

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉTUDE DE GESTION INTÉGRÉE DES PROCESSUS DE L'UNITÉ D'URGENCE
DANS UN HÔPITAL

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA MAÎTRISE
EN ADMINISTRATION DES AFFAIRES
(MBA RECHERCHE)

PAR
JULIEN HÉBERT

NOVEMBRE 2007

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tous ceux et celles qui, de près ou de loin, ont apporté leur contribution à l'élaboration de ce projet. Je pense d'abord à l'infirmière en chef de l'hôpital où l'étude a été menée, qui n'a ménagé ni son temps ni ses efforts pour me permettre de prendre connaissance du fonctionnement d'une urgence et de son environnement dynamique. À cette dernière, ainsi qu'aux personnels hospitaliers qui ont su répondre à mes questions, vont mes plus vifs remerciements.

Je veux encore exprimer mes sentiments reconnaissants à mes professeurs Jean-Marie Bourjolly et Khaled Mokhtari qui, en plus d'apporter une direction compétente et efficace à mes recherches en affinant ma compréhension de l'amélioration continue, m'ont assisté dans la mise en forme écrite de ce travail. Que soient remerciés également mes compagnons d'études avec lesquels des échanges stimulants constants m'ont permis de pousser ma réflexion jusqu'au terme de l'achèvement de ce mémoire. Ils espèrent avec moi que cette étude puisse servir à améliorer le fonctionnement de certains processus du réseau de la santé.

Enfin, je voudrais rappeler ici les encouragements, à toutes les étapes de cette entreprise, de ma famille et de mes amis, et mentionner tout particulièrement le soutien de ma compagne, Annie Falardeau, dont la présence active et solidaire à mes côtés n'a pas peu contribué à l'aboutissement de ce travail. Je me sens redevable à jamais à l'égard de ces personnes proches et aimées.

Bonne lecture



Julien Hébert, MBA Recherche
Management et Technologie.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	VI
LISTE DES TABLEAUX	VIII
LISTE DES ABRÉVIATIONS	IX
RÉSUMÉ	XI
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
CONTEXTE DU SYSTÈME DE SANTÉ AU CANADA	5
1.1 Le système de santé au Canada.....	6
1.2 Le système de santé et services sociaux au Québec et les principales réformes.....	8
CHAPITRE II	
L'ENGORGEMENT DES URGENCES.....	12
2.1 Le concept d'engorgement.....	12
2.1.1 Les causes d'engorgement.....	14
2.1.2 Les effets de l'engorgement.....	18
2.1.3 Solutions à l'engorgement	19
2.2 Évolution de la problématique de l'engorgement au Québec	22
2.2.1 Début de la problématique, les années 1970-1990	22
2.2.2 Les années 1990, le groupe d'interventions tactiques	24
2.2.3 Le guide de gestion, les mesures de contrôle et les référentiels	28
2.2.4 La problématique des urgences au Québec, une question de réseau	32
2.3 La situation des urgences à Montréal.....	34
2.4 Problématique de l'engorgement, la qualité comme voie de solution	37
CHAPITRE III	
LA QUALITÉ.....	39
3.1 Concepts et évolution de la qualité	39

3.2	La qualité et la santé	41
3.2.1	Définition de la qualité des soins de santé.....	41
3.2.2	L'assurance qualité en santé	42
3.2.3	L'amélioration continue en santé.....	45
3.2.4	L'amélioration continue et le management par la qualité totale.....	48
3.3	La méthodologie de l'amélioration continue	49
3.3.1	Approches méthodologiques	51
3.3.2	Structure de l'amélioration continue	52
3.3.3	Outils de l'amélioration continue	57
3.4	La résistance aux changements.....	61
3.4.1	Les concepts généraux de la résistance aux changements.....	62
3.4.2	Le changement dans le secteur de la santé	63
3.5	Lien entre les problématiques et les concepts de la qualité	67
CHAPITRE IV		
MÉTHODOLOGIE		69
4.1	La problématique, questions et hypothèse de recherche.....	70
4.2	Les objectifs de la recherche.....	71
4.3	La population, le processus, la durée et les limites de l'étude	71
4.4	L'aspect technique de l'étude	72
4.5	La validité des études de cas.....	76
CHAPITRE V		
ÉTUDE DE CAS		78
5.1	Anatomie du système.....	78
5.1.1	L'urgence à l'intérieur de l'hôpital et du CSSS.....	79
5.1.2	Les portes d'entrée du système et ses orientations	80
5.1.3	Les principaux processus de l'urgence	82
5.1.4	Informations venant des documents internes.....	85
5.1.5	Gestion actuelle de l'urgence.....	89
5.2	Graphique des processus de l'urgence.....	94
5.2.1	Le graphique des processus en médecine générale.....	94
5.2.2	Le graphique des processus en santé mentale.....	102
5.3	Moyens de contrôle.....	103

5.3.1	Les indicateurs de performance du système	105
5.3.2	L'évolution de la clientèle	116
5.3.3	Les patients sur civière et admis	123
5.4	Diagnostic, l'identification de la catégorie de maladie et ces processus	134
5.4.1	Analyse des P3.....	135
5.4.2	Choix de la catégorie de maladie.....	138
5.4.3	La structure du réseau en santé mentale	142
5.5	Lien entre l'urgence et la santé mentale	143
5.5.1	La santé mentale à l'urgence	143
5.5.2	Fonctionnement du système en santé mentale.....	144
5.5.3	Causes de blocages en santé mentale.....	148
5.6	Pistes de solutions.....	151
5.6.1	Favoriser le roulement des lits en santé mentale	151
5.6.2	Processus de l'urgence, dont le triage et l'analyse de la demande	162
5.7	Synthèse.....	165
CHAPITRE VI		
CONCLUSION.....		168
APPENDICE A		
DOCUMENT DE TRAVAIL.....		172
APPENDICE B		
RÉSULTAT DÉTAILLÉ DES OBSERVATIONS DU PROCESSUS DE L'URGENCE.....		178
APPENDICE C		
RÉSULTAT DES ENTREVUES SEMI-DIRIGÉES		203
BIBLIOGRAPHIE.....		210

LISTE DES FIGURES

Figure 3.1	Les étapes du cycle d'amélioration.....	54
Figure 3.2	Schéma général du cadre méthodologique d'un projet d'amélioration continue	56
Figure 5.1	Processus de l'urgence pour la médecine générale.....	95
Figure 5.2	Le chemin le plus utilisé.....	96
Figure 5.3	La salle de choc	98
Figure 5.4	Le patient sur civière	99
Figure 5.5	Le processus long	100
Figure 5.6	Lien entre les processus et les professionnels en médecine générale.....	101
Figure 5.7	Processus en santé mentale.....	102
Figure 5.8	Lien entre les processus et les professionnels en santé mentale.....	104
Figure 5.9	Durée moyenne de séjour	106
Figure 5.10	Délais des processus	107
Figure 5.11	Performance de l'urgence en pourcentage des 24 et 48 heures	108
Figure 5.12	Capacité des civières.....	109
Figure 5.13	Facteurs d'achalandage.....	110
Figure 5.14	DMS en médecine générale	111
Figure 5.15	DMS en santé mentale	112
Figure 5.16	Répartition des 48 heures (MG ou SM).....	113
Figure 5.17	Courbe chronologique des 48 heures.....	114
Figure 5.18	Évolution des patients à l'urgence.....	117
Figure 5.19	Évolution des patients à l'urgence, selon la cote au triage	118

Figure 5.20	Taux du respect du délai selon la cote au triage	120
Figure 5.21	Heure de prise en charge.....	122
Figure 5.22	Patients sur civières en fonction de la cote au triage.....	124
Figure 5.23	Les cinq principaux types de consultation.....	125
Figure 5.24	Orientations des patients.....	126
Figure 5.25	Type d'admission à l'hôpital	127
Figure 5.26	Patients admis en fonction de la cote au triage.....	128
Figure 5.27	Proportion des patients admis.....	129
Figure 5.28	48 heures et orientations	133
Figure 5.29	Évolution des patients admis entre 0 et 74 ans avec la cote P3	135
Figure 5.30	Évolution des 48 heures, admis et ayant la cote P3	136
Figure 5.31	Nombre de demande d'admission en santé mentale et 48 heures.....	139
Figure 5.32	Analyse des causes de l'attente.....	141
Figure 5.33	Processus en santé mentale.....	147
Figure 5.34	DMS des patients hospitalisés en santé mentale	148
Figure 5.35	Analyse des causes du manque de lits	150
Figure 5.36	La structure du système d'information dans le réseau du CSSS.....	155
Figure 5.37	Processus en santé mentale suite à l'application des solutions	161

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 5.1	Système de l'urgence	82
Tableau 5.2	Cote du triage selon l'ETG	83
Tableau 5.3	L'achalandage en fonction de la cote au triage	119
Tableau 5.4	Nombre de patients à l'urgence selon les jours	121
Tableau 5.5	Patients sur civière et admis	131
Tableau 5.6	Pareto selon les catégories de maladie, patients P3 entre 0 et 74 ans	137
Tableau 5.7	Données du système d'information	156

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Institutionnelles	
ADRLSSSS	Agences de développement régional et local de service de santé et des services sociaux
AHD	Association des Hôpitaux du Québec
AMUQ	Association des Médecin d'Urgence du Québec
CCASS	Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé
CCNU	Centre de Coordination national des urgences
CECCNU	Comité d'Experts du Centre de Coordination Nationales des urgences
CH	Centre Hospitaliers
CHSGS	Centre Hospitaliers de Soins Généraux et Spécialisés
CHSLD	Centres d'Hébergements et de Soins de Longue Durée
CLSC	Centre Locaux de Services Communautaires
CMA	Clinique Médicales Alternatives
CMQ	Collège des Médecins du Québec
CSSS	Centre de Santé et des Services Sociaux
DMU	Département de Médecine d'Urgence
DSMU	Département ou Service de Médecine d'Urgence
FSRSS	Fond Canadienne de la Recherche en Service de la Santé
GMF	Groupe de Médecin de Famille
GTI	Groupe tactique d'intervention
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux

Gestion de la qualité	
AC	Amélioration continue de la qualité
RH	Ressources humaines
TQM	Management par la qualité totale
Termes hospitaliers	
AIC	Assistante infirmière en chef
DG	Directeur Général
DMS	Durée moyenne de séjour
DSI	Directeur des Services Infirmières
DSP	Directeur des Services Professionnels
DSPH	Direction des services professionnels et hospitalière
ETG	L'échelle canadienne de triage et de gravité
IC	Infirmière en chef
MG	Médecine Générale
RSI	Responsable des Soins Infirmières
SM	Santé Mentale

RÉSUMÉ

Ce projet s'inscrit dans une démarche d'utilisation de l'amélioration continue et de ses outils à l'intérieur de l'unité d'urgence d'un hôpital à Montréal. Le modèle de planification PDCA (« Plan, Do, Check, Act») a servi de guide à notre travail, lequel, par ailleurs, repose sur une étude de cas.

Les sujets suivants sont abordés dans ce mémoire : l'analyse globale du système de la santé au Canada et au Québec; celles des causes et effets du phénomène d'engorgement; l'étude de l'engorgement des hôpitaux au Québec, une revue des outils de gestions existants et des moyens pouvant y remédier, en particulier, un rappel des notions de qualité en santé et des concepts d'assurance qualité, d'amélioration continue, de qualité totale et de résistance au changement, ainsi qu'une revue de la méthodologie de l'amélioration continue.

Nous montrons, à travers notre étude de cas, que la méthode d'amélioration continue peut très bien s'appliquer au système de santé et qu'elle peut permettre de cibler les problèmes les plus critiques liés à l'engorgement et proposer et mettre en œuvre des solutions permettant de réduire celui-ci.

Mot clés : Système de santé au Québec, gestion de l'unité d'urgence, engorgement, outils de gestion, amélioration continue, modèle PDCA.

INTRODUCTION

Le système de la santé est un sujet très sensible au Québec. L'engorgement¹ des urgences, l'augmentation de l'attente pour les chirurgies, la pénurie des lits postopératoires et la présence de problèmes liés aux infections nosocomiales², sont souvent à « la une » des médias. Aux critiques exprimées, les professionnels de la santé opposent systématiquement le manque de ressources matérielles, financières et humaines. Bien que le fardeau financier du système de santé représente près de 44% du budget de la province (MSSS, 2006) le manque de ressources semble être un problème chronique. Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) ne peut plus continuer à faire face à la croissance des coûts du système qui ne fait qu'augmenter depuis les 10 dernières années. Il doit tendre vers l'objectif du déficit zéro et tenir compte d'un secteur privé qui prend déjà de plus en plus d'ampleur (Institut canadien d'information sur la santé, 2005). Mais c'est aussi dans la recherche permanente de l'efficacité dans l'utilisation des ressources pour atteindre un service de qualité que réside le succès. L'adoption des principes de la qualité totale, dont fait partie l'amélioration continue, amène à utiliser une méthodologie qui peut améliorer l'efficacité des processus en considérant le contexte et les ressources dont disposent les organisations.

L'adhésion à la pratique, à la démarche et aux outils de l'amélioration continue ajoute considérablement de la valeur aux processus de prestations de service, et ce, malgré les problèmes soulevés par le manque de ressources. Elle a pour avantage d'améliorer les pratiques actuelles et d'accroître la qualité de service pour les usagers. Notre recherche vise en effet, grâce à l'application de la démarche aux processus de l'urgence d'un hôpital de

¹ Plusieurs synonymes sont utilisés pour exprimer l'engorgement des urgences, tels que l'encombrement, la congestion et les débordements.

² L'exemple du *Clostridium Difficile* : c'est une bactérie qui se contracte à l'hôpital pour ne pas contaminer les autres patients, ceux-ci devront être isolés.

Montréal, à explorer quelques pistes pratiques de résolution des problèmes de l'engorgement en complément et en renforcement de celles déjà entreprises.

Au Québec, l'engorgement des urgences dure depuis plus de trente ans et il a pris une ampleur sociale, économique et politique importante. Les professionnels affirment que l'urgence est le point névralgique du système de santé, car elle est devenue la porte d'entrée principale de l'hôpital et du système de soins (Breton et Camirand, 1991). Pour y remédier, le MSSS vise, par des réformes, l'efficience et l'efficacité des urgences et de leurs réseaux.

Plusieurs causes peuvent expliquer la situation d'engorgement des urgences : une demande supérieure à la possibilité d'accueil, la prise en charge d'un grand nombre de personnes âgées et de malades mentaux, un nombre insuffisant de lits, de longs délais dans les prises de décisions relatives à la nature des examens à effectuer et la réception de leurs résultats. Toutes ces raisons ont un impact sur la gestion de l'urgence, et ce, peu importe l'achalandage, car tout patient qui s'y rend doit être accueilli, pris en charge, orienté et soigné. Toutefois, l'urgence est le reflet du réseau de soins. D'autres causes sont attribuables à l'engorgement. Elles se situent en amont ou en aval de l'urgence.

Les urgences se situent dans un vaste environnement régi par plusieurs contraintes et règles de fonctionnement imposées par les décideurs politiques qui gèrent le système, en plus de devoir s'adapter aux multiples exigences des patients et des professionnels de la santé. Pour évaluer la performance, plusieurs indicateurs ont été définis et des instituts de surveillance de la qualité ont été mis en place (OCDE, 2004). Au Québec, les outils utilisés sont : le guide de gestion de l'unité d'urgence, les indicateurs de performance imposés par le MSSS et un ensemble de normes du Conseil Canadien d'Agrément des Services de Santé (CCASS). Tous ont pour but d'améliorer constamment le fonctionnement du système et conséquemment la qualité des services.

La gestion de l'efficience est une nouvelle préoccupation pour les organismes de santé confrontés à des coûts d'exploitation croissants, lesquels s'expliquent par l'augmentation de l'espérance de vie, le manque de main-d'œuvre qualifiée, la hausse de la demande et le coût

des médicaments (OMS, 2000). Introduit par la troisième génération de réformes, le contrôle de la demande et des coûts financiers se démarque des deux réformes précédentes essentiellement centrées sur l'offre (OMS, 2000). En plus de maîtriser les processus de prise en charge des patients, les professionnels de la santé doivent suivre l'évolution des dépenses. Ce nouveau rôle peut mener à des restrictions sur la qualité des soins prodigués. Toutefois, il faut voir au-delà des contraintes financières quand la prestation de service est en jeu. Les professionnels offrent un service propre à atténuer les souffrances des patients. Offrir des soins de qualité relève du rôle social des hôpitaux ainsi que du bon fonctionnement interne de ces institutions. L'équilibre entre des soins de qualité et des coûts raisonnables s'avère difficile à atteindre (Evans, 2002 ; Hurst, 2002). La quête d'efficacité jumelée aux contraintes budgétaires doit servir de base à une redéfinition de l'organisation des services. Les managers sont tenus, à cause des coûts de non-qualité³, de faire un arbitrage entre un niveau acceptable de la gamme des services à offrir et le coût de leur obtention (Chavret-Protat, Jarlier et Préaubert, 1998).

Les multiples défis imposés par la dernière génération de réforme mettent en avant la qualité comme une philosophie et une tentative de réponse qui soutient ces nouvelles exigences en modifiant les méthodes de gestion pour améliorer l'ensemble du système. C'est avec cette vision que ce mémoire se propose de jeter un regard neuf sur cette question par l'application de la qualité totale et l'utilisation des outils de l'amélioration continue au sein des urgences au Québec. En complément de tentatives déjà amorcées dans le secteur, mais néanmoins limitées, notre contribution réside dans la généralisation de l'utilisation de ces instruments d'amélioration aux processus opérationnels de l'urgence considérée comme un système intégré, organiquement lié aux autres services du réseau de soins. Nous sommes confiant que la mise en oeuvre de la démarche permet d'optimiser le système par l'élimination et la prévention des goulots, sources de dysfonctionnements, et entraîne la qualité de services de l'urgence tout en abaissant les coûts de non-qualité.

³ Les coûts de non-qualité sont représentés par une absence de qualité et à des coûts de dysfonctions internes ou externes.

Nous nous inspirons du modèle du PDCA (Plan, Do, Check, Act⁴) (Deming, 1991) d'amélioration continue à l'étape de la planification. Le cycle de changement proposé par ce modèle est couramment utilisé pour ce type de projet. Nous effectuons un diagnostic du système en place et procédons à l'identification des goulots, la finalité de la démarche étant de proposer des solutions personnalisées pour certaines causes d'engorgement.

Le premier chapitre présente le contexte général du système de la santé au Canada et au Québec et décrit l'environnement systémique de l'urgence et de son réseau. Le chapitre deux définit le problème de l'engorgement des urgences et traite de la spécificité de la situation québécoise. Le chapitre trois est consacré à la qualité dans le secteur de la santé, à l'explication détaillée de l'amélioration continue et de sa méthodologie ainsi que de certains concepts de la résistance aux changements. Le chapitre quatre montre la méthodologie de l'étude de cas que nous avons effectuée dans le cadre de ce mémoire. Le chapitre cinq présente donc en détail le cas d'une unité d'urgence et de son environnement à l'intérieur d'un hôpital. Il inclut la présentation du contexte de l'urgence, de ses processus, de l'analyse des indicateurs, de l'identification des problèmes et des solutions. Le chapitre six conclut cette recherche.

⁴ La version française du PDCA, planifier, mettre en œuvre, évaluer et pérenniser. Voir figure 3.1 p.54.

CHAPITRE I

CONTEXTE DU SYSTÈME DE SANTÉ AU CANADA

L'urgence est considérée comme un endroit privilégié pour aborder les problèmes que rencontre le système de la santé⁵. Se trouvant au centre de plusieurs organisations gouvernementales complexes, l'urgence est un système qui permet de filtrer les patients en les prenant en charge et les orientant à l'intérieur du réseau de la santé. Mais, lorsque l'urgence est engorgée, elle affecte tout le réseau. Aussi les professionnels se trouvent surchargés et les patients se montrent insatisfaits. Les causes qui justifient cette situation sont multiples et chaque hôpital a des problèmes d'engorgement qui répondent à son environnement (ces affirmations sont étudiées en profondeur au chapitre trois). Ainsi, l'urgence a un rôle crucial sur le plan social et économique dans l'organisation du système de la santé et le problème d'engorgement reflète le manque de coordination entre les organismes en amont et en aval.

