. Un manque de rigueur est présent dans les chiffres et dans la vérification des informations transmises;
- Les réunions du Comité de gestion et du Comité de coordination pour le Programme de cancérologie sont fréquentes, mais souvent les médecins sont absents et les décisions sont prises sans eux;
- Les réunions de gouverne en radio-oncologie sont fréquentes et peu de médecins y participent;
- Le fonctionnement du Programme de cancérologie repose sur les gestionnaires. Les médecins sont désengagés. La collaboration interprofessionnelle n'est pas visible et l'engagement des médecins dans la cogestion clinico-administrative fait défaut présentement. Elle était présente, du moins en partie, dans le passé;

- L'absence de chefs médicaux fait que l'administration et les gestionnaires décident sans eux. Le manque de concertation est constaté entre les disciplines médicales, et même au sein d'une même discipline, faute de chef;
- Bien que plusieurs départements médicaux au sein du CISSS de l'Outaouais semblent connaître des difficultés de leadership – absence de chef – et de collaboration médico-administrative, certains départements ont des succès de collaboration qui mériteraient d'être partagés dans l'établissement. C'est le cas du service de pathologie, où la cogestion mise en place a amélioré le climat et la rétention des membres de l'équipe. On rapporte également des succès en gynécologie-obstétrique et en imagerie médicale.

Une rigueur sous-optimale

- Des normes de qualité ainsi que des normes de contrôle de qualité importantes ne sont pas respectées par le Service de radio-oncologie, notamment la vérification indépendante des dosimétries et une participation active dans la révision des nouveaux cas, laquelle devrait mettre l'importance sur les contours et la distribution de dose afin de contribuer à l'amélioration et l'uniformisation de la pratique des radio-oncologues;
- Il n'y a pas de techniques établies ou de standards de pratique pour l'élaboration des plans dosimétriques. Chaque radio-oncologue demande ce qu'il veut, sans constance entre leurs requêtes. Les dosimétristes n'ont aucun repère pour effectuer leurs tâches;
- Les radio-oncologues tardent à effectuer leurs tâches de planification, ce qui repousse la pression sur l'équipe pour compléter la trajectoire du patient dans les délais recommandés et engendre un risque d'erreur;
- La culture de la mesure n'est pas évidente dans les documents révisés et les équipes ne semblent pas exploiter les données de performance disponibles dans leurs systèmes;
- Les accélérateurs linéaires en opération dans le Service de radio-oncologie sont adéquats pour y permettre des traitements de stéréotaxie (SBRT) standards;
- Le besoin d'avoir un appareil d'imagerie par résonance magnétique dans l'Hôpital de Gatineau est justifié, mais le volume de patients traités ne requière pas un appareil dédié en radio-oncologie;
- Les améliorations dans les technologies de l'information (TI) suite à l'avis des consultants du CUSM sont significatives;
- Un seul technicien en génie biomédical est responsable de l'entretien et de la réparation des accélérateurs linéaires. Aucun lien formel entre lui et le chef de service en radio-oncologie n'est existant, et son horaire de travail n'est pas établi en fonction des besoins du service.

3. LES POINTS FORTS

Des individus engagés malgré un conflit

- L'engagement des membres de l'équipe rencontrés (infirmières, technologues, physiciens, agentes administratives) et une grande volonté de bien faire, et ce, même dans le contexte difficile;
- La satisfaction des soins reçus par la clientèle soulignée par les personnes rencontrées à titre de représentants des patients;
- La volonté d'avancer de l'équipe constatée dans un projet de développement technologique réalisé récemment avec la collaboration interdisciplinaire de technologues, physiciens et médecins, soit la mise en place de la technique d'inspiration bloquée pour le traitement des cancers du sein gauche (DIBH);
- Le dynamisme et l'empathie présents chez les cadres du Programme de cancérologie et des ressources humaines soucieux d'assurer le bien-être des équipes et la qualité des soins;
- Le souhait des professionnels et employés rencontrés de travailler en équipe interprofessionnelle, incluant les médecins.

La prise de certaines décisions par la gouvernance malgré le conflit

- La structure administrative du Programme de cancérologie en place et fonctionnelle pour certains comités : Comité de coordination, Comité de gestion et Comité de gouverne en radio-oncologie;
- La présence de comités du diagnostic et du traitement du cancer;
- La reconnaissance, par les TI de l'établissement, du domaine d'affaires et de la criticité du secteur de la radio-oncologie;
- Les actions posées dans le secteur des technologies de l'information pour corriger les déficiences soulevées dans le rapport du consultant externe et répondre aux enjeux de fonctionnement plus efficacement;
- Les améliorations apportées au fonctionnement de la cogestion médicale et clinico-administrative des services de pathologie, d'imagerie et d'obstétrique-gynécologie.