Dans le but de mieux situer l'unité d'urgence à l'intérieur de ce système, ce chapitre a pour objectif de présenter le système de la santé du Canada et du Québec, ses enjeux et son environnement. Notamment, ce chapitre traite de sa structure, de son financement et de ses principales orientations. De plus, il présente le contexte particulier du Québec avec un survol de l'architecture des paliers institutionnels des dernières réformes ainsi que l'environnement des hôpitaux et urgences.

⁵ Le système de la santé comprend l'ensemble des organismes et différents paliers gouvernementaux qui forment la structure de l'organisation des soins de la santé. Tandis que le réseau de la santé est composé d'organismes qui travaillent conjointement à l'intérieur d'un système interdépendant, soit en amont ou en aval, afin de desservir des soins à une population.

1.1 Le système de santé au Canada

Au Canada en 2004, le système de la santé est une industrie de près de 130 milliards de dollars⁶, tandis qu'elle ne représentait que 98 milliards en 2000 (Statcan, 2006). Sa part du PIB est passée de 9,1 % en 2000 à 10,4 % en 2006. Le Canada est le seul pays à système Beveridge⁷ qui dépense plus de 10 % de son PIB pour la santé, tout en préservant des problèmes continus à l'égard de la longueur des listes d'attente ainsi que des difficultés d'accès à des soins post-hospitaliers (Brunelle, 2006). La croissance des coûts observée depuis les années 1990 est influencée par l'augmentation du coût des médicaments et de la demande de soins venant des personnes âgées, les patients atteints de maladies chroniques⁸ et mentales. Chaque Canadien utilise en moyenne, près de 4078 \$ en soins par année (Institut canadien d'information sur la santé, 2005).

Pour faire face à cette spirale, les professionnels de la santé doivent augmenter la capacité d'accueil tout en améliorant la qualité des soins (OCDE, 2004). Toutefois, une dichotomie subsiste entre une demande croissante et un financement public limité quelque peu aidé par la privatisation. À ce jour, le ratio du financement public représente près de 70 % de la facture totale, tandis que l'autre partie est assumée par des entreprises privées (Institut canadien d'information sur la santé, 2005). La plus grande partie du financement privé va directement aux assurés pour tout soin couvert par leur police d'assurance. Depuis les 30 dernières années, ce financement tend à prendre une place de plus en plus importante et allège la contribution du système public.

⁶ Ce montant comprend les hôpitaux, les autres établissements, les médecins, les autres professionnels, les médicaments pour les prescriptions en vente libre et les autres dépenses.

⁷ L'approche Beveridge est un régime caractérisé par la gratuité du système, ainsi que par sa rigidité. Financé par les taxes et impôts, il se particularise par l'omniprésence syndicale, de nombreuses restrictions à la pratique médicale et à une méfiance face au système privée. Par ailleurs, les pays suivant se trouvent dans cette catégorie; l'Australie, le Danemark, le Royaume-Uni et la Suède.

⁸ Une maladie chronique est une maladie qui se développe lentement, qui dure longtemps, exemple : l'asthme et les maladies chroniques pulmonaires, les maladies cardio-vasculaires et cérébrales, l'anévrisme, l'angine de poitrine, l'artériosclérose, le cholestérol, le diabète, l'embolie, l'hypertension (artérielle), l'infarctus, l'obésité, le thrombus, etc.

Concernant le secteur hospitalier, le gouvernement canadien a versé en 2004 près de 39 milliards de dollars, soit 30 % des dépenses totales en santé. Les hôpitaux sont de plus en plus dépendants du financement public qui est passé, de 1994 à 2004, de 86% à 92% du budget hospitalier (Institut canadien d'information sur la santé, 2005). Le reste du budget est financé par le privé. Selon l'OCDE, le manque de fonds observé dans tous les pays membres occasionne deux sources majeures d'insatisfaction pour les patients, soit : l'augmentation des listes d'attente et la diminution de l'accès à des soins de longues durées (OCDE, 2004). En ayant des sources de financement limitées, la quête d'efficacité devient un enjeu prédominant au Canada et les professionnels doivent y contribuer par la maîtrise des coûts liés aux dépenses publiques et en procédant au montage de systèmes de financement viable et équitable.

Les systèmes actuels de soins ne sont pas organisés pour optimiser la qualité. Souvent, un manque de coordination entre les soins se traduit par l'ajout d'étapes supplémentaires relatives aux soins prodigués (OCDE, 2004). Cette situation ralentit le traitement des patients, diminue leur sécurité ainsi que celle des professionnels et peut mener à l'augmentation de problèmes sanitaires, par exemple des infections nosocomiales, en plus d'avoir des répercussions négatives sur la réputation de l'établissement.

Depuis l'explosion des nouvelles technologies de communications et d'informations, la population est mieux informée et exige toujours plus de transparence face au système de soins. Ainsi, ces nouvelles données ont favorisé la qualité des soins et une meilleure organisation des services. Également, l'évolution des valeurs sociales canadiennes remet en cause certains fondements mêmes du système de santé. Face aux longues listes d'attente et devant les nouvelles possibilités de partenariat entre le secteur privé et public (PPP), les citoyens discutent de plus en plus des questions relatives à la gratuité et des soins à leur accessibilité.

La structure du système de santé au Canada est composée de deux paliers. La politique fédérale canadienne en matière de santé impose des normes nationales qui encadrent les prérogatives des provinces dans l'administration de leur système de santé. L'organisation

diffère d'une province à l'autre et offre différentes gammes de services gratuits à leurs citoyens. La prochaine section présente le contexte particulier du Québec.

1.2 Le système de santé et services sociaux au Québec et les principales réformes

Pour bien situer la structure sociale et politico-économique de l'unité d'urgence, les prochains paragraphes présentent les chiffres du système de santé au Québec, l'architecture du réseau de la santé et des services sociaux, l'historique des paliers institutionnels au Québec des principales réformes et la situation des urgences.

À ce jour, les dépenses au MSSS représentent 44% du budget gouvernemental (MSSS, 2006) doublant le niveau de financement en passant de 11,3 milliards (en 1990) à 20,9 milliards en 2005-2006 (MSSS, 2006). En comparaison avec les autres provinces, les dépenses en santé et services sociaux sont sensiblement les mêmes que la moyenne canadienne. La moyenne des dépenses nationales totales de santé en proportion du PIB au Canada est de 10,4 % et le Québec se tient à 10,5 % (MSSS, 2006).

Le système de la santé et de services sociaux du Québec est organisé en fonction de trois caractéristiques historiques qui font de lui un modèle unique (MSSS, 2006). Première caractéristique, depuis 1971 les services sont intégrés et gérés par une même administration. La seconde caractéristique concerne son contrôle public. Le gouvernement finance le système, définit la gamme de services offerts et fixe les conditions d'accessibilité. En fait, ce système a démarré en 1961 avec l'instauration de l'assurance hospitalisation qui permettait l'accès universel à des services hospitaliers gratuits. L'année 1971 est marquée par la mise sur pied du programme d'assurance maladie qui ouvrait le champ des soins médicaux gratuits à la population. En 1997, en partenariat avec des assureurs privés, le gouvernement a mis de l'avant un programme universel d'assurance médicaments. La troisième caractéristique, unique au système québécois, structure le réseau en trois paliers institutionnels : le central, le régional et le local.

Le MSSS est le palier central. Il a pour rôle d'offrir des services de santé et des services sociaux accessibles et de qualité. Principalement, il oriente le système et alloue les ressources financières aux agences. Le deuxième palier est représenté par 18 agences de développement régional et local de service de santé et des services sociaux (ADRLSSSS) dont le rôle est de planifier les ressources (humaines et financières) de la région et mettre en place une organisation basée sur le concept de réseaux locaux (ADRLSSSS, 2006). Le dernier palier est le réseau local qui coiffe 95 centres de santé et des services sociaux (CSSS). Depuis juin 2004, ces réseaux locaux se partagent collectivement la responsabilité de la santé de la population sur leur territoire local.

Depuis 30 ans, la structure ainsi que les réformes ont subi plusieurs modifications. Au début des années 1980, le Ministère créa cinq régions sociosanitaires appelées Régies Régionales (Breton et Camirand, 1991). Elles avaient la responsabilité des établissements de santé qui se trouvent dans leur région, les urgences étant sous la responsabilité de l'hôpital. Entre les années 80 et 95, la commission Rochon influence les orientations des réformes qui ont suivi l'organisation du système de la santé et des services sociaux (Rochon, 1987).

En 1990, le gouvernement exécute des réformes centrées sur les besoins du citoyen afin de répondre à une population vieillissante, freiner la croissance des coûts du système et assurer une plus grande efficacité des ressources. Ces réformes avaient pour but de corriger les lacunes observées concernant les services offerts à la population. Ainsi, le gouvernement doit veiller à l'efficacité du système afin de développer adéquatement le réseau de soins tout en assurant son bon fonctionnement et en maximisant son rendement financier (Gariépy, Laterrière et Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux, 1992).

En 1995, le gouvernement procède au virage ambulatoire et les cinq Régies Régionales sont divisées en 18 régions sociosanitaires. Cette décentralisation a restructuré et organisé les soins par région afin d'adapter les services en fonction des besoins de la population.

En 1998-2002, le MSSS a mis sur pied la réforme « Défi à l'accès de soin ». Pilotée par les régies régionales, cette réforme vise à consolider de l'offre de service des organisations

locales, l'amélioration de la qualité des soins et le réajustement du virage ambulatoire (ADRLSSSS, 2004).

En 2003-2006, la réforme de la « Santé en action » est caractérisée par l'approche « populationnelle » et la hiérarchisation des services. Sous cette réforme, les Régions Régionales⁹ sont devenues des ADRLSSSS en 2004 et à l'intérieur de ces agences se retrouvent les CSSS (ADRLSSSS, 2004). À ce jour, la responsabilité des urgences appartient aux centres hospitaliers (CH), du CSSS, de l'ADRLSSSS et du MSSS et elles ont pour mission de satisfaire les besoins de la population pour des soins de première ligne¹⁰ en santé physique et de deuxième ligne pour la santé mentale. L'objectif est de rapprocher les services de la population en les rendant plus accessibles, mieux coordonnés et continus (MSSS, 2006). Pour ce faire, les CSSS doivent intégrer les ressources locales et offrir une complémentarité dans les services afin de faciliter le cheminement du patient entre les services de première, deuxième et troisième ligne (ADRLSSSS, 2004). Cette combinaison oriente adéquatement le patient à l'endroit où il reçoit les soins. Le mandat du CSSS consiste à promouvoir la santé et le bien-être des patients. Il doit s'organiser afin d'accueillir, d'évaluer et diriger les patients vers les services requis ainsi que prendre en charge, accompagner et soutenir les personnes vulnérables¹¹ (MSSS, 2006). L'objectif est l'organisation et la création d'ententes entre les partenaires locaux, composés des centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), des centres hospitaliers universitaires (CHU), des cliniques médicales privées, des groupes de médecins de famille (GMF), des centres de réadaptation,

⁹ À la fin 2003, le gouvernement a adopté la Loi des agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Cette loi confiait aux agences la responsabilité de mettre en place un nouveau mode d'organisation des services dans chaque région basé sur des réseaux locaux de services (MSSS, 2006), source : <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/>

¹⁰ Le collège des médecins du Québec définit les services médicaux de première ligne comme un service de santé courant, qui peut s'appuyer sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques permettant de résoudre la majorité des préoccupations et des problèmes communs de la population en regard de la santé. Les services médicaux de deuxième ligne s'appuient sur une technologie diagnostique et thérapeutique plus lourde, mais répandue et qui permet de résoudre des problèmes de santé plus complexes. Dans les urgences, les services de deuxième ligne sont ponctuels. Les services médicaux de troisièmes lignes sont ultras spécialisés et s'appuient sur des technologies diagnostiques et thérapeutiques lourdes et peu répandues.

¹¹ Les personnes âgées, les malades chroniques et les patients en santé mentale représentent le type de patient qui consomme le plus de ressources et sont sources d'encombrement significative.

des pharmacies et organismes communautaires, des partenaires de l'éducation du milieu municipal, des ressources non institutionnelles et finalement, des centres de protection de l'enfance et de la jeunesse. Étant soumis à une mission unique, chaque CSSS doit connaître la clientèle du réseau (état de santé et profil sociosanitaire), gérer l'utilisation des services offerts, assurer une continuité de service dans le réseau et rendre les services efficaces et efficients (ADRLSSSS, 2004). Cette structure de gestion, qui a représenté un travail de deux décennies, permet aux établissements locaux de développer des alliances avec d'autres partenaires, facilitant ainsi le processus de soins aux patients.

C'est ainsi que le réseau de la santé québécois orchestre ses ressources afin de servir et prendre en charge l'utilisateur à l'intérieur de sa région géographique. L'interdépendance des organisations du réseau vise à faciliter la prise en charge et l'orientation des patients, tout en réduisant l'engorgement. Ce problème a toujours des répercussions négatives sur l'ensemble du fonctionnement du réseau, et ce, malgré l'implantation des CSSS. En soulevant la complexité structurelle du système de la santé et l'importance de la recherche d'efficacité qui devient une priorité due au manque de financement des hôpitaux, le prochain chapitre étudie plus spécifiquement le concept d'engorgement.

CHAPITRE II

L'ENGORGEMENT DES URGENCES

Ce chapitre met en lumière le concept de l'engorgement. La section 2.1 décrit ce concept, les principaux facteurs et effets de l'engorgement ainsi que les solutions préconisées par plusieurs auteurs canadiens. La section 2.2 montre l'évolution historique de la problématique au Québec ainsi que les principales études et réflexions québécoises sur le sujet. Finalement, la section 2.3 expose la situation des urgences à Montréal ainsi que les moyens d'action entrepris afin d'améliorer le réseau de soins.

2.1 Le concept d'engorgement

L'engorgement soulève un problème chronique et systémique qui affecte la santé publique dans les hôpitaux (Drummond, 2002). Il est principalement relié aux hôpitaux des centres urbains (Affleck, 2003 ; Drummond, 2002 ; Hagland, 1991 ; Schull, Slaughter et Redelmeier, 2002). Tel que spécifié par l'échelle canadienne de triage et de gravité¹² (ETG) les services d'urgence canadiens doivent offrir un accès à une évaluation et à un traitement adéquats dans les délais raisonnables. Pour y arriver, les urgences doivent avoir le bon matériel et le personnel qualifié. Toutefois, depuis plus de deux décennies, l'augmentation de la demande des soins à l'urgence s'accroît de 10% par année (Ruttan et Fekete, 2006), haussant les délais des soins et baissant la qualité du service (Affleck, 2003).

Dans les années 1980, peu de mesures furent prises afin d'endiguer ce phénomène, jusqu'au jour où la médecine de corridor¹³ est devenue une pratique courante. L'engorgement était considéré comme un problème lié à l'urgence et non au fonctionnement général de l'hôpital.

¹² L'Échelle de Triage et de Gravité est une échelle qui mesure la priorité des soins. En évaluant le patient au triage, l'infirmière au triage procède à un questionnaire qui permettra de cibler la raison de la visite. Cette échelle (informatisée) établit les priorités entre les patients et suggère une cote.

¹³ La médecine de corridor consiste à hospitaliser le patient sur une civière dans les corridors de l'hôpital ou de l'urgence, sans pouvoir lui offrir un lit.

Les années 1990 font place à une meilleure structure des soins et à une régionalisation des services. Pour diminuer le problème et satisfaire la demande, le principe du débordement permet aux urgences, qui atteignent un niveau élevé de patients, d'offrir des civières¹⁴ supplémentaires et de faire travailler plus de personnel. Toutefois, cette mesure n'a pas suffi à enrayer l'engorgement (Drummond, 2002 ; Schull, Slaughter et Redelmeier, 2002).

L'engorgement est un concept qui n'est pas bien défini dans la littérature médicale jusqu'au début des années 2000. Il est mal compris des gouvernements, des autorités régionales et des administrateurs (Drummond, 2002). Globalement, une urgence est engorgée lorsque le nombre de patients qui demandent des soins, excède la capacité de l'offre (Affleck, 2003 ; Drummond, 2002). L'engorgement ne doit pas être seulement défini en fonction du nombre de patients qui utilisent l'urgence, mais plutôt en fonction de la capacité de leur fournir les soins (Affleck, 2003). Au Canada, les urgences fonctionnent majoritairement au-dessus de leur capacité d'occupation des civières¹⁵ avec une moyenne nationale de 95% (Drummond, 2002), tandis qu'aux États-Unis, un groupe de consultants qui a mené une étude sur le sujet révèle que ce taux atteint environ 62% (Karpriel, 2004). Au Québec, ce taux devrait atteindre un niveau idéal de 80% (Afilalo, Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux et Association des hôpitaux du Québec, 2000).

Suite au manque d'une définition claire, en Ontario, une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé avait pour mandat de clarifier la liste précise des déterminants de l'engorgement. Elle a défini le problème d'engorgement des urgences en considérant l'opinion des patients et des professionnels de la santé (Schull, Slaughter et Redelmeier, 2002). Ainsi, une urgence est engorgée lorsque la demande de service excède la capacité de

¹⁴ À l'urgence, il y a une distinction à faire entre une civière et un lit. La civière se situe à l'urgence et le patient qui s'y trouve est dans une période d'attente pour se faire orienter. Le lit se situe sur un étage et le patient qui s'y trouve se fait hospitaliser. Aucun patient ne devrait se faire hospitaliser sur une civière.

¹⁵ La capacité d'utilisation des civières représente l'utilisation réelle divisée par le nombre de civières au permis.

fournir des soins à l'intérieur d'un délai raisonnable et quand les médecins et infirmières¹⁶ ne peuvent offrir un service de qualité.

Cette définition présente le concept dans son sens large. Toutefois, des facteurs précis provoquent l'engorgement qui affecte le fonctionnement de l'urgence. Les causes et effets de l'engorgement sont présentés dans les prochains paragraphes.

2.1.1 Les causes d'engorgement

Plusieurs facteurs sont propices à l'engorgement. Les plus influents sont : le manque de lits pour les patients admis, l'augmentation de l'achalandage, la complexité des maladies et l'insuffisance de ressources (humaines, financières et matérielles).

2.1.1.1 L'engorgement par le manque de lit

Le manque de lit pour les patients admis¹⁷ représente la cause la plus rapportée par les auteurs (Affleck, 2003 ; Clark, 2005 ; Cobb, 2006 ; Drummond, 2002 ; Geer et Smith, 2004 ; Haugh, 2003 ; Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux. Groupe tactique d'intervention et Association des médecins d'urgence du Québec, 1998 ; Schull, Slaughter et Redelmeier, 2002). Le cas se présente lorsque le patient, sur décision du médecin, doit être hospitalisé et attend à l'urgence jusqu'au moment où un lit se libère. Cette situation contribue directement à une mauvaise utilisation des ressources, à l'augmentation des délais d'attente et diminue la performance des urgences.

¹⁶ Le terme infirmière désigne l'emploi du masculin et du féminin.

¹⁷ Un patient est admis lorsqu'il est couché sur une civière à l'urgence et doit se faire hospitaliser. Le patient a eu un diagnostic et le médecin de l'urgence procède à une ordonnance d'admission. Ce patient sera transféré lorsqu'un lit sera disponible à l'endroit où il recevra ses soins.

Au Québec, la norme concernant la prise de décision¹⁸ pour le patient hospitalisé doit se prendre à l'intérieur de 8 heures après son arrivée à l'urgence, le délai entre la prise de décision et la demande d'admission¹⁹ est de une heure et le délai entre l'assignation du lit et le départ pour l'unité de soins est de une heure (Afilalo, Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux et Association des hôpitaux du Québec, 2000). En Ontario, la prise de décision doit se prendre à l'intérieur de six heures et le patient doit avoir un lit dans les deux heures suivant la décision (Affleck, 2003). Lorsque les délais sont supérieurs à cette norme, l'urgence peut être classée « engorgée » (Drummond, 2002).

L'indisponibilité des lits est principalement causée par des coupures budgétaires. Dans le but de réduire les dépenses en santé, le gouvernement procède à la fermeture de plusieurs lits ce qui affecte la capacité d'hospitalisation (Drummond, 2002 ; Ruttan et Fekete, 2006). En moyenne au Canada, près de 10% des lits de courte durée²⁰ sont occupés par des patients qui nécessitent des soins de longue durée (Ruttan et Fekete, 2006). Certains hôpitaux en Ontario prétendent que ce nombre se situe entre 10 et 30% (Drummond, 2002). Cette situation s'explique par le manque de ressources et de soins alternatifs (Drummond, 2002 ; Geer et Smith, 2004). Ces patients, appelés « les bloqueurs de lits », affectent directement le roulement des lits de courte durée en diminuant l'accessibilité à l'hospitalisation. Ils sont en majorité des personnes âgées, des malades chroniques et des patients atteints de maladies mentales (Roberge *et al.*, 2001 ; Schull, Slaughter et Redelmeier, 2002 ; Tormen, 1991).

¹⁸ Trois processus sont à distinguer lors de la prise de décision. Premièrement, les médecins prennent la décision de l'orientation du patient. Lorsque le patient est hospitalisé, une ordonnance est acheminée au département d'assignation des lits, ce processus doit se faire dans l'heure qui suit la prise de décision. Par la suite, le départ du patient de l'unité d'urgence vers l'unité de soin doit se faire une heure après la réception de la demande du patient au département d'assignation. Pour que le processus du départ soit activé, la prise de décision doit se prendre rapidement afin que la disponibilité des lits soit analysée.

¹⁹ Suite à la prise de décision, le médecin fait une ordonnance en fonction de l'orientation du patient (selon ses besoins). Un commis à l'assignation des lits reçoit cette ordonnance et cette requête devient une demande d'admission. Par la suite, ce commis vérifie la disponibilité des lits de l'hôpital selon la nature des soins requis pour le patient et lui assigne un lit dès qu'il y a un lit qui se libère.

²⁰ Les soins de courte durée n'incluent ni la gériatrie, la prise en charge de la tuberculose et les patients dont le traitement nécessite des soins de longue durée. L'OCDE définit les lits de courte durée comme une durée moyenne inférieure à 18 jours. Ils comprennent les services d'urgence, de médecine générale et de chirurgie, de psychiatrie, d'obstétrique et de diagnostic. L'hôpital détient des lits de courte et de longue durée. Le patient est hospitalisé sur un lit qui correspond au type de soin nécessaire.

Ce constat est inacceptable pour le système de santé. Tout patient admis doit avoir accès rapidement à un lit et aucune raison liée à la mauvaise utilisation des lits ne doit être tolérée (Affleck, 2003). Dans le but de favoriser un meilleur contrôle et une utilisation plus efficace des lits, les hôpitaux doivent modifier les politiques et procédures d'admission ainsi que celles des congés²¹ pour s'assurer que les lits de courtes durées soient offerts sur une base prioritaire aux patients qui en ont le plus besoin (Schull, Slaughter et Redelmeier, 2002) et que les politiques des congés des hôpitaux n'entravent plus la disponibilité des lits (Clark, 2005 ; Geer et Smith, 2004).

2.1.1.2 La médecine non urgente et les maladies chroniques

Une étude américaine menée en 1997 démontre que les patients et les professionnels de la santé ont une vision différente de l'urgence. Sur 50 cas analysés, près de 48% prétendent que leur problème de santé est urgent et près de 34% pensent le contraire. L'opinion des médecins fut évaluée en deux temps : avant l'évaluation du patient et après le diagnostic. La première impression des médecins déterminait que 28% des patients avaient des besoins urgents et 46% des patients, des besoins non urgents et la deuxième évaluation révélait que 26% avaient des besoins urgents et que 59% étaient venus pour des besoins non urgents (McElwain, 1997). Ainsi, ces statistiques montrent qu'en fait un petit pourcentage des patients nécessitent de la médecine d'urgence, tandis que la majorité s'y présentent pour des raisons non urgentes et qu'ils sont des utilisateurs qui contribuent à l'augmentation de la demande de soins hospitaliers.

Au Canada, il s'avère que de 42 à 55% des patients ne nécessitent pas de médecine d'urgence (Drummond, 2002). Au Québec, cette situation peut s'expliquer aussi par le manque de médecin de famille qui affecte près du tiers de la population (Gagnon, 2007), laissant ainsi les urgences comme un des seuls endroits pour se faire soigner (ADRLSSSS, 2004 ; Perrault, 2005). Également, les heures d'ouverture des urgences conviennent à plusieurs patients qui

²¹ Un patient peut recevoir son congé médical à deux moments. De l'urgence après avoir reçu un diagnostic du médecin ou suite à l'hospitalisation. Dès que le médecin juge que le patient peut quitter l'hôpital pour retourner à domicile ou vers des soins alternatifs, le patient reçoit son congé.

travaillent durant la journée et préfèrent voir un médecin après la journée de travail (Cobb, 2006). Malgré l'augmentation de l'achalandage par une clientèle qui devrait se diriger vers d'autres ressources, ces patients ne contribuent pas directement à l'engorgement des urgences, car ils n'attendent pas de lits et n'utilisent pas de civières (Affleck, 2003).

L'engorgement est aussi causé par l'augmentation du nombre de patients atteints de maladie chronique. Une étude de Statistiques Canada présente les principaux utilisateurs sur le plan national. Majoritairement, l'achalandage vient pour 44 % des utilisateurs de blessures graves. Les autres usagers représentent une clientèle différente, 17 % d'entre eux ont estimé avoir une bonne santé ou une santé passable (incluant les patients atteints d'une maladie chronique). D'autre part, 18 % des personnes prétendent avoir fréquenté l'urgence pour des problèmes de santé mentale, dont 3,6 % avaient des problèmes d'humeur et 3,4 % des problèmes d'anxiété (Carrière, 2004).

2.1.1.3 Autres facteurs d'engorgement

Le manque de personnels infirmiers et d'urgentologues contribue aussi à l'engorgement (Drummond, 2002 ; Geer et Smith, 2004 ; Upfold, 2002).

Pour valider le diagnostic des médecins, les résultats des tests doivent être disponibles rapidement. Mais toute faille dans le processus, soit en radiologie, dans les laboratoires, en pharmacie ou tout autre service auxiliaire peut être la cause de longs retards dans la prise de décision. (Clark, 2005 ; Drummond, 2002 ; Karpel, 2004).

De plus, l'attente peut être causée par la disponibilité limitée de certaines spécialités médicales et de consultants, car certains CH ne disposent pas de toutes les spécialités (Drummond, 2002). Un avis médical nécessaire au début du processus pour prendre une décision adéquate pour le patient, peut-être retardé par l'absence d'un spécialiste.

Finalement, des problèmes liés aux processus de transfert inter hospitalier diminuent la performance des urgences. En évoquant des raisons administratives ou d'appartenance²² à un centre hospitalier, le patient attendra à l'urgence jusqu'au moment où un lit se libère au centre où il sera transféré (Drummond, 2002).

Tels sont les facteurs qui favorisent l'engorgement. Selon la situation qui prévaut dans chaque CH, ces facteurs sont d'une importance qui varie d'un endroit à l'autre.

2.1.2 Les effets de l'engorgement

L'engorgement cause des effets négatifs aux patients ainsi qu'aux professionnels de la santé. Il peut affecter la sécurité publique par des erreurs médicales, par de faibles performances quant à la qualité de services et par l'augmentation du risque d'infections nosocomiales (Drummond, 2002). En période d'engorgement, le personnel médical est dans l'impossibilité de répondre à tous les patients, prolongeant ainsi leur souffrance et douleur. En plus de diminuer l'intimité, les longs délais causés par un fort achalandage augmentent l'insatisfaction et la frustration des patients à l'égard des hôpitaux et des systèmes de santé (Sinreich et Marmor, 2005).

L'une des conséquences négatives de l'augmentation du temps de prise en charge est le non-respect des délais imposés par l'ETG. Dès son arrivée à l'urgence, le patient reçoit de l'infirmière du triage une cote qui varie en fonction de la gravité des soins nécessaires. Lorsque l'urgence est engorgée, les délais ne sont pas toujours respectés et le patient ne reçoit pas les soins qu'il nécessite à l'intérieur du délai imposé par l'ETG. Par conséquent, l'infirmière doit le « re-trier » afin d'en réévaluer l'état de santé. Ce doublement de tâches occasionne des pertes de temps et de ressources (Affleck, 2003 ; Upfold, 2002).

Le manque de lit représente aussi une perte de temps et d'énergie considérable, car le malade qui est admis et qui attend qu'un lit se libère doit nécessairement demeurer à l'urgence.

²² Selon la localisation géographique du patient ou des antécédents médicales, ce dernier appartient à un centre hospitalier.

Pendant ce temps, le patient utilise une civière, bloquant ainsi l'accès pour un autre malade, commence son traitement à l'urgence et ne bénéficie pas du soutien offert par l'environnement propice d'un lit dans l'unité de soin où il est hospitalisé (Clark, 2005). En restant à l'urgence, il consomme un nombre disproportionné de ressources. En moyenne, il requiert 2,5 fois plus de service des médecins et des infirmières que les autres patients de l'urgence (Drummond, 2002). Ainsi, le personnel de l'urgence s'occupe autant des patients admis que des patients de l'urgence (Affleck, 2003). Cette pratique a pour conséquence d'augmenter les coûts d'opération et explique une partie de la surcharge imposée aux personnels de l'urgence (Forrester, 2003).

L'engorgement peut même mener à la fermeture des urgences des hôpitaux lorsqu'elles n'ont plus la capacité de répondre à la demande (Hagland, 1991 ; Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux. Groupe tactique d'intervention et Association des médecins d'urgence du Québec, 1998 ; Schull, Slaughter et Redelmeier, 2002) et les ambulances sont redirigées vers d'autres CH (Affleck, 2003 ; Drummond, 2002 ; Hagland, 1991 ; Ruttan et Fekete, 2006 ; Schull, Slaughter et Redelmeier, 2002 ; Upfold, 2002). Cette situation anormale peut causer des dommages irréparables au patient qui souffre de problèmes cardiaques (Schull *et al.*, 2003).

Les facteurs d'engorgement ont donc des effets négatifs non seulement sur la productivité et les employés, mais également les usagers, et cela va à l'encontre de la volonté des gouvernements. L'engorgement contribue à la création d'un environnement de travail stressant et continuellement mis sous pression. Pour y remédier, plusieurs auteurs suggèrent des solutions qui sont présentées à la prochaine section.

2.1.3 Solutions à l'engorgement

Pour enrayer les problèmes d'engorgement, l'Agence de Montréal a mentionné que pour augmenter la performance, tous les professionnels doivent travailler dans la même direction en diminuant les cloisonnements très présents dans les organismes publics (ADRLSSSS, 2004). L'agence croit que la cohésion des objectifs entre les organismes de santé est un

premier pas vers l'amélioration du système. Les auteurs étudiés ont proposé des pistes pour améliorer l'organisation de l'unité d'urgence. Le contrôle de la capacité d'accueil, l'ajout de lits d'hospitalisations, l'amélioration des processus, l'utilisation d'un modèle de gestion, l'ajout de travailleurs qualifiés et un meilleur leadership de la direction sont préconisés par les auteurs. Voici leurs propositions de solutions.

Avant de débiter tout projet de construction, d'agrandissement ou de réorganisation, les hôpitaux doivent déterminer les causes d'engorgement et évaluer la capacité de l'urgence en fonction du nombre de civières et de lits. L'unité d'urgence qui n'aura pas su évaluer sa capacité produira automatiquement des inefficiences (McLendon, 2001). Par ailleurs, l'analyse des processus est plus qu'une recommandation, c'est un impératif (Mahaffey, 2004). Résoudre les problèmes des urgences passe par l'élimination des inefficiences observées dans les rapports avec les patients (Karpel, 2004) et par l'utilisation d'outils de la qualité qui favorisent une meilleure organisation des systèmes (Ruttan et Fekete, 2006).

Une autre solution au problème de l'engorgement est d'ajouter des lits afin d'augmenter la capacité de traitement (Drummond, 2002 ; Ruttan et Fekete, 2006). En réduisant aussi le nombre de patients qui nécessitent des soins de longue durée, mais qui utilisent des lits de courte durée, les hôpitaux vont augmenter leur capacité d'hospitalisation pour des soins de courte durée (Affleck, 2003 ; Drummond, 2002). La gestion des lits doit être optimisée par une bonne direction du patient (Affleck, 2003 ; Geer et Smith, 2004) et plusieurs auteurs suggèrent la présence d'un coordonnateur médical qui s'occupe de faire une gestion serrée²³ des lits (Afilalo, Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux et Association des hôpitaux du Québec, 2000 ; Drummond, 2002 ; Schull, Slaughter et Redelmeier, 2002).

Par ailleurs, il y a une prise de conscience dans les systèmes d'informations à faciliter la gestion des lits en temps réel (Haugh, 2003). Les technologies augmentent la rapidité du traitement des données des dossiers des patients et conséquemment de l'obtention des

²³ Une « gestion serrée » des lits, signifie que dès qu'un lit se libère sur un étage, un patient en attente en prendra possession. Ce dernier s'occupe du lien continu entre les civières et les lits.

résultats d'examens médicaux (Drummond, 2002). En les utilisant adéquatement, les organisations diminuent le temps d'attente et augmentent l'efficacité des processus. De plus, l'utilisation d'un modèle de simulation peut aider à la prise de décision, à l'amélioration du management, au contrôle des processus, à l'analyse de la capacité et à la gestion du personnel (McLendon, 2001). Ces outils augmentent la prévisibilité de la demande et l'analyse de la clientèle peut révéler l'existence de cycles laissant prévoir les périodes d'engorgement (Haugh, 2003).

Finalement, tous les changements recherchés ne peuvent être concrétisés sans l'engagement total des employés. Dans le but de faciliter l'adoption de nouvelles façons de faire, le leadership et la confiance des dirigeants envers les employés sont essentiels à chaque initiative d'amélioration des processus (Forrester, 2003 ; Mahaffey, 2004 ; Zimmerman *et al.*, 2006). Les mentalités basées sur l'idéologie du modèle hiérarchique et autoritaire doivent laisser place au modèle basé sur la coopération, car l'attrait d'un environnement plus participatif augmente l'adhésion d'infirmières et de médecins qualifiés (Drummond, 2002 ; Ruttan et Fekete, 2006). Toutefois, en considérant la multitude des professions, des travailleurs et des syndicats qui travaillent conjointement à la constitution d'un service de qualité, il est difficile de trouver un consensus qui rejoigne l'idéologie de toutes ces catégories d'employés.

Même si elles n'éliminent pas entièrement le problème de l'engorgement, les solutions citées contribuent, selon leurs auteurs, à un meilleur fonctionnement de l'urgence. Elles laissent aussi apparaître que les problèmes d'engorgement puissent se situer autant à l'intérieur de l'urgence, qu'en amont ou en aval. Ainsi, l'urgence est au centre des problèmes d'engorgement, mais n'en est pas toujours la cause. D'où l'idée de l'ADRLSSS de la mise en commun des objectifs du réseau de la santé pour régler le phénomène d'engorgement. En joignant les efforts des services en amont et en aval, le flux des patients qui fréquentent l'urgence peut ainsi être optimisé. De plus, chaque urgence évolue dans un contexte différent et les solutions ne peuvent pas toujours s'appliquer, à l'exception de l'analyse des processus, de la capacité ainsi que de l'utilisation des outils de qualité. Mahaffey (2004), Karpel (2004),

Ruttan et Fekete (2006) mentionnent que ces solutions peuvent s'insérer dans tout projet d'amélioration de la qualité de service et diminuent les causes d'engorgement.

2.2 Évolution de la problématique de l'engorgement au Québec

Cette section situe chronologiquement la problématique des urgences au Québec où l'engorgement n'est pas un problème récent et isolé. Ce survol historique retrace les principales étapes de l'organisation des services de l'urgence afin de saisir l'enjeu de la problématique liée au contexte québécois.

2.2.1 Début de la problématique, les années 1970-1990

Cette problématique fut observée dans les années 1970 et depuis, elle a évolué en complexité (Tormen, 1991). À cette époque, le Ministère des Affaires Sociales du Québec dénote plusieurs problèmes concernant le fonctionnement de l'urgence. Département distinct de l'hôpital, elle était constamment engorgée. Le ministère présentait l'urgence comme étant un endroit inefficace, peu rationnel, non intégré à un réseau hiérarchisé et manquant de coordination et de communication avec les services de l'hôpital (Tormen, 1991). Depuis ces constats, les instances gouvernementales tentent de trouver des solutions pour améliorer le service de l'urgence.

Durant les années 1980, une meilleure organisation du réseau s'orchestre. La mise sur pied d'Urgence Santé marquait le début d'une coordination pré-hospitalière dans la région de Montréal avec la gestion des ambulances. Dans le but de réorganiser et réorienter le réseau de la santé, la commission Rochon fut formée et avait pour mandat d'évaluer le fonctionnement et le financement du système du service de santé et des services sociaux (Rochon, 1987). Suite au rapport de la commission, en 1985, Mme la Ministre Lavoie-Rioux annonce une série de mesures afin de régler le problème des urgences (ADRLSSSS, 2004) et plusieurs projets de loi sont mis de l'avant afin de modifier la structure de la santé et des services sociaux. C'est ainsi qu'en 1986 le ministère des affaires sociales rendait public le premier plan d'action afin d'améliorer le fonctionnement des urgences (Breton, Camirand et Québec

(Province). Ministère de la santé et des services sociaux. Direction générale de la planification et de l'évaluation, 1995).

Tormen (1991) mentionne que l'étude Spitzer²⁴ présente un portrait réaliste de la situation des urgences et permet d'avoir une compréhension élargie de la problématique. Cette étude montre que les urgences ne sont pas adaptées aux besoins de la population. Depuis l'instauration de l'assurance maladie, le nombre de lits a diminué, la demande a augmenté pour les personnes âgées, les malades chroniques, les patients en santé mentale et les personnes handicapées. Le principal problème est que cette demande n'est pas adaptée à la structure des services, qu'il subsiste des problèmes de financements, du fait du manque de complémentarité et d'alternative à l'hospitalisation. Quant au mode de fonctionnement de l'urgence, les causes de l'engorgement sont reliées aux personnes âgées et à celles qui ont des troubles mentaux et qui utilisent des civières, aux délais de réception des résultats de tests qui sont jugés inacceptables et aux processus de consultation qui sont trop lents. De plus, le manque de lits sur les étages a pour conséquence de refouler la demande sur les civières à l'urgence. Par conséquent, ce problème entraîne une augmentation de la durée moyenne de séjour (DMS). Dans le but de remédier aux problèmes de l'urgence, Spitzer suggère de réduire le recours à l'hospitalisation et favorise une meilleure structure concernant la coordination des services médicaux (Tormen, 1991).

Une étude menée par le Conseil de la Santé et des Services Sociaux de la Région Métropolitaine de Montréal (CSSSRMM) en 1988, a démontré quels sont les besoins réels de la population. L'analyse des plaintes faites par les patients cible les besoins pressants de la population en matière d'urgence. Les résultats ont montré que 54 % de ces plaintes venaient des personnes âgées de plus de 65 ans et qu'elles sont dues principalement au manque de continuité et d'accessibilité aux services (à 46 %) (Tormen, 1991). Ces constats ont eu pour effet, vers la fin des années 80, d'améliorer l'organisation des urgences en adaptant l'offre de

²⁴ Spitzer, Walter O. et al. Analyse statistique, opérationnelle et clinique du phénomène de l'engorgement des salles d'urgences des centres hospitaliers de courte durée de la région montréalaise (06A), mai 1985, p.114.

service aux besoins de la population (Breton, Camirand et Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux. Direction générale de la planification et de l'évaluation, 1995).

En 1987, le ministère a procédé à l'élaboration et à la mise en place d'un premier registre des patients sur civières à l'urgence (le formulaire papier AS-615) dans tous les CHSGS au Québec. Cet événement marque le début du monitoring des données des urgences qui constituait la seule source d'information sur la performance. C'est ainsi qu'en 1991, le MSSS présente une première étude sur la situation des salles d'urgence pour les années 1988 à 1991. Cependant, par manque de fiabilité de certaines données, cette étude n'a pas couvert l'ensemble des urgences (Breton et Camirand, 1991). Néanmoins, pour la première fois, elle a permis de prendre connaissance de l'évolution statistique des patients qui fréquentent les urgences québécoises. Ce rapport mentionne qu'à cette époque, la médecine de corridor était considérée comme étant une pratique normale, plusieurs urgences détournaient les ambulances et d'autres fermaient leurs portes quand elles étaient débordées. En 1990-1991, plus de 50 % des urgences étaient débordées et un patient sur dix était à l'urgence plus de 48 heures.