Des ressources en place pour des services de qualité

- La mise en place de ressources TI dédiées (un programmeur et un analyste) en radio-oncologie pour régler les problématiques plus rapidement et assurer un suivi adéquat auprès des utilisateurs;
- L'environnement physique en cancérologie aménagé de façon fonctionnelle et rendant agréable la visite des personnes au Centre de cancérologie pendant leur parcours de soins.

4. LES POINTS À AMÉLIORER OU À CORRIGER

Un conflit paralysant

- Le manque de courage managérial face à l'intimidation : il en résulte une tolérance de l'inacceptable comme des employés qui sont pointés du doigt, des menaces de médecins envers d'autres médecins, l'administration ou des membres des équipes et des propos verbaux blessants ou des notes cinglantes dans le journal de suivi informatique ou dans les dossiers des patients;
- La situation conflictuelle qui engendre des problèmes de collaboration interprofessionnelle, faisant en sorte que le patient n'est pas toujours au cœur des décisions;
- Le manque d'objectivité du processus de validation des affirmations des uns et des autres;
- Le manque de solidarité et de complicité au sein des équipes en oncologie et une collaboration interprofessionnelle mal comprise ou non existante;
- La structure et les mécanismes de coordination et de communication déficients dans le Programme de cancérologie et spécifiquement dans le Service de radio-oncologie.

Une gouvernance affaiblie

- La communication entre l'administration, les médecins et l'équipe de cancérologie affaiblie par l'absence des chefs médicaux dans plusieurs services médicaux de l'établissement, jumelée à l'inexistence de canaux de communication organisationnels pour compenser l'absence des chefs;
- Le manque de connaissance des processus à suivre face à des préoccupations ou des conflits;
- L'accès facile au conseil d'administration et à la fondation sans égard à la structure de décision;
- L'incompréhension de la mission du CISSS de l'Outaouais en oncologie en fonction de son niveau de services et du rôle des différents secteurs de travail;
- Le manque de réunions de concertation entre les médecins ainsi qu'entre les médecins et les autres membres des équipes.

Des processus de travail déficients et des trajectoires imprécises

- La gestion non optimale des opérations et la confusion sur les rôles et responsabilités de chacun au sein du Service de radio-oncologie;
- L'absence de mécanisme de priorisation des projets et de procédure connue et formelle pour le suivi des dossiers, des demandes et des projets;

- L’insuffisance de démarche d’optimisation, de révision systématique des procédures et d’utilisation d’indicateurs au sein du Service de radio-oncologie;
- Le non-respect des normes sur la vérification du calcul des unités moniteurs par un système indépendant et sur les délais d’accès à une consultation en radio-oncologie;
- L’absence d’une politique d’approbation des images de traitement par les radio-oncologues;
- L’absence de couverture claire et établie pour effectuer le suivi des dossiers des patients lors de l’absence d’un radio-oncologue;
- Le manque d’expertise en TI auprès du Service de radio-oncologie;
- Le manque de documentation en TI sur les procédures à suivre en cas de panne (exemples : plan de relève et plan de communication).

5. RECOMMANDATIONS

Tous les intervenants qui œuvrent au sein du CISSS de l'Outaouais ont un rôle à jouer dans la mise en place et le maintien des recommandations apportées dans le présent rapport. La résolution du conflit est une responsabilité individuelle et collective. Les comportements inacceptables ne doivent plus être acceptés et la promotion d'un environnement de travail sain, sans violence ni harcèlement doit être omniprésente. C'est en travaillant conjointement que les membres du CISSS de l'Outaouais retrouveront à nouveau le plaisir de bâtir ensemble.

Ainsi, une recommandation générale est faite à tous (les employés, les membres du CMDP, la direction, le conseil d'administration) :

1. Assurer un environnement de travail respectueux pour tous en ne tolérant pas les comportements inacceptables et en contribuant au succès des plans d'action qui font suite aux différents audits externes, incluant la visite conjointe du MSSS et de la FMSQ.

Pour l'administration du CISSS de l'Outaouais :

2. Adopter et appliquer une politique de Tolérance zéro face à l'intimidation et aux propos cinglants véhiculés entre les individus qui œuvrent dans le Programme de cancérologie du CISSS de l'Outaouais. Des conséquences appropriées doivent exister, être connues de tous et être appliquées;
3. Établir un plan d'action clair afin de régler la problématique et le faire connaître à travers l'établissement;
4. Reprendre les activités du « Comité thermomètre » en obligeant la présence des médecins;
5. Soutenir psychologiquement les membres des équipes qui ont subi les conséquences du conflit;
6. Mandater la Direction des ressources humaines de revoir obligatoirement avec tout le personnel sans exception, incluant les médecins, les politiques et les procédures institutionnelles en matière de plainte, de civilité, d'intimidation, de harcèlement et de violence;
7. Construire du succès obtenu en pathologie, en imagerie et en obstétrique-gynécologie de nouvelles façons de faire en cancérologie;
8. Revoir les mandats et les rôles des comités de coordination (stratégique et évaluation de la performance) et de gestion (opération et suivi des indicateurs d'accès, de la qualité des soins et services et du respect des algorithmes d'investigation, de traitement et de suivi);
9. Préciser la structure de gestion du Programme de cancérologie afin que les rôles, les responsabilités et les voies de communication soient connus et respectés de tous;
10. Respecter et faciliter le rôle des deux cogestionnaires (médical et clinico-administratif) du Programme de cancérologie, notamment en assurant leur légitimité dans l'ensemble du Programme de cancérologie;