2.2.2 Les années 1990, le groupe d'interventions tactiques

En considérant des résultats aussi alarmants, l'ancien Ministre du MSSS, M. Marc Yvan Coté, a mandaté un comité d'expert au nom du Groupe tactique d'intervention (GTI) afin de remettre les salles d'urgence en voie de fonctionnement « normal » (Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux. Groupe tactique d'intervention et Association des médecins d'urgence du Québec, 1998). Cette nouvelle étude fut une étape importante pour la compréhension du système de la santé et des urgences. Le comité a constaté que la majorité des patients qui sont hospitalisés viennent de l'urgence et qu'il y a une hausse remarquée des patients de plus de 75 ans. Suite aux résultats de l'étude ultérieure (sur le monitoring), une amélioration substantielle fut remarquée par la diminution de la DMS de 18,6 h en 1991-1992 à 13,9 h en 1997 et, selon les mêmes années, le nombre de 48 heures est passé de 51 387 à 20 269 patients. L'étude montre que ces améliorations sont dues aux prises de décision plus rapides concernant l'orientation du patient, à l'obtention rapide des résultats

des tests et finalement au rôle du coordonnateur médical qui facilite l'accès aux lits (pour les CH qui ont adhéré à cette pratique).

Le Groupe Tactique a soulevé aussi le problème lié à la gestion des lits de courte durée. Il a remarqué que dans plusieurs cas d'attentes à l'urgence, les lits de courte durée sont utilisés par des patients qui nécessitent des soins de longue durée, et par conséquent ces patients bloquent l'accès aux lits pour les patients qui viennent de l'urgence. Ce problème reflète principalement le manque de lits de longue durée et l'absence de solution alternative à l'hospitalisation.

Dans un autre ordre d'idée, le rapport du GTI fait ressortir un problème concernant la mission et l'organisation de l'urgence. Étant un service de première ligne, l'urgence ne doit plus être considérée comme une clinique sans rendez-vous où les patients peuvent rencontrer des médecins. Il suggère de déplacer ces types de patients vers d'autres ressources. Le groupe a remarqué que l'engorgement n'est pas lié directement au volume des patients, mais principalement à la durée moyenne de séjour (DMS) des patients âgés et ceux qui souffrent de problèmes mentaux. Pour régler ce problème et diminuer la présence de ce type de patient, il suggère de trouver des ressources alternatives à l'hospitalisation. Cette solution représenterait un des meilleurs moyens de réduction de l'engorgement des urgences (Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux. Groupe tactique d'intervention et Association des médecins d'urgence du Québec, 1998). Ces raisons ont favorisé l'idée du virage ambulatoire. Ce projet avait pour objectif de diminuer l'impact des problèmes d'engorgements engendrés par les personnes âgées, les malades en santé mentale et les personnes ayant besoin de service de réadaptation. Il a permis aussi de montrer que pour favoriser le roulement des civières à l'urgence, les lits sur les étages doivent être libérés le plus tôt possible en accélérant les congés donnés par les médecins traitants. Mentionnons qu'à la suite du rapport du groupe tactique, le centre de coordination national des urgences (CCNU) a succédé à ce groupe expert.

Concernant les besoins et la satisfaction de la clientèle, une première étude a été effectuée en partenariat avec le groupe Secor, Zins et Beuchesne et associés en 1994. Les résultats

montrent que les attentes de la population se situent sur trois plans, soit le relationnel (l'approche), le professionnel (le traitement) et l'organisationnel (l'environnement des soins). Un cadre conceptuel, la qualité de service, ainsi qu'un questionnaire d'enquête furent bâtis et bonifiés par des études subséquentes (en 1997). Ce cadre où, qualité, équité, efficacité et efficience des services, constituent les critères de base pour mesurer la satisfaction des usagers. Ainsi depuis 1994, la satisfaction des usagers est devenue la pierre angulaire d'un processus d'amélioration continue de la qualité de services de santé et des services sociaux. C'est à partir des besoins réels et des attentes des usagers que la notion de la qualité de service a été définie (McNeil, 1999).

En 1995, une étude semblable à celle effectuée en 1991 sur le monitoring des salles d'urgence laisse présager une meilleure performance des urgences, car statistiquement, la DMS des patients s'est améliorée et le nombre de 48 heures a diminué (Breton, Camirand et Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux. Direction générale de la planification et de l'évaluation, 1995). Cependant, il persiste plusieurs problèmes quant à l'accueil et à l'orientation des patients les plus vulnérables²⁵, ce qui a pour résultats d'encombrer les salles d'urgence.

Outre les personnes âgées, Breton mentionne que les patients en santé mentale représentent un type de clientèle problématique et ils sont susceptibles de subir de longs séjours dans les urgences au Québec (Breton *et al.*, 1995). L'urgence s'avérerait un endroit inapproprié à l'évolution de leurs états de santé mentale et ils ne sont pas toujours traités en priorité. Par conséquent, ils contribuent au débordement de l'urgence et à la diminution de sa performance. Finalement, cette étude a soulevé une lacune dans les ressources communautaires où la plupart de ces patients peuvent être suivis et soutenus dans leur milieu de vie (Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux. Groupe tactique d'intervention et Association des médecins d'urgence du Québec, 1998).

²⁵ Ce document mentionne que les personnes âgées représentent le type de patient qui consomme le plus de ressources et sont une source d'encombrement significative.

De plus, l'année 1995 marque plusieurs changements majeurs au réseau de la santé. Le gouvernement a procédé à une réorganisation du système avec le virage ambulatoire. Cette mesure avait pour objectif de réduire l'achalandage de l'urgence en déplaçant le lieu des pratiques médicales de l'hôpital vers la communauté, soit les organismes en aval ou des soins à domicile (MSSS, 2000).

Les années 1996 et 1997 sont marquées par une mise massive à la retraite du réseau de la santé de 2335 et 7824 employés ; en 1998, il y en a eu 754 personnes (RRSSS, 2003). À ce jour, le Ministère a prévu un départ à la retraite de 1646 employés pour 2005 et cette croissance durera jusqu'en 2015 avec 2513. Ces chiffres montrent que pour les dix prochaines années, les départs pour la retraite augmenteront considérablement. En 1996 et 1997, cette mesure avait pour objectif de diminuer les coûts reliés au système de la santé afin d'atteindre le déficit zéro. Mal évalué par le MSSS, les départs massifs ont marqué le début d'un manque constant de main d'œuvre dans ce secteur.

En plus des problèmes de structure du réseau et d'une performance insatisfaisante des urgences, certains problèmes organisationnels sont dus au manque de reconnaissance de la médecine d'urgence au Québec. Étant la discipline médicale considérée « la plus jeune²⁶ », le manque de reconnaissance et de structure pouvaient être deux causes majeures d'engorgement. Depuis les années 70, les professionnels de la santé tentent de structurer une médecine improvisée par une suite d'essais et erreurs. Avec le temps, l'urgence a cumulé plusieurs missions et elle est devenue la principale porte d'entrée du système de la santé et des services sociaux. L'urgence s'est transformée en une plaque tournante d'activités qui accueille tout type de patient pour être stabilisé, traité et orienté vers des ressources intra ou extra hospitalières (AMUQ, 1998). Avec une hausse considérable de la demande et une pression plus forte de sa performance, elle est devenue le centre névralgique de l'hôpital. Plusieurs médecins notaient une disparité entre les missions de l'urgence et les moyens dont disposaient les urgentologues (AMUQ, 1998). Pour y remédier, les médecins voulaient faire reconnaître cette pratique. Selon eux, la création d'une structure diminuerait les problèmes

²⁶ Aux États-Unis, la médecine d'urgence est reconnue depuis 1979. Cette reconnaissance a suivi en 1982 au Canada.

d'engorgement, car une meilleure organisation des pratiques mènerait à développer des outils adaptés à cette médecine. Finalement, suite à plusieurs pressions faites par l'association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ), le problème lié au manque de structure et de reconnaissance fut réglé en 1998²⁷ par l'ancienne Ministre Pauline Marois.

2.2.3 Le guide de gestion, les mesures de contrôle et les référentiels

Suite au rapport effectué par le GTI en 1998, un premier forum sur la situation des urgences fut organisé en 1999. Pour la première fois de l'histoire des urgences, 23 organismes se sont penchés sur les questions de fond concernant les services offerts et le rôle des urgences. Ce forum a permis de comprendre les enjeux et de trouver plusieurs consensus concernant : la mission et l'élaboration d'une vision commune, les mesures de coordination locale entre l'urgence et les partenaires du réseau (continuité de soins), les moyens pour intégrer adéquatement l'urgence dans l'hôpital, l'accès suffisant au plateau technique de l'hôpital et aux consultations des spécialistes et finalement l'assurance d'un meilleur fonctionnement de l'urgence (Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux., 1999). Lors de cette rencontre, les décisions adoptées ont fait l'objet d'un plan d'action approfondi dans le document : « Relever ensemble le défi des urgences ». Les participants ont élaboré des mécanismes de contrôle afin d'assurer un suivi des recommandations. Le forum a permis de définir un premier modèle de gestion moderne de l'urgence au Québec (Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux., 1999).

2.2.3.1 Le guide de gestion de l'unité d'urgence

Un deuxième forum sur la gestion des salles d'urgence fut organisé en 2000. Un des objectifs était de capitaliser les connaissances du premier forum et d'adapter les méthodes à certains facteurs démographiques dont les personnes âgées et à l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de communication. Pour effectuer de tels changements, il y avait la nécessité de changer les mentalités. La finalité du deuxième forum fut le guide de gestion de l'unité d'urgence.

²⁷ <http://www.amuq.qc.ca/Afficher.aspx?section=5&langue=fr>

Ce guide est le premier modèle d'organisation et de gestion de l'unité d'urgence. Il est centré sur une approche « patient » de la qualité des soins (Afilalo, Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux et Association des hôpitaux du Québec, 2000). Chaque urgence au Québec doit s'y référer, s'y conformer, atteindre les niveaux de performances fixés et trouver des moyens de parvenir à ces pratiques exemplaires pour améliorer ses processus. Ainsi en 2000, les urgences se trouvent avec un guide de gestion qui en définit les paramètres, la structure, présente des outils de gestion et des indicateurs de performances précis. Pour être performante, l'urgence doit être intégrée à l'hôpital, être considérée comme unité prioritaire par tous les professionnels et les acteurs qui sont en amont et en aval doivent travailler conjointement avec elle.

Ce guide s'est avéré très important à l'amélioration de la structure de l'urgence ; une deuxième version vient d'être publiée au début 2007 et sa sortie fut plus discrète que la première. Élaboré par des médecins, infirmières et d'autres professionnelles qui travaillent à l'urgence, ce nouveau guide propose des solutions pour des problématiques particulières aux patients en santé mentale, en gériatrie, en pédiatrie et en cardiologie (Breton, 2007).

2.2.3.2 Les mesures de contrôle et le tableau de bord prospectif

En plus du guide de gestion, d'autres mesures de contrôle existent afin de suivre l'évolution de la performance des urgences. Le monitoring de la performance représente, à ce jour, l'une des mesures de contrôle les plus importantes du MSSS. Les indicateurs utilisés présentent l'évolution chronologique de la performance des urgences qui est quotidiennement suivie par les instances du MSSS, des ADRLSSSS et des CSSS. La performance est mesurée par le nombre de « 48 heures » en santé physique et santé mentale pour les patients entre 0 et 74 ans et ceux de plus de 75 ans, en plus de la DMS pour tout type de patient. L'objectif ultime de chaque urgence est de n'avoir aucun « 48 heures » et une faible DMS pour les patients hospitalisés (Afilalo, Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux et Association des hôpitaux du Québec, 2000). Selon la performance déterminée par les indicateurs, l'organisation doit prendre des mesures correctives en cernant les causes du mauvais fonctionnement et en définissant les leviers susceptibles d'améliorer la performance.

L'examen strict de la variation des indicateurs ne permet pas d'enrayer les problèmes, il ne donne qu'un constat de la performance et le premier réflexe des organisations qui ont une mauvaise performance est généralement de réagir sans en connaître exactement les causes (Akao et Chaplin, 2003). L'objectif ultime d'une mesure est d'amener les organisations à changer et à améliorer leur système et non de dénoncer, de critiquer les personnes ou l'établissement qui n'auront pas une bonne performance (Hurst, 2002).

Les indicateurs imposés par le MSSS sont les mêmes pour toutes les régions du Québec. Toutefois, des inégalités causées par des facteurs sociodémographiques subsistent entre les régions. Les palmarès de la performance des urgences du quotidien *La Presse* (Breton, 2006) et celui de l'accessibilité aux soins de la revue mensuelle *l'Actualité* (Bolduc, 2007), montrent que les hôpitaux en région détiennent une meilleure performance que les hôpitaux des centres urbains. Cette différence s'explique par la collaboration entre les organismes qui est plus grande en région comparée aux centres urbains avec des spécialités et des cas complexes plus élevés et un plus grand bassin de population à desservir.

La complexité des réseaux des centres urbains ne peut être mesurée seulement par des « 48 heures » et des DMS. Une multitude de facteurs, propre à chaque hôpital, influencent différemment le fonctionnement et l'utilisation des ressources. Ne pouvant couvrir ces situations, les indicateurs officiels ne font aucun lien avec d'autres indicateurs et présentent la performance de manière standardisée, ce qui n'aide pas à mieux expliquer les vraies raisons des mauvaises performances des grands centres. Cette lacune devrait être considérée afin que les indicateurs soient restructurés pour donner un portrait réaliste à la performance des urgences, peu importe les régions. D'ailleurs, la mise en relation des indicateurs officiels à d'autres indicateurs personnalisés qui affectent le contexte qui prévaut à chaque centre pourrait servir de levier d'améliorations. Cette interaction serait possible grâce au tableau de bord prospectif (TBP) développé par Kaplan et Norton (1998).

Ce tableau de bord relie la stratégie à une série d'indicateurs qui sont interreliés par des liens de cause à effet. L'aspect dynamique des indicateurs permet aux gestionnaires de poser des gestes concrets et ciblés pour améliorer la performance de l'organisation. Les auteurs

définissent le TBP comme étant un outil qui « traduit la mission et la stratégie de l'entreprise en un ensemble d'indicateurs de performance qui constituent la base d'un système de pilotage de la stratégie » (Kaplan et Norton 1998, p14). Ce système innovateur traduit la vision stratégique en vision collective et qui, grâce aux indicateurs, permet un pilotage quotidien de la stratégie. Le TBP a la particularité de représenter une série d'indicateurs dynamiques et « équilibrés »²⁸ entre quatre axes interreliés. On y retrouve les résultats financiers, la performance vis-à-vis les clients, les processus internes et l'apprentissage organisationnel (Kaplan et Norton, 1998). Cependant, les TBP ne sont pas faciles à implanter, car les indicateurs doivent refléter la stratégie de l'organisation. Un tel projet représente un processus complexe qui nécessite l'énergie et la volonté de toute l'organisation.

Les TBP ont été utilisés par des centres médicaux aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Suède. Il fut utilisé à l'hôpital pour enfants de Duke (Kaplan et Norton, 2001 ; Meliones, 2000), à l'hôpital Montefiore (Kaplan et Norton, 2001) et dans le réseau de clinique du St.Mary's Duluth Clinic (Kaplan et Norton, 2004). Ces auteurs expliquent quels ont été les moyens entrepris afin de réussir un tel projet et prétendent que l'utilisation du TBP dans le système de santé permet de mieux comprendre le lien entre la performance financière et opérationnelle. Toutefois, cette pratique n'est pas utilisée au Québec et les indicateurs imposés par le MSSS demeurent les seules références de la performance. En nationalisant et globalisant les indicateurs de performance à des normes ministérielles, les organisations n'ont pas de liberté et de flexibilité pour trouver les leviers d'améliorations qui répondraient à leur contexte et environnement.

2.2.3.3 Les référentiels du CCASS

L'usage de référentiels du CCASS est une pratique commune pour les hôpitaux et urgences du Canada. L'adoption des référentiels assure une qualité de soins équivalente aux meilleures pratiques médicales du pays et est à la base de toute politique d'évaluation, d'amélioration des pratiques professionnelles et des modalités d'organisations de soins (Conseil canadien d'agrément des services de santé, 2006). Un référentiel est défini par l'ensemble de normes

²⁸ Le TBP est équilibré lorsque les indicateurs sont répartis équitablement sur les quatre axes.

préétablies par des experts, s'appuyant sur la science et sur les pratiques reconnues comme étant exemplaires.

Le CCASS développe des programmes de qualité qui évaluent la performance des établissements de santé. Le processus d'agrément est un audit qui consiste à comparer les pratiques de l'établissement aux référentiels. Par la suite, le CCASS suggère des améliorations précises qui réduiront les écarts entre les processus observés et le référentiel préétabli et accordera des licences d'agréments de trois ans aux établissements de santé qui atteignent le niveau de qualité exigé dans ces programmes (Conseil canadien d'agrément des services de santé, 2006). Les urgences canadiennes doivent se conformer aux normes du programme Mire. Ce programme suggère des moyens de contrôle qui mesurent le rendement clinique et opérationnel avec plus d'exactitude en donnant une image plus juste des points forts et des possibilités d'améliorations (Conseil canadien d'agrément des services de santé, 2006).

Ainsi, la performance officielle des urgences est mesurée par les indicateurs du MSSS. Les normes du CCASS et le guide de gestion de l'unité d'urgence servent d'outils et référentiels afin d'améliorer les processus. Seule la synergie de ces trois outils de contrôle peut avoir des impacts sur la performance de l'urgence où le service doit être constamment amélioré afin de répondre et satisfaire aux exigences des patients, aux conditions de travail des professionnels de la santé et aux volontés des décideurs du MSSS. Toutefois, malgré les réformes et l'énergie déployée quotidiennement par les professionnels de la santé, plusieurs problèmes subsistent au Québec.

2.2.4 La problématique des urgences au Québec, une question de réseau

Les réformes et les changements continuels du système de la santé et des services sociaux ont eu un impact direct sur la performance des urgences. Plusieurs études montrent que l'hôpital n'est pas le meilleur endroit pour plusieurs types de patients qui contribuent à engorger les urgences. En 1995, les décideurs ont tenté de créer des réseaux de soins afin de trouver des alternatives à l'hospitalisation avec le virage ambulatoire. L'objectif était de créer des

services structurés en amont et en aval de l'hôpital pour réduire les visites à l'urgence et diminuer la durée de moyenne d'hospitalisation. Le bon fonctionnement des services en aval dépend d'une gestion efficace des lits de l'hôpital et des services communautaires qui accompagnent le patient après son départ de l'hôpital (Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux. Groupe tactique d'intervention et Association des médecins d'urgence du Québec, 1998). En atteignant cet objectif, l'urgence ne débordera plus, car les patients qui seront sous observation à l'urgence pourront être orientés rapidement.

En contrepartie, suite à cette politique du virage ambulatoire en 1995, le gouvernement a diminué le nombre de lits dans les hôpitaux et a fermé sept urgences à Montréal. Prévu pour accroître la productivité hospitalière (Roberge, *et al.*, 2001), ces mesures avaient entraîné un accroissement des soins d'un jour. Certaines régions québécoises sont encore actuellement prises avec des problèmes d'engorgement qui s'expliquent par le manque de préparation des services communautaires en aval à répondre à la demande venant des mesures alternatives à l'hospitalisation (Roberge, *et al.*, 2001). Les établissements de longues durées sont occupés, sur le plan national, à plus de 96% (MSSS, 2006) et ceux des soins de gériatrie et de santé physique le sont à plus de 83% (MSSS, 2006).