11. Formaliser les processus de communication entre l'administration, les médecins, les professionnels et les autres membres du personnel dans la résolution des problèmes en cancérologie. Tenir un tableau de bord qui témoigne de l'avancement des travaux;
12. Instaurer une culture d'optimisation et de révision des processus et produire des rapports témoignant de la progression faite au sein du CISSS de l'Outaouais dans l'atteinte de l'efficience;
13. Développer au sein de l'établissement la collaboration inter et intra-professionnelle/disciplinaire et en mesurer régulièrement le déploiement à l'aide d'indicateurs;
14. Adopter une politique décisionnelle qui repose sur des données probantes, tant dans la gestion quotidienne de l'établissement que dans les décisions prises par le conseil d'administration et par la fondation de l'établissement;
15. Pourvoir les postes au sein du Programme de cancérologie en fonction des besoins réels et des capacités de l'établissement. Revoir les rôles des employés à la clinique de cancérologie pour favoriser une approche centrée sur les besoins des personnes atteintes et leurs proches;
16. Assurer la tenue ou l'accès à des réunions scientifiques pour favoriser l'évolution des pratiques des membres des équipes en cancérologie;
17. Revoir les rôles des infirmières dans le Programme de cancérologie en tenant compte des réalités du milieu, des besoins de la population et des bonnes pratiques;
18. Respecter les délais d'accès pour une consultation en chirurgie, en oncologie, en hématologie et en radio-oncologie et également les délais pour la mise en traitement en radiothérapie.

Pour le Directeur des services professionnels et le CMDP

19. Assurer le respect par l'ensemble des membres du CMDP de la *Politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence au travail* et appliquer une tolérance Zéro des écarts de même qu'un suivi étroit des manquements et de l'application de conséquences, en support à l'amélioration du climat de travail dans ce secteur;
20. Voir à la nomination des chefs de départements et des chefs de services médicaux;
21. Revoir et adopter le règlement du département de médecine spécialisée;
22. Impliquer le Collège des médecins du Québec (CMQ) pour la formation des membres du CMDP sur les comportements acceptables, la politique de civilité et le professionnalisme;
23. Rendre obligatoire l'implication des médecins dans les comités visant la gestion du Programme de cancérologie et du Service de radio-oncologie, notamment le comité thermomètre en radio-oncologie;
24. S'assurer du suivi de la qualité de l'acte dans le secteur de la cancérologie et plus spécifiquement au sein du Service de radio-oncologie.

Pour le Service de radio-oncologie :

25. Adhérer au respect des normes du Partenariat canadien pour la qualité en radiothérapie et d'Agrément Canada, notamment par l'acquisition d'un logiciel de vérification indépendant des dosimétries; en instaurant un processus de révision par les pairs des plans de traitement et des contours; en identifiant et en suivant des standards clairs en dosimétrie²;
26. Établir une politique pour le délai d'approbation des images de vérification par un radio-oncologue et veiller à son application;
27. Revoir le mandat du Comité de l'assurance qualité afin de ne pas le confondre avec celui d'un comité de la gestion de risques et mettre en place le comité manquant;
28. Préciser la mission du Service de radio-oncologie en fonction du niveau de services attendu au CISSS de l'Outaouais (vocation territoriale, portfolio);
29. Définir une structure de priorisation des projets;
30. Restructurer la gestion des opérations en physique médicale en ajoutant un rôle d'assistant-chef physicien qui coordonne et représente les physiciens;
31. Redéfinir le rôle de l'assistant-chef technologue pour qu'il assume plus de leadership auprès de l'équipe de technologues et des autres intervenants en radio-oncologie;
32. Prévoir la couverture lors d'absences des radio-oncologues;
33. Recadrer le rôle du chef médical en radio-oncologie;
34. Augmenter l'implication de la physique médicale dans les opérations quotidiennes et les développements;
35. Établir un lien formel entre le chef physicien et les techniciens en génie biomédical autorisés à entretenir les accélérateurs linéaires médicaux;
36. Veiller à ce que le technicien en génie biomédical soit présent selon les besoins du Service de radio-oncologie.