Ainsi, le virage ambulatoire a eu l'effet d'augmenter le nombre de patient à l'urgence tout en diminuant l'accès aux lits de l'hôpital pour les patients venant de l'urgence (Roberge, *et al.*, 2001). Pourtant, malgré l'étude de Breton en 1995 qui démontrait une hausse de l'hospitalisation est principalement due à une augmentation de la clientèle de l'urgence, le ministère a procédé aux fermetures (Breton, Camirand et Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux. Direction générale de la planification et de l'évaluation, 1995). En plus du manque de ressource en aval, la durée moyenne de séjour pour les lits de courte durée tend à s'allonger. En conséquence, les patients de l'urgence restent plus longtemps sur leurs civières, car il n'y a pas de lit de courte durée disponible. Cette situation résulte des contraintes budgétaires imposées aux hôpitaux dans le cadre de la politique gouvernementale à l'atteinte du déficit zéro (Roberge, *et al.*, 2001).

Un urgentologue de la région montréalaise émet l'hypothèse suivante : la diminution des lits de courte durée, due aux orientations imposées par la gouvernance du système de santé, a un impact sur la détérioration de la performance des urgences (Brown, 2004). Ce médecin a constaté que les « 48 heures » augmentaient à cause de longs délais observés entre le processus de l'admission et celui de l'attribution des lits. Lorsqu'un patient attend plus de 24 heures sur une civière, dans la plupart des cas il attend un lit. Cette attente est causée par l'augmentation du nombre de patients de longue durée qui monopolisent des lits de courtes durées. Ainsi, suite aux fermetures de plusieurs lits de courte durée, l'offre est limitée et les urgences sont engorgées.

Le manque de lit de courte durée pose un autre problème. Les médecins traitants sont soumis à la pression de signer rapidement des congés afin de favoriser le roulement des lits. Ce faisant, les usagers qui ont eu leur congé trop rapidement peuvent revenir aussi vite à l'urgence et reprendre le processus à nouveau (Cardin *et al.*, 2001). Cette situation a pour conséquence de coûter aussi cher à l'État au lieu d'hospitaliser le patient encore quelques jours.

C'est ainsi que dès le début des années 90, les urgences vivaient des problématiques importantes dont plusieurs sont encore d'actualité en 2007. Cependant, à l'aide de la nouvelle réforme la « santé en action », les CSSS travaillent afin d'améliorer la structure de soins à l'intérieur du réseau local. Cette nouvelle structure devrait répondre adéquatement aux patients considérés problématiques. Toutefois, les CSSS sont confrontés à des lacunes de ressources professionnelles en amont et en aval, mais peu importe le manque de ressource, l'hôpital demeure toujours un endroit privilégié qui comble tous les besoins des patients.

2.3 La situation des urgences à Montréal

Suite à l'identification des problèmes des urgences et à l'organisation du réseau de la santé, les prochains paragraphes présentent les données socioéconomiques de la région étudiée et les moyens entrepris par l'Agence de Montréal afin de diminuer ce phénomène.

Au niveau provincial, Montréal est la région qui est la plus peuplée et la plus coûteuse en matière de santé au Québec. Son budget annuel représente près de 4 milliards de dollars. On y retrouve 12 CSSS, plus de 90 000 personnes qui travaillent, dont plus de 5500 médecins, 21 700 infirmières et 8000 autres professionnels de la santé (ADRLSSSS, 2004). Lors du recensement de 2001, l'île de Montréal compte plus de 1,8 million d'habitants et représente près de 24,5 % de la population québécoise. Son rythme de croissance est de 15 000 personnes par années. La population vieillit, près de 15 % de la population ont plus de 65 ans et ce taux devrait atteindre 28 % en 2041 (MSSS, 2006). Concernant la perception de l'état de la santé des individus, une étude basée sur une auto-évaluation personnelle démontre qu'en moyenne 28,3 % des Québécois se trouvent en excellente santé, 32,9 % se disent en bonne santé, 27,7 % en bonne santé et 11,1 % trouvent que leur état est passable ou mauvais (MSSS, 2006). À propos de la santé mentale, en 1999 il y avait près de 6 % des Montréalais qui ne se percevaient pas en bonne condition mentale et en 1998, 20 % de cette population présentaient un niveau de détresse psychologique (RRSSS, 2003). Dans l'ensemble de la région montréalaise, l'état de santé des résidents s'améliore, cependant un grand écart s'explique par la différence des quartiers et du revenu (ADRLSSSS, 2004).

En 2004, l'ADRLSSSS de Montréal a comptabilisé plus de 838 004 visites à l'intérieur des 22 urgences. Avec un actif de 546 civières, près de 290 290 patients sont couchés et près de 90 785 d'entre eux sont hospitalisés. Concernant le transport par ambulance, il est annuellement de 153 925. En septembre 2003, Montréal comptait près de 14 387 lits de longue durée sur 99 sites (ADRLSSSS, 2004). Ces statistiques démontrent l'importance de cette région. Ayant le plus grand nombre d'habitants du Québec, cette région déborde de demande et l'ADRLSSSS de Montréal doit répondre adéquatement aux besoins de la population.

Pour faciliter l'accessibilité à l'intérieur des réseaux locaux, plusieurs projets d'amélioration des urgences ont eu pour effet de faciliter les services en amont, en aval et à l'intérieur de l'hôpital concernant la gestion de l'urgence et visant les ressources humaines (RRSSS, 2003). Les prochains paragraphes montrent des actions concrètes effectuées par l'Agence de Montréal afin de diminuer l'achalandage des urgences et pour améliorer leur fonctionnement.

En amont

Les services médicaux de première ligne représentent un enjeu important pour la dernière réforme. Dans le but de diminuer l'achalandage des urgences, le ministre de la Santé et des Services Sociaux du Québec, M. Philippe Couillard, annonçait en mai 2005 l'ouverture de 14 nouvelles cliniques médicales à Montréal (Perrault, 2005). Ces nouvelles Cliniques Médicales Alternatives (CMA) permettront d'améliorer le réseau en amont de l'urgence afin de prendre en charge et de suivre les usagers les plus vulnérables. Ces cliniques permettront de continuer les efforts de promotion du modèle du groupe de médecin de famille (GMF) et d'implanter un mode de coordination des services médicaux de première ligne avec les CSSS (ADRLSSSS, 2004). Les médecins pourront avoir accès à une structure qui permet de faire des prélèvements, des radiographies et des échographies. Selon le ministre de la Santé, ces mesures permettront de désengorger les hôpitaux et d'améliorer l'accès aux soins de santé, les usagers seront dirigés vers des ressources plus appropriées en fonction de leurs besoins. Ces mesures sont attendues par la fondation canadienne de la recherche sur les services de la santé (FSRSS), car plus d'un Montréalais sur cinq n'a pas de médecin de famille. Ces personnes qui ne sont pas bien suivies et ne reçoivent pas de soins préventifs sont les plus susceptibles d'aller à l'urgence (Haggerty *et al.*, 2004). Ainsi, ces cliniques de première ligne vont favoriser une meilleure accessibilité et continuité des soins et aussi réduire le retour précoce aux urgences des patients qui sont le plus à risques (Cardin, *et al.*, 2001).

À l'intérieur de l'hôpital

L'implantation du guide de gestion de l'unité d'urgence et la présence d'un coordonnateur médical ont favorisé de meilleurs résultats de la performance. Le programme de dépistage et de prise en charge pour les personnes âgées est fonctionnel dans tous les CH de Montréal. Un groupe d'experts est disponible pour aider les hôpitaux en difficulté et la situation des urgences est suivie quotidiennement. Finalement, les détournements d'ambulances sont éliminés et les systèmes d'information améliorés.

En aval

L'attente pour les soins de longue durée a diminué suite à l'achat de lits en CHSLD privés, en hébergement alternatif, en soins subaigus, en réadaptation et en centre transitoire. En plus de la mise sur pied du programme d'intensification des services en CLSC et à domicile.

En parallèle, l'agence travaille quotidiennement afin d'améliorer la performance des urgences. En 2004, l'ADRLSSSS a présenté un document de travail qui traite des solutions à entreprendre concernant les problèmes d'engorgement de l'urgence. L'objectif ultime de ce document est de trouver des solutions afin de diminuer les 48 heures (pour atteindre l'objectif zéro) et de favoriser une meilleure DMS pour respecter les 8 heures pour les patients admis et les 12 heures pour les non admis. Quatre mots clés sont à retenir, soit : l'engagement, trouver des leviers financiers, la concertation et la ténacité (ADRLSSSS, 2004). Ainsi, l'Agence entreprend des mesures afin d'améliorer les réseaux de soins et depuis la dernière réforme, chaque CSSS doit créer des liens avec les partenaires locaux pour faciliter les soins à l'intérieur de la zone desservie.

2.4 Problématique de l'engorgement, la qualité comme voie de solution

Dans le but de diminuer les causes d'engorgement, le MSSS a procédé à plusieurs changements et a structuré la gestion de l'urgence. La performance est mesurée par des indicateurs officiels et les améliorations de la gestion et du fonctionnement sont possibles à l'aide du guide de gestion de l'unité d'urgence et des référentiels du CCASS. Toutefois, les indicateurs de performance ne montrent aucune amélioration. En février 2007, le Ministre de la santé et des services sociaux, M. Couillard, déclarait que malgré une augmentation de l'achalandage de 300 000 personnes dans les urgences, la situation est satisfaisante (Breton, 2007). Selon la performance des DMS et des 48 heures, les indicateurs sont demeurés constants durant les quatre dernières années laissant présager que les mesures entreprises par le MSSS ont permis de répondre à l'augmentation de la clientèle sans toutefois diminuer le temps d'attente.

À ce jour, les réformes ont changé la structure du système de la santé et plusieurs problèmes subsistent. Depuis la réorientation et l'organisation des services en fonction des besoins de la

population, les contraintes financières demeurent et empêchent les changements majeurs qui apporteraient des modifications essentielles et nécessaires à la pérennité du système. Les professionnels continuent à traiter plus de patients avec des ressources limitées, laissant l'efficacité comme un impératif aux améliorations.

Dans le but d'améliorer l'organisation du système de la santé, le terme de la qualité de service est constamment employé par les professionnels et l'expérience montre qu'un cadre conceptuel place le patient au centre des projets d'améliorations. Les pratiques sont améliorées suite à la mise en application des recommandations du guide de gestion de l'urgence et à l'utilisation des référentiels du CCASS. Toutefois, chaque hôpital fonctionne différemment et ces deux outils sont insuffisants pour améliorer les systèmes dans une optique de qualité totale.

Les professionnels subissent une forte pression pour redresser le système et doivent s'attaquer aux activités sans valeur ajoutée afin d'augmenter la qualité et l'efficacité, tout en diminuant les causes d'engorgement. Suite à l'analyse des solutions préconisées par les auteurs qui ont traité de ce problème, nous pensons que celles proposées par Mahaffey (2004), Karpel (2004), Ruttan et Fekete (2006) permettraient de les réduire. Ils suggèrent d'utiliser des outils de la qualité dont l'analyse des processus et de la capacité. Ces solutions s'insèrent dans tout projet d'amélioration de service et découlent de l'application de la méthodologie de l'amélioration continue. Celle-ci représente une voie qui aborde différemment la problématique de l'engorgement tout en tenant compte des outils d'améliorations et de contrôles qui existent au Québec. Cette méthode analyse la complexité du système et de son environnement, augmente son efficacité par la réduction des activités à non valeur ajoutée et mène à des solutions personnalisées qui répondent au contexte étudié.

Le prochain chapitre présente l'approche qualité dans le secteur des services avec un éclairage en particulier dans le secteur de la santé. Appliquée au système de soins hospitaliers, cette approche est une tentative de réponse aux problèmes de l'engorgement des urgences dans un contexte de restrictions financières.

CHAPITRE III

LA QUALITÉ

Une organisation de qualité doit satisfaire à trois groupes d'acteurs, soit les patients, les professionnels de la santé et les décideurs de l'organisation du système de santé (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (France), 1996 ; Hurst, 2002 ; Williamson, Hudson et Nevins, 1982). Subvenir à l'ensemble de ces groupes est un énorme défi pour les organismes, car ils ont pour objectif d'offrir un service équitable et efficace, autant pour les besoins des patients que pour les professionnels (Naylor, Iron et Handa, 2002). Les concepts de la qualité ont subi une grande évolution depuis les années 1980 (Batalden, Stevens et Kizer, 2002 ; Bellin et Dubler, 2001). À ce jour, ils sont au cœur des préoccupations des professionnels. Négliger la qualité diminue la performance tout en augmentant les coûts liés à la non-qualité (Chavret-Protat, Jarlier et Préaubert, 1998).

Ce chapitre définit le concept de la qualité et son évolution dans le système de santé. À la section 3.1, les concepts de base de la qualité sont exposés. La section 3.2 soulève l'impact de la qualité sur le système de santé. La section 3.3 présente les approches, la structure ainsi que les outils de la méthodologie de l'amélioration continue. La section 3.4 soulève les concepts généraux de la résistance aux changements et celle observée dans le système de la santé et finalement, la section 3.5 présente le lien entre la problématique de l'engorgement et les concepts de l'amélioration continue.

3.1 Concepts et évolution de la qualité

S'appliquant à tous les secteurs, les concepts de qualité sont nombreux, mais les fondements sont issus principalement de quelques «gourous». Dépendamment de l'auteur, la qualité a plusieurs définitions. Globalement, le niveau de qualité désirée représente la conformité à des exigences (Crosby, 1986), et ce, pour les clients internes et externes (Juran et Gryna, 1993). Pour que l'organisation réponde aux attentes, elle est tenue de mettre en place des moyens de

contrôle. Deming (1991) mentionne l'existence d'outils de mesure dont les développements menèrent au contrôle des processus. La qualité diminue le gaspillage et il est moins dispendieux de produire des biens ou services de bonne qualité, et ce, la première fois et toutes les fois (Juran et Gryna, 1993).

Du contrôle de la qualité au management par la qualité totale, les concepts de la qualité ont suivi une évolution. Initialement, le contrôle de la qualité était utilisé afin de répondre aux exigences des clients et, selon leurs besoins, l'organisation produisait le biens ou service. Par la suite, l'assurance qualité est, selon la norme ISO9000 :2000, un langage commun parcouru dans le monde entier et qui représente un ensemble d'exigences visant à la satisfaction du client par la prévention de la non-qualité (Mitonneau, 2003). En y adhérant, toutes les entreprises certifient qu'elles maîtrisent leurs processus de conception et de production des biens et services et elles respectent les exigences spécifiées.

Des techniques de résolutions de problème se sont ajoutées aux concepts de la qualité. L'amélioration continue et la réingénierie sont des approches méthodologiques qui ont pour objectifs d'améliorer le fonctionnement des processus afin d'en ajouter de la valeur. Ces techniques ainsi que l'assurance qualité ont mené les organisations à s'intéresser à une philosophie de gestion basée sur l'amélioration continue et l'approche des processus. Le management par la qualité totale (TQM) a pour objectif de constamment améliorer les processus avec la participation de tous les employés de l'organisation. La qualité est plus qu'un objectif, elle devient un moyen d'assurer la compétitivité de l'organisation face aux concurrents. Cette méthode centre la qualité au niveau des besoins du client, des processus et utilise constamment l'amélioration continue.

Dans la même perspective, le six sigma est une approche méthodologique basée sur les principes de l'amélioration continue et l'utilisation de la qualité totale qui prône la satisfaction de la clientèle et la résolution de problèmes. Un objectif de cette approche est de limiter les non conformités à 3,5 ppm parties par million d'unités (Eckes, 2001). Pour ce faire, chaque employé doit être sensibilisé sur l'importance des mesures et l'organisation doit orienter la culture afin de tendre vers cet objectif.

Tous ces concepts qui ont fait leurs preuves d'abord dans les domaines manufacturiers ont été transférés au domaine des services, dont la santé. Les prochaines sections se consacrent uniquement au secteur de la santé.

3.2 La qualité et la santé

Cette section est consacrée à la qualité dans le secteur de la santé.

3.2.1 Définition de la qualité des soins de santé

Une définition de la qualité dans le secteur de la santé fut difficile à déterminer. Le premier auteur d'influence qui a travaillé sur le sujet est Avedis Donabedian. Formulée dans les années 1980, sa définition est encore à ce jour la référence dans le secteur. Il définit la qualité médicale selon deux composantes majeures, soit le côté technique et le côté management interpersonnel entre les professionnels de la santé, les patients et l'organisation du service (Donabedian, 1980). Le côté technique est défini par l'application de la science médicale et l'utilisation de la technologie pour maximiser le savoir de la santé tout en réduisant les risques pour les patients et les professionnels.

Le niveau de soins offerts est difficile à définir. À la croisée de l'efficacité du système et de l'organisation du service (incluant la technique) se situe l'arbitrage entre la quantité et la qualité de service offert. Ce dernier a un impact sur les coûts et l'organisation du système repose sur le choix des décideurs politiques.

L'évaluation de la qualité était un problème. Donabedian (1980) mentionne que la qualité est relative à l'évaluation faite par l'observateur. Mis à part le coût, l'évaluation de la qualité représente un jugement concernant le processus de soins basé sur la perception de ceux qui en évaluent les résultats escomptés. Cette situation augmente la difficulté à déterminer le niveau d'amélioration des systèmes à atteindre et des objectifs à fixer. Ainsi, plusieurs définitions valides sont en vigueur faisant varier les objectifs et les critères d'évaluation de la qualité.

Pour répondre à ce questionnement, Donabedian (1980) a effectué une recherche qui fut l'une des premières à bien démontrer que la satisfaction de la clientèle et celle des praticiens représente les meilleurs critères de base à l'amélioration de la qualité des soins. Les clients perçoivent la qualité sous trois facettes, soit l'organisation des services, l'interaction personnelle avec les praticiens et leurs compétences techniques. Chez les médecins la qualité est plus difficile à établir. Ils seraient plus préoccupés par la structure de la hiérarchie entre confrères plutôt qu'au service des patients. Cette dichotomie entre la qualité de service et la hiérarchie organisationnelle démontre qu'à cette époque, les praticiens étaient plus concentrés sur des problèmes organisationnels que la satisfaction de la clientèle, d'où la difficulté d'arriver à déterminer les normes indispensables à l'évaluation de la qualité (Donabedian, 1982).

3.2.2 L'assurance qualité en santé

Introduite aux États-Unis dans les années 1970 avec l'essor du système de santé privé et le contrôle des coûts (Donabedian, 1980 ; Williamson, Hudson et Nevins, 1982), l'assurance qualité est la première approche en matière d'évaluation et d'amélioration des soins. La méthodologie vise à augmenter l'efficacité des processus en s'attaquant aux inefficiences causées par les ressources dont les coûts sont les plus élevés (Williamson, Hudson et Nevins, 1982). Elle utilise un éventail de techniques d'identification et de résolutions de problèmes dont l'objectif est d'augmenter les bénéfices pour les usagers et favoriser la structure d'un service idéal. Avec cette démarche, Donabedian a grandement interrogé les fondements de l'évaluation des systèmes.

C'est ainsi que plusieurs auteurs prétendent que Donabedian a été un pionnier à l'élaboration des techniques d'évaluation de la qualité et ces travaux ont servi de base aux méthodes d'assurance qualité pour les soins de santé (Bellin et Dubler, 2001 ; Berwick, 1989 ; Berwick et Knapp, 1987 ; Morrison, Mobley et Farley, 1996 ; Nigel, 1997 ; Williamson, Hudson et Nevins, 1982). Il a démontré que pour améliorer la performance des systèmes, il faut développer une approche d'évaluation de la qualité par l'étude des processus et des résultats. Selon lui, les organisations doivent déterminer des critères, suivre leur évolution et s'en servir pour établir des normes. Par la suite, le rapprochement des indicateurs à ces normes permet

d'évaluer la performance et réduire les écarts observés dans la pratique (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (France), 1996).

La création de mesure de performance est une activité laborieuse. Pour évaluer la qualité, il faut en formuler des critères valides représentant la structure de soins, des processus ou des résultats (Berwick et Knapp, 1987 ; Donabedian, 1982). La structure réfère aux ressources qui sont utilisées pour donner les soins. Elle est formée par des processus qui constituent l'ordonnement du service et la finalité correspond aux résultats du service. Donabedian (1982) suggère de concentrer les efforts sur l'évaluation des processus et des résultats. Il prétend que la connaissance de la relation entre les résultats et les processus mène à de réelles améliorations. Étant conscient que l'organisation des processus conduit à de bons ou mauvais résultats, l'organisme peut prendre des actions concrètes quant aux améliorations à faire pour favoriser une meilleure performance. Ainsi, l'organisation qui veut adhérer aux pratiques de l'assurance qualité doit déterminer la relation entre les processus et les résultats et par la suite, établir des indicateurs qui démontrent cette relation.

En considérant la complexité de l'élaboration des critères d'évaluation, les indicateurs doivent représenter une mesure juste qui démontre la réalité des processus ou des résultats. À cet effet, Donabedian expose une méthode qui permet d'y arriver. Cependant, à cette époque, plusieurs difficultés étaient présentes lors de la création d'indicateurs, car aucune référence à un standard n'était disponible, laissant seules l'information des dossiers médicaux et du nombre de décès par hôpital (Donabedian, 1982). Deux techniques sont retenues soit l'élaboration d'indicateurs à l'interne et à l'externe. L'élaboration à l'interne se fait avec l'aide d'experts qui déterminent les indicateurs qui devront être fixés au fonctionnement de l'organisation. L'élaboration à l'externe se fait à l'aide d'organismes reconnus en santé. À titre d'exemple, aux États-Unis, c'est le « Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations » (JCAHO), en France c'est l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en santé (ANAES) et au Canada, c'est le CCASS. Au moyen de leurs indicateurs, ils déterminent si les organisations respectent les normes et les aident à mieux performer. Ainsi, s'intégrant aux processus d'évaluation de la performance, ces indicateurs

devraient améliorer les procédures du système (Berwick et Knapp, 1987 ; Nigel, 1997 ; Potter, Morgan et Thompson, 1994).

Depuis l'instauration de l'assurance qualité, l'analyse statistique a pris une place importante à l'intérieur des organisations et sert de ligne directrice à l'atteinte des normes préétablies (Potter, Morgan et Thompson, 1994). De là vient l'importance de la fiabilité et validité des indicateurs. Ils doivent démontrer l'évolution temporelle de la performance, de la gouvernance et du résultat pratique des soins cliniques et des activités de support (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations., 1990). Ainsi, l'analyse de la performance, par l'étude des relations entre les processus et les résultats, indique si l'organisation doit prendre des mesures correctives ou non. L'assurance qualité a donc amené les organisations à utiliser le monitoring des résultats qui, à cette époque, représentait une fonction innovatrice sur la qualité obtenue (Donabedian, 1982). Depuis ce temps, l'assurance qualité a soulevé l'importance des résultats de la performance des processus ce qui a ouvert une porte au contrôle de la qualité, a développé des outils d'évaluation et a finalement contribué à une meilleure qualité des services (Berwick et Knapp, 1987).

Il n'y avait pas que des avantages à l'assurance qualité. Donabedian (1982) formule certaines contraintes quant à l'utilisation de cette méthode et du management par le monitoring. Ces techniques se concentrent uniquement sur les mauvais résultats (Bellin et Dubler, 2001 ; Potter, Morgan et Thompson, 1994) et au fil du temps ce concept est devenu pour plusieurs organisations, une pratique individuelle basée sur la paperasserie et l'amélioration des performances en fonction des normes établies (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations., 1990). Ainsi, la qualité est devenue un terme technique et non une philosophie basée sur l'amélioration des pratiques dont la responsabilité est liée à un département distinct. Cette attitude favorise le travail en silo et n'appuie pas la transversalité de la qualité envers les autres départements et services (Potter, Morgan et Thompson, 1994 ; Téboul, 1999 ; Warner, 1991). Par conséquent, la gouvernance et le management ne sont pas entièrement intégrés aux changements proposés, laissant la qualité comme un concept dont certaines personnes s'occupent, sans être un travail de tous les membres de l'organisation (Lozeau, 2002).

3.2.3 L'amélioration continue en santé

L'utilisation de l'assurance qualité a fait évoluer les théories laissant la place à l'amélioration continue. L'adoption de cette méthode dans le système hospitalier est basée sur les techniques utilisées par les Japonais avec le Kaizen qui, dans le secteur manufacturier et des services, apportent des améliorations considérables pour ceux qui y adhèrent (Potter, Morgan et Thompson, 1994 ; Warner, 1991). Dans les années 1990, cette approche est appelée à être un idéal, permettant d'être une approche, un concept, une philosophie et une méthode qui comportent une multitude de techniques, modèles et processus (Berwick, 1989 ; Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations., 1990). Il était nécessaire de compléter les pratiques de l'assurance qualité en prenant aussi en considération la structure organisationnelle qui influence la qualité globale du processus de soins au lieu de se fier uniquement à des résultats liés à des indicateurs de performance. De plus, aucun outil n'était utilisé afin de trouver les racines des dysfonctionnements, car les relations de cause à effet n'étaient pas démontrées (Chow-Chua et Goh, 2002). L'amélioration continue vient supporter l'analyse de la structure et des processus du système (Anderson et Daigh, 1991 ; Bellin et Dubler, 2001 ; Morrison, Mobley et Farley, 1996 ; Potter, Morgan et Thompson, 1994), tout en contribuant à une meilleure gestion des risques et à l'amélioration de la qualité des prestations de soins (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (France), 1996).

Contrairement à l'assurance qualité qui laisse les professionnels réagir suite à une mauvaise performance des indicateurs, l'amélioration continue a une démarche proactive qui mène à une meilleure utilisation des ressources humaines, financières et matérielles afin d'ajouter de la valeur aux processus. Elle développe les capacités organisationnelles à vouloir continuellement améliorer les processus qui influencent les services offerts aux clients (Naveh et Stern, 2005) et la contribution des employés constitue l'ossature clef (Berwick, 1989 ; Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations., 1990).

Le concept client-fournisseur, laisse le client (interne et externe) au centre des améliorations (Fracassi et Faruggio, 1994 ; Nigel, 1997 ; Warner, 1991). Ce principe a pour objectif d'offrir un meilleur service sans toutefois augmenter les coûts d'opérations et de la qualité (Berwick, 1989 ; Chow-Chua et Goh, 2002 ; Crosby, 1986 ; Morrison, Mobley et Farley, 1996). Conséquemment, les coûts de non-qualité diminueront entraînant une baisse des défaillances internes. Les études de Crosby mentionnent que les activités de prévention et de contrôle s'avèrent moins dispendieuses que la non-qualité (Anderson et Daigh, 1991 ; Crosby, 1986). La mauvaise qualité se traduit par le recommencement des traitements, des réadmissions, des lacunes concernant le diagnostic des maladies (Clancy, 2006) ainsi que l'ajout d'étapes au processus de traitement qui ralentit la durée du service (OCDE, 2004).

La philosophie de l'amélioration continue prétend que tout processus produit de l'information et génère des extrants qui peuvent être améliorés et même si tout va bien, le système peut être amélioré (Berwick, 1989 ; Morrison, Mobley et Farley, 1996 ; Potter, Morgan et Thompson, 1994). Les « problèmes » sont causés par des processus défectueux et leur amélioration est primordiale à la finalité du service, car à la fin de chaque visite, le patient fait une évaluation personnelle de la manière dont il a été soigné et traité (Téboul, 1999). L'analyse de l'interaction entre le patient et le processus est un indice important à la performance des soins et elle détermine si l'organisation maîtrise, ou non, la qualité des soins offerte (Beckham, 1987). Elle ne vise pas à remettre en question le travail, mais à évaluer les processus (Chavret-Protat, Jarlier et Préaubert, 1998). Les outils de l'amélioration continue décrivent, analysent et ciblent les processus qui causent des dysfonctionnements, afin d'en fournir des solutions et des moyens pour parvenir aux améliorations suggérées (Anderson et Daigh, 1991 ; Berwick, 1989 ; Crosby, 1986 ; Deming, 1991 ; Fracassi et Faruggio, 1994 ; Juran et Gryna, 1993 ; Morrison, Mobley et Farley, 1996).

Une tendance persiste dans l'organisation du travail des hôpitaux. Il est fragmenté et complexe, ce qui favorise un travail en silo et un manque de communication entre les départements (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (France), 1996 ; Warner, 1991). Contrairement à l'assurance qualité, l'amélioration continue a l'avantage de décroiser les départements en ayant une vision transversale du système. Le concept de

« multidisciplinarité » encourage cette initiative, tout en privilégiant une meilleure communication interdépartementale, car elle nécessite un énorme partage d'information (Fracassi et Faruggio, 1994 ; Potter, Morgan et Thompson, 1994 ; Warner, 1991). La formation d'équipes multidisciplinaires est devenue une pratique courante qui permet aux employés de différentes spécialités de travailler conjointement avec les mêmes objectifs afin d'améliorer le fonctionnement des processus qui sont sous révision (Anderson et Daigh, 1991). À défaut, les améliorations suggérées ne refléteraient pas la réalité contextuelle de l'organisation. Ainsi, la collaboration des employés est une dimension essentielle au succès de cette méthode dont les résultats ont des effets positifs sur la gouvernance et le management de l'hôpital portant sur des améliorations considérables aux soins cliniques et aux processus qui les supportent (Chow-Chua et Goh, 2002 ; Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations., 1990 ; Naveh et Stern, 2005).

Néanmoins, le système de santé comporte certaines spécifications lors de l'implantation de ce type de projet. Contrairement aux études industrielles, les patients ne sont pas des produits et les infirmières et professionnels de la santé ne sont pas des employés d'usine. La dimension humaine ne permet pas autant de changement, car ce secteur est très réglementé et la qualité des soins est sa première mission (Warner, 1991). Ainsi, les gestionnaires qui organisent la qualité doivent considérer l'environnement complexe des soins de santé et malgré l'inspiration industrielle de la méthode, l'amélioration continue doit être considérée comme un outil qui améliore les processus des soins et non comme un modèle de rationalisation. Les gestionnaires qui omettent d'adapter ces contraintes échoueront, comme ce fut le cas pour certains projets élaborés en France (Escolan, 2001).

Tels sont les aspects qui font de l'amélioration continue, une méthode proactive et participative qui se distingue des études traditionnelles cliniques et des modèles de recherche quantitatifs issus de l'assurance qualité. Toutefois, certaines distinctions demeurent entre la qualité totale et ce concept. Les prochains paragraphes traitent de ce sujet.

3.2.4 L'amélioration continue et le management par la qualité totale

Une distinction est à faire quant à l'amélioration continue de la qualité (AC) et du management par la qualité totale (TQM), car toutes deux sont différentes dans l'application des concepts de qualité. L'AC est une approche qui utilise plusieurs outils, préconisant l'amélioration des processus à l'aide d'une méthodologie qui lui soit propre (Klein, Motwani et Cole, 1998) et dont la mise en oeuvre permet de faire de réelles améliorations sur les processus de l'organisation (Berwick, 1989 ; Berwick et Knapp, 1987). La TQM est une philosophie qui est intégrée à la culture de l'organisation et elle utilise des méthodes, pratiques, concepts du management de la qualité afin de toujours prôner l'amélioration continue dans tous les rouages de l'organisation (Anderson et Daigh, 1991). À travers l'application de la TQM, l'AC est nécessairement utilisée et tous les employés y adhèrent et l'utilisent comme guide d'orientation quotidienne. Ainsi, quand chaque employé est pleinement responsable de la qualité, l'organisation atteint la TQM (Anderson et Daigh, 1991 ; Potter, Morgan et Thompson, 1994).

Fondamentalement, le passage de l'AC à la TQM est issu d'un changement culturel qui entrevoit la qualité comme une prémisses de toutes activités. Dans le secteur de la santé en particulier, les divergences d'opinions sont très fortes entre les professionnels rendant ainsi le consensus d'une vision commune difficile à obtenir et il est presque impossible d'atteindre la TQM (Lozeau, 2002 ; Nigel, 1997). Ainsi, la distinction entre ces deux concepts relate que l'AC est un outil qui permet l'amélioration des processus, tandis que la TQM est une manière de penser attachée à la culture, créant un leadership basé sur la coopération de toute l'organisation.

La distinction entre l'outil et la manière de penser (TQM), met en relief la présentation de certains auteurs qui expliquent l'AC comme un outil qui est utilisé par tout le personnel de l'organisation (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (France), 1996 ; Bellin et Dubler, 2001 ; Morrison, Mobley et Farley, 1996 ; Potter, Morgan et Thompson, 1994). L'AC ne nécessite pas la mobilisation de tout le personnel, mais de plusieurs personnes issues des groupes multidisciplinaires. Toutefois, pour que les efforts investis à

l'amélioration des processus puissent avoir un impact positif sur l'organisation, il est nécessaire que la majorité du personnel adopte une attitude d'ouverture face aux concepts de la qualité, et ce, à tous les niveaux hiérarchiques.

Certains auteurs mentionnent aussi que le leadership de la direction et l'approche du haut vers le bas favorisent le succès de l'implantation de l'AC (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (France), 1996 ; Chow-Chua et Goh, 2002 ; Forrester, 2003 ; Mahaffey, 2004 ; Morrison, Mobley et Farley, 1996 ; Naveh et Stern, 2005 ; Potter, Morgan et Thompson, 1994 ; Zimmerman, *et al.*, 2006). Une étude sur 202 hôpitaux américains, démontre que ce leadership mène à plusieurs améliorations des soins cliniques, des processus et augmente la satisfaction de la clientèle (Marley, Collier et Goldstein, 2004). Il s'avère que le leadership a un grand impact sur la qualité des processus et la satisfaction des clients. Ainsi, lorsque les organisations décident d'améliorer la qualité, il est important d'avoir tout le soutien et leadership de la direction. À l'inverse, les organisations qui n'ont pas le soutien de la direction et qui utilisent une approche du bas vers le haut, démontrent que l'AC n'a pas autant de succès à long terme (Morrison, Mobley et Farley, 1996).

Ainsi, la distinction entre l'AC et la TQM a soulevé la problématique de la gouvernance. Pour utiliser efficacement l'amélioration continue, l'organisation doit avoir le soutien et la collaboration de la direction qui, par son leadership, facilitera le changement imposé par cette méthode. La prochaine section présente les outils et la méthodologie utilisée par l'amélioration continue.

3.3 La méthodologie de l'amélioration continue

Les études de cas sont peu nombreuses à démontrer l'application de l'amélioration continue dans les hôpitaux et celles qui ont été répertoriées présentent la structure et le cadre méthodologique dans le but de présenter les outils utilisés et les effets obtenus sur la performance des systèmes. Les départements suivants ont fait l'objet d'étude : la chirurgie d'un jour (Dasch, 1995), le département de l'unité d'urgence (Fracassi et Faruggio, 1994 ;

Klein, Motwani et Cole, 1998 ; Zimmerman, *et al.*, 2006), le service de radiologie, les archives et le bloc opératoire (Potter, Morgan et Thompson, 1994).

Ces études vérifiaient deux hypothèses qui avaient pour objectif de démontrer que l'amélioration continue favorise un meilleur environnement de travail (Fracassi et Faruggio, 1994 ; Morrison, Mobley et Farley, 1996 ; Potter, Morgan et Thompson, 1994). Ces auteurs prétendent que cette méthode contribue à l'augmentation de la satisfaction des patients et que l'analyse des processus mène à plusieurs améliorations du système. Également à l'aide d'une équipe multidisciplinaire, l'environnement de travail s'est grandement amélioré et a favorisé une meilleure communication entre les départements.

Les autres études de cas démontent l'application de l'amélioration continue sans toutefois poser des questions de recherche ou d'hypothèses précises. Les résultats de ces études révèlent que l'amélioration continue a contribué à une meilleure communication entre les départements grâce aux équipes multidisciplinaires et que l'implication de tous les niveaux hiérarchiques a un impact positif sur le travail d'équipe et sur le comportement des individus face aux concepts de la qualité. Il s'avère également que le personnel veut améliorer le système, mais qu'il n'existe pas de structure qui favorise la participation aux améliorations (Potter, Morgan et Thompson, 1994). En plus de diminuer les coûts reliés à la non-qualité, d'augmenter la satisfaction de la clientèle, cette méthode a fait d'énormes améliorations sur les processus et sur l'efficacité des départements qui ont appliqué les outils (Fracassi et Faruggio, 1994 ; Klein, Motwani et Cole, 1998 ; Potter, Morgan et Thompson, 1994 ; Zimmerman, *et al.*, 2006).

Par contre, une étude sur les effets de l'amélioration continue réalisée sur 23 hôpitaux en Israël révèle des effets qui se situent au niveau des processus et procédures sans influencer la performance globale de l'hôpital. S'interrogeant sur la puissance de l'outil sur la structure organisationnelle, les auteurs ont conclu que les effets d'améliorations ont eu du succès pour quelques départements, certains processus et procédures, mais n'ont pas eu d'effet sur la performance globale de l'hôpital. Cet outil n'est pas assez puissant pour changer la gouvernance et il ne permet pas de faire des améliorations à l'ensemble du centre hospitalier.

Toutefois, cette méthode a eu des effets positifs quant aux résultats des processus cliniques, les coûts, le temps d'attente et la satisfaction des usagers (Naveh et Stern, 2005).

Une autre étude démontre que l'utilisation de ces outils n'est pas suffisante si l'objectif de la direction mène à la rationalisation budgétaire par seulement l'efficacité des systèmes. Dans les années 1990, l'expérience française a démontré que ces outils de la qualité ont été utilisés sans considérer le facteur humain et les échecs aux modèles d'améliorations sont attribuables aux ressources humaines (Escolan, 2001). Cet auteur démontre aussi que l'amélioration des performances est issue de l'attitude managériale face aux employés qui doit considérer l'humain comme étant le principal atout de la réussite des améliorations.

En considérant les avantages et inconvénients de l'expérience de ceux qui ont utilisé l'amélioration continue, les prochains paragraphes démontrent en détail la structure des approches méthodologiques.

3.3.1 Approches méthodologiques

L'amélioration continue est basée sur des méthodes scientifiques qui utilisent des outils quantitatifs et qualitatifs pour démontrer la compréhension d'un problème, la collecte et l'analyse des données, la formulation de solutions ainsi que de leurs implantations (Bellin et Dubler, 2001 ; Morrison, Mobley et Farley, 1996). Deux principes méthodologiques ont été identifiés, soit la quasi-expérimentation et la recherche synthétique (étude de cas).

Selon Morrison (1996), la quasi-expérimentation signifie que le chercheur a le contrôle sur « le quoi », « le quand » et « le comment », sans toutefois avoir de contrôle du sujet (« le qui ») (Contandriopoulos, Bélanger et Nguyen, 1990).

L'étude de cas (recherche synthétique) est utilisée par plusieurs auteurs, car elle explique quantitativement et qualitativement le contexte du centre hospitalier étudié. Elle expose en détail les méthodes et outils utilisés tout en présentant la rétrospective de l'environnement étudié (Clark, 2005 ; Dasch, 1995 ; Fracassi et Faruggio, 1994 ; Klein, Motwani et Cole,

1998 ; Potter, Morgan et Thompson, 1994 ; Zimmerman, *et al.*, 2006). Elle démontre l'application du modèle d'amélioration continue à l'intérieur d'un environnement unique influencé par un contexte précis. Cette méthodologie permet de faire le portrait de la situation qui prévaut dans l'environnement étudié et analysé. Elle utilise des méthodes de collecte de données et d'analyses techniques afin de résoudre des problèmes difficiles et complexes, issus du contexte particulier des systèmes de santé (Morrison, Mobley et Farley, 1996). Les prochaines sections présentent la structure et les outils qui sont principalement utilisés lors de projet d'amélioration continue.

3.3.2 Structure de l'amélioration continue

Le programme d'amélioration de la qualité compte un certain nombre d'étapes qui varient d'un auteur à l'autre. Elles servent de cadre conceptuel aux projets d'amélioration continue. Parmi les structures identifiées, chacune a pour finalité d'analyser le système, identifier les dysfonctionnements, élaborer des solutions, les implanter et créer un programme de suivi des changements (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (France), 1996 ; Bellin et Dubler, 2001 ; Berwick, 1989 ; Crosby, 1986 ; Deming, 1991 ; Juran et Gryna, 1993 ; Klein, Motwani et Cole, 1998 ; Morrison, Mobley et Farley, 1996 ; Potter, Morgan et Thompson, 1994 ; Zimmerman, *et al.*, 2006). Les prochains paragraphes démontrent les étapes utilisées par l'approche problème-solution, la recherche action, le PDCA et un modèle de projet d'amélioration présenté par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé en France.