Pour le MSSS :

37. Nommer un médecin radio-oncologue pour accompagner le Service de radio-oncologie et agir comme chef de service par intérim. Ce médecin sera soutenu par le Directeur des services professionnels et le cogestionnaire médical du Programme de cancérologie. Le mandat de ce médecin sera d'un an et pourra aller jusqu'à deux ans dans l'éventualité qu'aucun médecin travaillant au CISSS de l'Outaouais n'accepte le poste de chef du service. Il aura la responsabilité de travailler en concertation avec le nouveau chef médical, une fois celui-ci nommé, pour une période minimale de six mois afin d'assurer une transition adéquate.

2. Code de pratique de l'assurance de la qualité pour les programmes canadiens de radiothérapie, sections 6.6, 6.11 et 6.12.

Pour l'Université McGill et le MSSS :

38. Supporter les efforts du CISSS de l'Outaouais dans la résolution du conflit entre les médecins et les équipes afin d'assurer la présence d'un milieu de formation modèle et d'un climat propice aux activités de la Faculté de médecine Campus médical Outaouais;
39. S'assurer que la structure médicale et départementale soit en place, en support à un programme de formation médicale moderne et conforme aux bonnes pratiques.

Bien que la situation soit très préoccupante pour l'établissement et le MSSS, les visiteurs sont d'avis qu'à quelques exceptions près, la majorité des individus qui travaillent au sein du Programme de cancérologie et du Service de radio-oncologie de l'Hôpital de Gatineau sont positifs quant à cette démarche et ils croient à sa réussite.

Le suivi des recommandations devra faire l'objet d'un rapport trimestriel écrit par les autorités du CISSS de l'Outaouais pour les deux premières années. Une communication verbale entre le CISSS de l'Outaouais (PDG, DSP, directeur du Programme de cancérologie, chef de service par intérim), la DGC et la DGSHMSU se tiendra aux deux semaines pendant les six premiers mois et réévaluée par la suite.

La DGC sera également en accompagnement pour les recommandations touchant le Programme de cancérologie et les rôles des infirmières œuvrant dans le Programme.

Le CMQ sera informé du présent rapport et sera invité à s'associer aux instances médicales du CISSS de l'Outaouais (DSP, CMDP) pour faciliter le respect des codes de civilité et des conséquences associées aux manquements.

ANNEXE 1

**Ministère de la Santé et des Services sociaux
et
Fédération des médecins spécialistes du Québec**

**Visite du Service de radio-oncologie de l'Hôpital de Gatineau
du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais**

Mandat de l'équipe de visite

- Analyser le fonctionnement du Programme de cancérologie et, plus particulièrement du Service de radio-oncologie sous les aspects suivants :
 - Organisation des services (accessibilité, qualité, conformité au Plan directeur en cancérologie, aux normes et bonnes pratiques, normalisation selon processus établis);
 - Organisation de l'équipe (ressources humaines, responsabilités, gouvernance);
 - Organisation physique et matérielle, incluant les équipements et les ressources informationnelles.
- Réviser la gouverne actuelle en radio-oncologie dans le but de s'assurer qu'elle permette d'optimiser l'efficacité du Service de radio-oncologie et proposer les changements nécessaires;
- Déterminer les rôles spécifiques au sein de l'équipe (physiciens, radio-oncologues, technologues, gestionnaires);
- Réviser la trajectoire du patient en radio-oncologie, de la demande de consultation au suivi du traitement, notamment en ce qui a trait à :
 - La réception de la demande;
 - La consultation du radio-oncologue;
 - La prescription du traitement;

- La planification du traitement incluant :
 - La collaboration interprofessionnelle nécessaire à une planification optimale;
 - La dosimétrie par le physicien et le technologue.
- L'application du traitement par le technologue.
- Identifier les particularités du processus actuel qui risquent :
 - D'interférer sur la qualité du traitement;
 - De créer des bris de continuité de services;
 - D'augmenter les délais d'accès aux services;
 - De diminuer l'efficacité du travail des intervenants;
 - De diminuer la satisfaction de la clientèle;
 - De diminuer la satisfaction des intervenants.
- Assurer un processus qui permet d'obtenir une trajectoire optimale en radio-oncologie pour en arriver à un traitement de qualité dans les meilleurs délais;
- Assurer la présence et l'utilisation de méthodes de travail qui permettent d'assurer :
 - La qualité des services;
 - La continuité des services;
 - L'accessibilité des services;
 - La satisfaction de la clientèle;
 - La satisfaction au travail des intervenants.
- Faire les recommandations appropriées pour chacun des points précédents;
- Proposer des indicateurs et des échéanciers qui permettront au CISSS de l'Outaouais et à la DGC du MSSS de valider si les recommandations ont été mises en place par l'établissement et le Service.