Le problème-solution est basé sur des philosophies qui apportent une direction pour modéliser, collecter et analyser des données, afin d'identifier les problèmes et fournir des solutions (Morrison, Mobley et Farley, 1996). Il a pour méthodologie 5 étapes qui comportent la définition du problème, la collecte et l'analyse des données, l'élaboration des solutions et leur implantation.

La recherche-action est une méthode qui vise à aider des personnes dans une situation problématique. La structure est composée de 6 étapes, soit : une mise en contact avec des personnes clés, faire un diagnostic de l'environnement étudié, déterminer un plan d'action,

passer à l'action, évaluer et retirer l'apprentissage de ce processus afin d'analyser la démarche (Potter, Morgan et Thompson, 1994).

Le PDCA (« plan », « do », « check » et « act ») représente le cycle de Shewhart et fut popularisé par Édouard Deming. Il est utilisé comme un plan directeur aux projets d'amélioration continue (Bellin et Dubler, 2001 ; Douglas et Fredendall, 2004 ; Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2002 ; Klein, Motwani et Cole, 1998 ; O'Connor et Speroff, 2004 ; Potter, Morgan et Thompson, 1994 ; Warburton *et al.*, 2004 ; Zimmerman, *et al.*, 2006). Avec celui de Juran²⁹, ces modèles sont les plus reconnus pour la structure des projets d'amélioration continue (Zimmerman, *et al.*, 2006).

La figure 3.1 présente les 4 étapes du PDCA. Elle illustre le cycle managérial de planification qui impose le passage d'une étape à l'autre (Bernard, 2000 ; Deming, 1991 ; Douglas et Fredendall, 2004 ; Klein, Motwani et Cole, 1998 ; O'Connor et Speroff, 2004 ; Potter, Morgan et Thompson, 1994 ; Warburton, *et al.*, 2004 ; Zimmerman, *et al.*, 2006).

Première étape : le « Plan » est la planification des changements. Un groupe d'individus est constitué afin de gérer le projet et deux méthodes ont été identifiées pour trouver les processus qui causent des dysfonctionnements. Il y a soit la formation d'équipe multidisciplinaire ou l'approche de consultation.

Formée en début du projet, l'équipe multidisciplinaire procède lors de rencontres à des brassages d'idées (Dasch, 1995 ; Klein, Motwani et Cole, 1998 ; Morrison, Mobley et Farley, 1996 ; Naveh et Stern, 2005 ; Potter, Morgan et Thompson, 1994 ; Warburton, *et al.*, 2004 ; Zimmerman, *et al.*, 2006). Le résultat de ces rencontres a pour objectif de cibler les processus fautifs par consensus, guider les individus qui gèrent le projet d'AC au travers des processus défectueux, bâtir les graphiques des processus qui démontrent graphiquement les activités du système et identifier les causes aux problèmes à l'aide du diagramme de causes à effets (ou arête de poisson d'Ishikawa).

²⁹ Le modèle en quatre étapes proposées par Juran est : la définition du projet, le diagnostic, remédier aux problèmes identifiés et capitaliser les gains des changements.

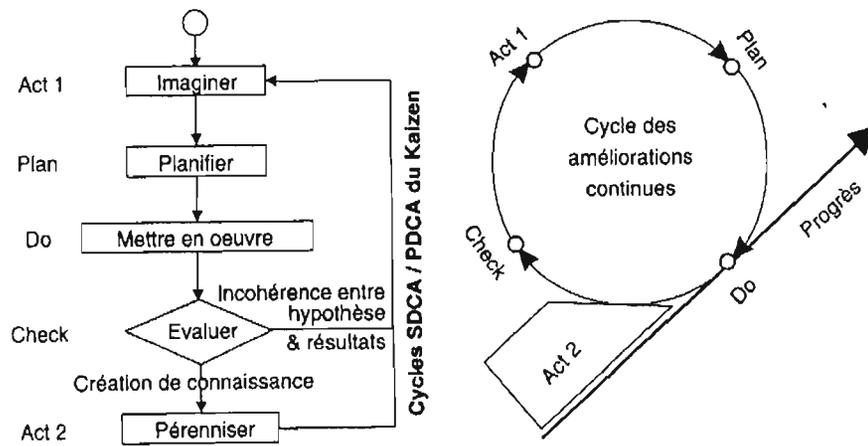


Figure 3.1 Les étapes du cycle d'amélioration (Bernard, 2000)

L'approche de consultation consiste à analyser l'environnement étudié par un ou un groupe d'individus qui viennent de l'interne ou de l'externe. Elle nécessite la collaboration d'employés à l'interne afin d'analyser les processus en cause, construire les graphiques, cibler les sous processus fautifs avec l'aide d'indicateurs de performance, d'histogrammes et la loi de Pareto démontre en priorités les processus à analyser. Dès que cette étape est terminée, on identifie le processus à analyser et on recherche les causes à l'aide du diagramme d'Ishikawa (Chow-Chua et Goh, 2002 ; Crosby, 1986 ; Dasch, 1995 ; Juran et Gryna, 1993). Également, une équipe multidisciplinaire peut être formée dès que les problèmes sont identifiés. Cette équipe ajoute une valeur au projet, car elle formule des solutions plausibles et réalistes au contexte de l'organisation.

Dans les deux cas, une équipe gère le projet d'amélioration continue dont au moins une personne doit posséder les connaissances nécessaires à l'utilisation des outils et de la méthodologie (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (France), 1996 ; Zimmerman, *et al.*, 2006). Au niveau des avantages et inconvénients, la première méthode favorise la participation des individus dès le départ du projet, les équipes peuvent créer une synergie qui facilite le changement, la communication, le partage d'information et les solutions proposées mènent à de grandes améliorations. Toutefois, elle nécessite du temps, de l'énergie et peut créer une synergie négative. La deuxième méthode émet un regard objectif

des processus, car les individus ne sont pas nécessairement des travailleurs de l'organisation, et qui, par ailleurs, bénéficient d'une nouvelle expertise. Cependant, la résistance aux changements et la non-collaboration peuvent être un frein à cette méthode. De plus, l'observateur peut omettre certains faits issus de la réalité de l'organisation, rendant ainsi l'analyse et les solutions proposées impossibles à implanter.

Peu importe la méthode, une équipe gère le projet au début, un plan détaillé démontre les processus fautifs à l'aide de graphique des processus, des outils de mesure témoignent la performance du système et les causes sont identifiées avec le diagramme d'Ishikawa. De plus, avant de procéder au changement, le personnel de l'organisation est informé des dysfonctions et l'équipe qui gère le projet analyse les solutions proposées et organise le changement.

La deuxième étape « Do » consiste à faire la mise en œuvre des changements planifiés à la première étape.

La troisième étape, le « Check » analyse des résultats après le changement et évalue l'évolution des processus.

La quatrième étape, le « Act » est la capitalisation des apprentissages suite aux changements et améliorations des processus. Le suivi se fait à l'aide d'un programme d'amélioration continue et d'un comité de pilotage (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (France), 1996 ; Naveh et Stern, 2005).

Le modèle proposé par l'ANAES en France, élabore les principales étapes de l'amélioration continue ainsi que les outils qui sont utilisés. Il est présenté à la figure 4.2 (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (France), 1996).

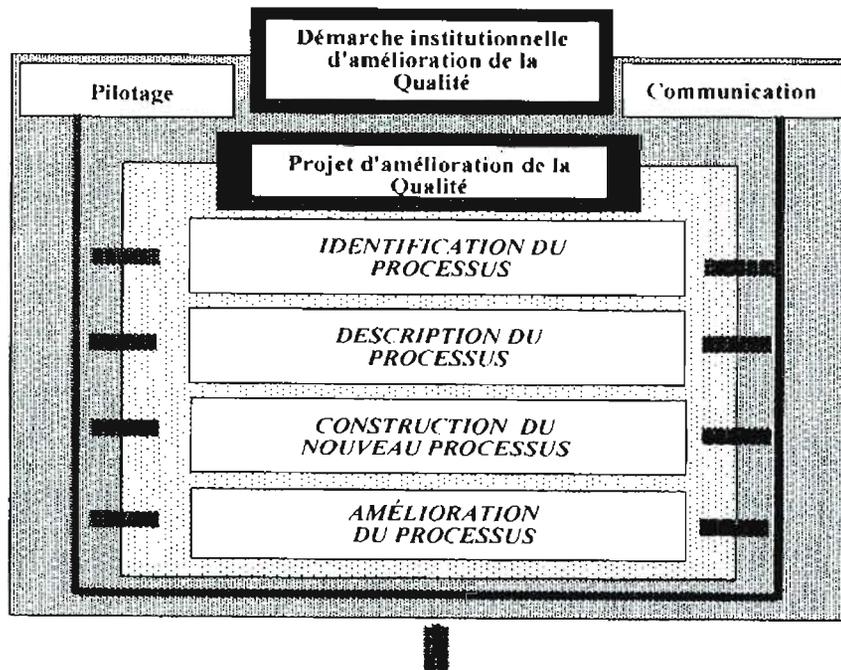


Figure 3.2 Schéma général du cadre méthodologique d'un projet d'amélioration continue (ANAES, 1996)

Préalablement, un responsable du projet définit les limites du processus étudié et les acteurs concernés sont informés du projet. Un document diffusé au personnel, présente sommairement le projet, les forces, faiblesses et les échéanciers. Premièrement, l'identification des principaux processus étudiés doit être délimitée afin de concentrer le champ d'action du projet. Deuxièmement, les processus décrits à l'aide de logigrammes (flow chart) présentent les dysfonctionnements (qui, quoi, où, comment, quand, pourquoi) et pour ce faire, ils sont identifiés par les plaintes, un questionnaire ou un résultat d'enquête client-fournisseur. À ce stade, les dysfonctionnements sont hiérarchisés et l'analyse des causes se fait à l'aide du diagramme d'Ishikawa. La troisième étape représente la construction d'un nouveau processus et il doit répondre aux lacunes identifiées à l'ancien processus. Pour faire le nouveau référentiel, il y a préférablement une équipe de travail (qui peut être la même que celle formée au début du projet) qui élabore des solutions, en considérant les études, les règlements et les expertises existantes. Finalement, la dernière étape est la mise en action de l'amélioration. L'objectif est de rapprocher le déroulement du processus avec le nouveau fonctionnement élaboré au point trois.

Pour s'assurer du succès de cette méthode, cet organisme suggère d'avoir un comité de pilotage avec un responsable du projet. De plus, la communication est primordiale pour la réussite. Il faut que les responsables présentent la démarche qualité à tout le personnel afin qu'ils soient informés de l'évolution du projet. Finalement, l'engagement de la direction est nécessaire, car tous les professionnels doivent être associés aux changements proposés.

3.3.3 Outils de l'amélioration continue

Les outils de l'amélioration continue permettent d'analyser, diagnostiquer, mesurer et cibler les processus ainsi que leurs résultats afin de démontrer la performance, établir un ordre de priorité des dysfonctionnements et en trouver les causes. Deux types d'outils et techniques sont répertoriés, soit ceux d'identification et ceux qui analysent des données (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2002). Les outils d'identification sont les graphiques des processus, la loi de Pareto et le diagramme d'Ishikawa. Les outils qui analysent les données sont ceux issus du contrôle statistique, soit les cartes de contrôles, les histogrammes et tout autre graphique. D'autres concepts sont utilisés afin de cibler les problématiques qui favorisent la participation des travailleurs, soit les groupes de discussion et les équipes multidisciplinaires, ainsi que les observations, interviews (dirigés et semi-dirigés) et questionnaires.

3.3.3.1 Les outils d'identification

L'étude des processus permet de comprendre l'ensemble complexe des tâches à réaliser par la multitude d'acteurs concernés afin d'avoir un aperçu global de l'organisation (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (France), 1996). Généralement, les processus d'une organisation sont planifiés et mis en œuvre dans des conditions maîtrisées, afin d'apporter une valeur ajoutée. Certains auteurs mentionnent le terme « avantage compétitif » (Cattan, Idrissi et Knockaert, 2003). Cette approche représente l'ensemble de l'ingénierie qui compose le système, tout en démontrant ce qui est unique à chaque organisation. L'analyse des processus offre une vision transversale des modes opératoires favorisant le décloisonnement des activités. L'avantage de décrire les activités en processus

permet de connaître les caractéristiques organisationnelles à partir d'une situation objectivée, car elles sont basées sur des faits et non sur des opinions. Par ailleurs, elle donne une meilleure vision de l'environnement, la culture de l'organisation ainsi que son leadership (Klein, Motwani et Cole, 1998 ; Potter, Morgan et Thompson, 1994).

La gestion des processus vise à accroître l'efficacité voire l'efficience de l'organisme, et ce, en procédant à une analyse critique de leur fonctionnement actuel (Cattan et Association française de normalisation., 2001). Cette analyse est impérative pour l'organisation qui veut améliorer sa performance en augmentant la satisfaction des clients tout en se focalisant sur l'amélioration des activités internes (Herniaux et Noyé, 2001). Elle démontre l'ensemble des activités sous forme de processus et sous processus et présente graphiquement les principaux dysfonctionnements tout en montrant les acteurs concernés (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (France), 1996 ; Anderson, 1992 ; Chow-Chua et Goh, 2002 ; Dasch, 1995 ; Fracassi et Faruggio, 1994 ; Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2002 ; Klein, Motwani et Cole, 1998 ; Morrison, Mobley et Farley, 1996 ; Potter, Morgan et Thompson, 1994). Cette analyse démontre également le lien qui existe entre les sous processus et quelques changements qui peuvent être suffisants pour améliorer considérablement le processus général.

Pour construire ces graphiques, les organisateurs procèdent à des observations directes et des interviews (dirigés ou semi-dirigés) sur le cheminement du client en identifiant les points d'interactions avec le système. Cette démarche mène à comprendre les processus en fonction de l'optique du client et démontre la manière dont l'offre de service est structurée pour le bénéficiaire du service (Shostack, 1987). Effectuer ce type d'analyse place le client au centre des activités, tout en présentant l'ordre précis suivi par ce dernier. C'est grâce aux diagrammes des flux qu'il est possible d'identifier les points de défaillance potentiels, faciliter le contrôle et son analyse. L'objectif de la cartographie des processus permet l'identification des goulots afin de procéder à des mesures correctives qui améliorent la gestion et le service donné aux clients. Toutefois, les observations directes nécessitent une grande rigueur méthodologique et elles doivent être validées par d'autres intervenants qui ont

l'autorité et la crédibilité de le faire (Morrison, Mobley et Farley, 1996 ; O'Connor et Speroff, 2004).

Au niveau technique, la description d'un processus se caractérise par l'élaboration des extrants. L'analyse du processus principal décortique tous ses sous-processus. Elle démontre non seulement la relation entre tous les clients internes et externes, mais également elle saisit à l'intérieur d'un réseau, la série d'activité effectuée par, soit un employé ou un ordinateur, etc. Chaque réseau est influencé par des flux de matières, d'informations, de relations humaines parsemés des contraintes et démontre la complexité issue de ces relations (Vachette, 1990). Il est courant de constater durant l'élaboration des processus que des circuits d'informations ou de fonctionnement de certains services peuvent être améliorés (Berger et Guillard, 2000). Il est possible aussi de savoir si le système génère des produits ou services conformes aux exigences des clients internes et externes. De cette façon, la description présente l'enchaînement et la transversalité du processus, faisant ainsi ressortir le travail de chacun et élimine le cloisonnement des activités.

Concernant l'analyse de la performance et les résultats des processus, ils doivent être représentés par des mesures valides puisées des archives, des données électroniques, des rapports et des livres internes (Klein, Motwani et Cole, 1998 ; Naveh et Stern, 2005). L'analyse des données selon la loi de Pareto cible par ordre d'importance les dysfonctionnements prioritaires des processus. Selon cette loi, 80% des problèmes sont dus à 20% des causes. Cette étape est une évaluation statistique des problèmes qui oriente les efforts d'amélioration vers les processus défectueux qui ont le plus d'impact sur la performance du système (Bellin et Dubler, 2001 ; Chow-Chua et Goh, 2002 ; Crosby, 1986 ; Juran et Gryna, 1993).

Le diagramme d'Ishikawa ou les 7 M (main d'œuvre, méthode, management, matière, machine, monétaire, milieu) établit les relations de causes à effets pour identifier les causes exactes des problèmes retenus selon la loi de Pareto ou par les groupes multidisciplinaires (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (France), 1996 ; Chow-Chua et Goh, 2002 ; Dasch, 1995 ; Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations,

2002). Également, le questionnaire est utilisé afin de connaître la satisfaction et la perception de la clientèle (Dasch, 1995 ; Potter, Morgan et Thompson, 1994).

3.3.3.2 Les outils d'analyse des données

Ce sont les outils statistiques et les cartes de contrôles. Le contrôle statistique permet de déterminer si le niveau de qualité est acceptable (en fonction des exigences) et de cibler des courbes de tendances. Les outils statistiques servent à décrire le passé, à modéliser le futur à l'aide des données du passé et évaluer si la réalité est conforme au modèle défini (Vachette, 1990). Les statistiques sont regroupées en trois familles, en premier lieu la statistique descriptive qui organise les informations recueillies sur un échantillon, ensuite la statistique probabiliste fournit les lois qui permettent de modéliser la variation naturelle des procédés et finalement, la théorie des tests a l'utilité de valider les modèles et traite les cas plus complexes (Vachette, 1990). Pour le système de la santé, les statistiques sont utilisées pour présenter les variations du nombre de patients ambulatoires par jour, du niveau de patient au triage, de la cote obtenue et du taux des dossiers incomplets. (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2002). Ces données sont interprétées à l'aide de graphiques et l'objectivité des professionnels.

Les représentations graphiques présentent les statistiques par des histogrammes, des graphiques à point ou des diagrammes à bâton. Ces derniers sont construits à l'aide de collecticiels et représentent les résultats ou des mesures dans un contexte précis. Ils donnent des indications sur la forme de distribution, la position centrale et la dispersion (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2002 ; Vachette, 1990). La représentation numérique représente l'aspect arithmétique de la moyenne et l'écart-type de la distribution. Ces résultats indiquent les tendances et les dispersions du processus analysé.

Les cartes de contrôle sont des outils qui, à l'aide de limite de tolérance et de moyenne, démontrent graphiquement la performance du système pour une période de temps. Elles définissent les paramètres d'un procédé et les caractéristiques d'un produit ou service (Vachette, 1990). Il y a les cartes de contrôle par attribut, par mesure variable et d'autres

types de carte qui sont employés lorsque les contextes sont spécifiques et que les distributions sont anormales.

3.3.3.3 La participation des employés

Le JCAHO (2002) mentionne qu'il est important de considérer l'expertise interne des travailleurs. La formation d'équipe multidisciplinaire ou de groupe de travail se compose soit au début de l'intervention ou lorsque les problèmes sont identifiés (Dasch, 1995 ; Klein, Motwani et Cole, 1998 ; Naveh et Stern, 2005 ; Potter, Morgan et Thompson, 1994 ; Zimmerman, *et al.*, 2006). Par leur dynamisme, ces groupes identifient des problèmes et présentent des solutions représentatives du contexte de l'organisation. Pour favoriser une participation continue, un programme de motivation des employés s'avère être un outil qui favorise le succès de la démarche (Naveh et Stern, 2005).

En conclusion, les quatre approches de l'amélioration continue ont une structure semblable, et les résultats sont les mêmes au niveau de l'accomplissement d'un projet d'amélioration continue. Toutefois, le moyen pour y parvenir diffère d'un projet à l'autre. Que ce soit les outils, le type de management, la culture, ce type de projet a du succès lorsque le leadership de la direction le supporte. Une organisation qui favorise la participation des employés de tous les niveaux hiérarchiques à l'intérieur des équipes multidisciplinaires augmente les chances de succès face aux changements proposés par le projet d'amélioration continue. Les facteurs de réussite reflètent la philosophie de base de la méthode, soit le désir de toujours faire mieux et améliorer constamment ce qui se fait.

3.4 La résistance aux changements

Les projets d'amélioration continue mènent les organisations à changer leurs pratiques. Ainsi, cette section présente les principaux concepts de la résistance aux changements, suivi de la situation qui prévaut au secteur de la santé.

3.4.1 Les concepts généraux de la résistance aux changements

Imminent à la croissance de chaque organisation, le changement est motivé par le progrès technique et l'évolution des approches managériales. Nécessairement, les employés en subissent les répercussions et doivent ajuster leurs méthodes actuelles afin d'atteindre les nouveaux objectifs. Ainsi, les précurseurs des nouvelles pratiques expérimenteront le concept de la résistance au changement (Bon, 2000). Cette dernière est normale, car les employés sont inquiets face au changement et personne n'est à l'aise devant l'incertitude. La résistance vient du fait que le changement impose une modification du travail et l'employé éprouve de la difficulté à accepter la réalité ainsi que de faire un retour sur ses manières de procéder (Martin, 2000). Son individualisme considère ses intérêts personnels avant d'assumer le changement proposé. Changer les mentalités et les habitudes de travail constituent l'un des problèmes de gestion qui est le plus ardue pour les gestionnaires et si aucune mesure n'est effectuée, les employés risquent de résister aux changements (Cattan et Association française de normalisation, 2001). L'organisation doit ainsi mobiliser l'énergie nécessaire et certains auteurs suggèrent de créer un mouvement de « panique » (Augustine, 2000 ; Kotter, 2000). Les dirigeants doivent trouver des moyens transparents afin de gérer le changement et de parvenir à l'équilibre entre la collaboration des employés et l'atteinte des nouveaux objectifs (Duck, 2000). Ils doivent motiver le personnel et activer leur volonté afin d'adhérer aux risques suggérés (ou imposé).

Toutefois, le changement prend du temps, car il est d'ordre culturel (Martin, 2000) et le rythme est difficile à imposer. En considérant le changement au niveau de la culture, de la vision, et des contingences de l'organisation, ce processus atténue la résistance. Les employés doivent comprendre la nature et les raisons qui motivent le changement, car ils ont une certaine fidélité à l'organisation. Ce contrat social est lié entre l'employé et l'employeur dans une relation donnant-donnant (Strebel, 2000). Certaines organisations considèrent le capital humain comme étant une force incroyable, allant jusqu'à l'avantage concurrentiel. Ainsi, lorsque les changements s'imposent, les employés ne doivent pas être considérés comme des actifs statiques, mais plutôt comme des individus qui savent comment améliorer le travail et souvent ils connaissent les meilleures orientations pour favoriser le succès des changements.

Par ailleurs, une grande partie de la résistance vient lorsque les employés se font imposer le changement (Bon, 2000).

Kotter soulève huit erreurs lors des changements, soit : ne pas stimuler suffisamment le sentiment d'urgence, ne pas constituer de noyau dur qui gère le changement, manquer de vision, minimiser l'effort de communication, laisser des obstacles lors du changement, ne pas se donner des repères sur le court terme, crier victoire trop vite et ne pas ancrer les changements dans la culture de l'entreprise (Kotter, 2000). Ainsi, il est préférable de planifier le changement et de penser à la manière dont les employés vont le percevoir et la transparence s'avère plus rentable que les cachotteries. La communication est importante et il faut compter sur l'intelligence des employés, « si un changement est nécessaire, ils le savent et si la voie proposée est convaincante, ils y adhèrent » (Bon, 2000, p.9).

3.4.2 Le changement dans le secteur de la santé

Parvenir à un niveau acceptable de qualité est un chemin parsemé d'obstacles et le secteur de la santé comporte ses particularités. Pour réussir l'implantation de programmes de qualité, il doit être intégré au mode de vie de l'organisation (Crosby, 1986). L'organisme doit modifier et adapter sa culture afin de faire accepter les changements que va occasionner l'obtention de la qualité. Ainsi, le leadership et l'encadrement de la direction doivent donner le soutien nécessaire aux employés afin de faciliter l'adoption des concepts de la qualité. Toutefois, les méthodes de gestion tendent à se modifier, laissant la culture d'entreprise derrière les changements proposés par les concepts de qualité (Cattan et Association française de normalisation., 2001). Les prochains paragraphes présentent le contexte de la résistance aux changements du secteur de la santé et au secteur de la qualité hospitalière au Québec.

Avant tout projet d'amélioration, la gestion du changement est nécessaire. Outre la nécessité du leadership des dirigeants, les organisateurs des projets d'amélioration doivent faire comprendre aux acteurs la nécessité du changement et la nature des défis à relever. Pour ce faire, ils devront proposer une nouvelle vision, mobiliser l'énergie, changer les valeurs et de munir l'équipe d'intervention de moyen pour y arriver (Allaire et Firsirotu, 2004). Autant

pour l'amélioration continue que pour tout autre concept de la qualité, la clé du succès dépend de la volonté et de la capacité organisationnelle à mettre toute l'énergie et les outils nécessaires à la disponibilité des acteurs pour que le changement soit possible. Pour y parvenir, la réussite dépend davantage de la volonté et de la motivation que des compétences techniques et matériels. Le personnel doit d'être informé de la nature et de l'importance de ces changements, rendant ainsi la communication comme un atout important afin de réussir le projet. Sinon, il y aura une forte résistance et l'imposition du changement peut grandement freiner toutes tentatives d'amélioration de la qualité (Mitonneau, 2003).

Une étude présentée à la commission sur l'avenir des soins de santé au Canada démontre plusieurs paradoxes des dernières réformes qui avaient comme objectif de trouver un meilleur équilibre entre la finance, la fiscalité et l'offre des soins de santé. Un des paradoxes fait référence à la vision des gestionnaires du système qui font des choix afin d'en contrôler les coûts, et ce, au détriment des patients et professionnels de la santé. Ils initient le changement en se préoccupant davantage de l'efficience à court terme et de la réduction des dépenses, et par conséquent, ces actes diminuent la qualité de vie au travail et affectent les patients (Dallaire et Normand, 2002). Ces actions ont eu pour effet de créer un climat de morosité et d'épuisement, provoqués par une surcharge du travail des professionnels et par les décisions de gestions axées sur le court terme. Les contraintes budgétaires mènent au paradoxe entre le besoin de personnel et la décision de le réduire, ce qui représente une source importante de dépenses. Ce point est considéré comme étant un manque de considération de la part du personnel. Par ailleurs, tout changement est soumis à des gagnants et des perdants (Dallaire et Normand, 2002). La résistance est fondée sur le désir d'éviter des pertes et il est important que les coûts du changement ne soient pas assumés par les individus, au profit du système. Par conséquent, le fait de prôner la nécessité de changer doit se faire en considérant les personnes qui subissent les changements. Toutefois, la réalité démontre que ces personnes sont les moins considérées, créant ainsi de l'incompréhension devant l'évolution proposée par les décideurs du système. Les changements motivés par des valeurs libérales ne se justifient pas devant des raisons cliniques et plusieurs professionnels de la santé sont peu familiers avec ce discours et en reçoivent peu d'information. Cette incompréhension attise

davantage la résistance aux changements. Ainsi, les auteurs démontrent que les décideurs doivent considérer davantage le personnel qui est au cœur de la prestation de soin.

Une étude effectuée par Lozeau (2002) brosse un portrait de la situation réelle de la qualité dans les hôpitaux au Québec. À l'aide de deux recherches dans 13 CH qui ont plus de 100 lits, soit une effectuée entre 1994 et 1996 et l'autre en 2000, ils ont procédé à des entrevues semi structurées à tous niveaux hiérarchiques sur le fondement et l'évolution des outils de la qualité.

Le premier constat démontre que la qualité hospitalière au Québec est grandement différente des écrits sur le sujet aux États-Unis. Pour les Américains, les principes de qualité ont pour motivation stratégique d'augmenter la satisfaction de la clientèle, fidéliser les clients, car chaque client représente des entrées d'argent. Au Québec, la satisfaction de la clientèle arrive en deuxième point, car les CH sont des organismes à but non lucratifs et les clients ne sont pas des incitatifs économiques, ils représentent des dépenses et non des revenus. La source de financement public est un problème chronique confronté à un contexte dont la demande est supérieure à l'offre. De surcroît, le système bureaucratique imposé par la hiérarchie médicale gravite dans un cadre réglementaire rigide et lourd, qui favorise le travail en silo. Cette dynamique organisationnelle s'écarte des principes de la qualité surtout de ceux de l'amélioration continue qui prônent des systèmes participatifs sur les approches clients fournisseurs, au lieu d'être axés sur les rapports hiérarchiques traditionnels.

Tous les sites à l'étude, à l'exception d'un hôpital, entrevoient la qualité comme un processus qui s'effectue lorsque le conseil canadien d'agrément vient analyser la situation du CH en fonction des critères d'évaluations qui lui accordent l'accréditation du CCASS. Cet organisme a adopté le virage de la qualité qui représente à ce jour, des pratiques incontournables. Toutefois, la qualité est perçue par les professionnels comme une activité qui augmente la bureaucratie et qui est complexe à appliquer. Également, un problème subsiste entre la légitimité sociale des soins et l'efficacité technique, car il y a une pression interne qui ne permet pas d'inciter tous les professionnels à s'investir dans les activités de gestion de la qualité. Ainsi, la résistance aux changements est présente lors de ces

programmes, car plusieurs professionnels ne croient pas aux projets et les perceptions diffèrent selon la spécialité du professionnel.

Certains cadres hésitent à s'engager dans la gestion de la qualité, car ils évitent de se trouver au centre d'un processus de décentralisation administrative qui, selon eux, risque d'être perdant. Ainsi, la peur de ne pas maîtriser ce qui arrive ne permet pas d'enrailler la technocratie issue de la bureaucratie. Lorsque la qualité se heurte à des aspects profonds de l'organisation, cette étude fait le constat qu'étant loin de déclencher un changement organisationnel majeur, cette approche tend plutôt à être absorbée par la dynamique inverse. Ainsi, se trouvant devant un manque d'intégration horizontale et verticale, il est plus que nécessaire d'avoir une vision stratégique rectiligne dictée par le sommet de l'organisation ou par ses responsables.

En conclusion, Lozeau prétend que la qualité a pour effet de diminuer les effets espérés de la qualité par rapport à l'efficacité et l'efficacités des systèmes. Elle augmente la bureaucratie, et démontre qu'il est difficile de bien gérer la qualité dans les organismes publics, car la résistance aux changements est grande et les syndicats se méfient de ces programmes. Ce sentiment de méfiance est omniprésent et la protection des emplois, autant pour les cadres que les travailleurs, se traduit par l'augmentation de la bureaucratie et de la technocratie. Toutefois, ayant hérité de la pression pour améliorer les pratiques médicales, les infirmières sont, depuis les années 1985 à 1990, responsables des programmes de qualité. Sans être dans l'obligation d'imposer des pratiques de qualité à un corps professionnel, Lozeau mentionne que la résistance est moins grande lorsque les individus participent promptement aux programmes de qualité. De plus, les modèles de qualité ne sont pas identiques d'un CH à l'autre, car chaque site a un environnement qui lui est propre. De même, il questionne le processus d'agrément qui se répète tous les trois ans, car selon ses observations, certains CH considèrent les programmes de qualité quelques semaines avant l'agrément afin d'en satisfaire les normes. Finalement, il croit que deux leviers sont nécessaires pour implanter la qualité comme action quotidienne, soit : premièrement, de modifier la structure organisationnelle fondée sur une dynamique transfonctionnelle et dans un deuxième temps, laisser le temps à l'organisation de s'adapter à la qualité.

Ainsi, la qualité doit être appliquée de façon différente, selon le contexte du système, en fonction des individus et de la synergie collective. Les changements remettent en cause le système de soins ainsi que les relations sociales issues d'une hiérarchie traditionnelle et une nouvelle forme de communication s'installe entre les acteurs (Escolan, 2001). Il est suggéré de ne pas chercher des solutions et approches technocrates de la qualité, mais bien de trouver des consensus réalistes en fonction du contexte qui prévaut dans le système de santé. Cette remarque permet de comprendre qu'il est utopique d'imposer des normes de qualité non applicables dans certains contextes. La compréhension des ressources humaines (RH) face aux méthodes (outil) de qualité dépend de leurs ouvertures et perceptions. Il est indispensable de mettre en place les ressources et les outils nécessaires aux RH pour développer tout projet d'amélioration continue. Le succès réside dans l'équilibre entre la récompense et l'assurance du développement de l'amélioration (Haddad, Roberge et Pineault, 1997).

Finalement, en considérant le manque de participation des travailleurs et la méfiance face au concept de la qualité, les programmes d'amélioration de la qualité doivent être entrepris en considérant les travailleurs. Sans leur aide, de la résistance peut se faire sentir.

3.5 Lien entre les problématiques et les concepts de la qualité

Au Québec, les urgences subissent des problèmes d'engorgement qui perdurent depuis plus de 30 ans, et ce, malgré les dernières réformes, les mesures de contrôles du MSSS, les référentiels du CCASS et les outils du guide de gestion de l'unité d'urgence. Considérant les problèmes de la résistance aux changements et de la méfiance des employés envers les programmes d'amélioration de la qualité, les organisations en santé doivent trouver des moyens afin d'offrir un service qui réponde aux attentes de la population, des professionnels de la santé et des décideurs politiques. Elles doivent aussi, en fonction des problèmes liés aux financements, trouver les moyens d'être les plus efficaces possibles face à une demande en croissance continue.

Les organisations sont intéressées aux concepts de la qualité et depuis peu, elles les utilisent. Selon le niveau de qualité recherchée, les concepts d'amélioration continue devraient répondre aux problématiques de l'engorgement afin d'ajouter de la valeur au processus, tout en améliorant la performance du système. À l'aide d'une étude de cas, les prochains chapitres présentent l'application des outils de l'amélioration continue à l'étape de la planification de la structure méthodologique du PDCA. Le chapitre suivant expose en détail la méthodologie utilisée à l'analyse de cas.

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

Dans le but de mieux comprendre la problématique des urgences, nous utilisons l'approche systémique (Tormen, 1991). Cette approche analyse le système dans sa totalité, sa complexité, sa dynamique, tout en présentant les faits réels (Ouellet, 1981) et permet de comprendre le fonctionnement global d'un phénomène au lieu de le réduire à ses éléments. Elle vise à rendre l'action plus efficace et englobe non seulement la totalité des éléments d'un système, mais aussi les liens qu'ils entretiennent entre eux.

Selon le raisonnement des auteurs qui ont appliqué les outils de l'amélioration à l'intérieur de l'unité d'urgence et d'un hôpital, c'est l'étude de cas ou étude synthétique qui a été utilisée (Clark, 2005 ; Dasch, 1995 ; Fracassi et Faruggio, 1994 ; Klein, Motwani et Cole, 1998 ; Potter, Morgan et Thompson, 1994 ; Zimmerman, *et al.*, 2006). La recherche expérimentale ou quasi expérimentale qui procède par une approche analytique, cartésienne et positiviste de la science se distingue de la recherche synthétique qui se veut systémique.

Selon Robert Yin (1989), l'étude de cas s'applique lorsque le chercheur veut faire un portrait de la réalité d'un sujet au moment étudié. Elle s'applique lorsque les contextes étudiés diffèrent et que l'information vient de plusieurs sources différentes (Yin, 1989). « La puissance explicative de cette stratégie repose sur la cohérence de la structure des relations entre les composantes du cas, ainsi que sur la cohérence des variations de ces relations dans le temps. La puissance explicative découle donc de la profondeur de l'analyse de cas et non du nombre des unités d'analyse étudiées » (Contandriopoulos, Bélanger et Nguyen, 1990, p.37). Ce type de recherche laisse une grande latitude au jugement du chercheur qui filtre l'information. Toutefois, il se doit de rester le plus objectif possible. Les perceptions peuvent être différentes les unes des autres et augmentent l'importance de l'aspect traitant de la rigueur, car le chercheur doit représenter la réalité observée (Yin, 1989).

L'étude de cas est qualitative et divisée en quatre pôles, soit ; l'épistémologie, la théorie, la morphologie et la technique (Lessard-Hébert, Goyette et Boutin, 1995). À la section 4.1, l'aspect épistémologique situe l'objectif scientifique et présente la problématique, les questions et hypothèses de la recherche. La section 4.2 présente le contexte théorique ainsi que les grandes lignes de la recherche. L'aspect morphologique à la section 4.3 situe la population, le processus, la durée et des limites de l'étude. La section 4.4, présente les moyens entrepris pour obtenir et traiter les données afin d'en tirer des conclusions. Finalement, la section 4.5 présente les critères de validité que doit rencontrer une étude de cas. Dans cet ordre, les prochains paragraphes exposent le cadre méthodologique de la recherche.

4.1 La problématique, questions et hypothèse de recherche

Cette recherche a pour but de démontrer que l'utilisation des outils de l'amélioration continue permet l'analyse détaillée des composantes du système de l'urgence et ses sous-systèmes afin d'identifier les causes liées au phénomène d'engorgement, pour ensuite émettre des solutions réalistes et applicables aux contextes étudiés.

Cette recherche a pour prémisse quatre questions :

- Est-ce que cette démarche s'adapte au système de santé québécois ?
- Est-ce que les outils de l'amélioration continue ciblent les problèmes prioritaires de l'urgence ?
- Est-ce que cette démarche apporte de réelles pistes d'améliorations aux problèmes identifiés ?
- Est-ce que les outils de l'amélioration continue peuvent améliorer en permanence les processus ?

Ces questions mènent à l'hypothèse suivante :

- L'application de l'amélioration continue dans l'unité d'urgence, considérée comme un sous-système du système hospitalier du réseau de la santé, est un outil de gestion

performant qui permet d'identifier et cibler les causes du problème de l'engorgement afin de les prévenir, les éliminer ou les réduire dans le but d'augmenter la performance et la qualité de service tout en diminuant les coûts de non-qualité.

4.2 Les objectifs de la recherche

Nous voulons démontrer l'impact des outils de l'amélioration continue à l'intérieur d'une unité d'urgence. Pour ce faire, nous utilisons le cadre méthodologique d'une étude de cas unique qui comporte plusieurs niveaux d'analyses (Contandriopoulos, Bélanger et Nguyen, 1990 ; Yin, 1989). Nous orchestrons la démarche avec le modèle théorique du PDCA à l'étape de la planification.

Nous pensons que les outils de l'amélioration continue mènent à identifier les dysfonctionnements les plus critiques de l'engorgement des urgences. Les graphiques de processus aident à la compréhension et à l'analyse du système. L'analyse des indicateurs de la performance cible le type de patient et la catégorie de maladie qui, selon la loi de Pareto, occasionnent les principaux dysfonctionnements. Par la suite, les relations de causes à effets en présentent les raisons. En s'attardant aux problèmes identifiés par ces outils, il est possible de bâtir des solutions qui éliminent les facteurs d'engorgement propres au centre étudié. La mise en application des propositions relève des prérogatives de l'institution.

4.3 La population, le processus, la durée et les limites de l'étude

La population de l'étude se limite à une unité d'urgence à l'intérieur d'un centre hospitalier secondaire³⁰ de la région de Montréal. Les observations ont débuté à la période³¹ 4 de l'année 2005-2006, pour se terminer à la même période en 2006-2007. Les périodes 1 à 11 de l'année

³⁰ Les centres hospitaliers ont une classification qui dépend de la complexité du niveau de soins qu'ils peuvent traiter. Les termes primaire, secondaire et tertiaire ont les mêmes significations que les soins de première, deuxième et troisième ligne.

³¹ Chaque année est divisée en 13 périodes et ils comptent 28 jours sauf pour la période un, qui est composée de 29 ou 30 jours (dépendamment de l'année).

2005-2006 ont servi de références pour l'analyse des indicateurs afin de trouver les processus qui causent des dysfonctionnements.

Le point de départ de la recherche est l'urgence, mais nous sommes conscients que les outils de l'amélioration continue peuvent mener à des processus défectueux à l'extérieur de ce sous-système. Ainsi, nous avons élargi les possibilités d'action à l'intérieur d'un système plus vaste soit le centre hospitalier. Toutefois, si les processus défectueux identifiés sont liés à d'autres organismes en amont ou en aval, ils ne pourront être analysés.

Cette étude se restreint également à un centre hospitalier. L'analyse comparative n'a pu être possible à cause des difficultés d'obtention des autorisations pour mener les investigations d'autres centres hospitaliers intéressés au projet. Donc, il est difficile de généraliser ces résultats à d'autres centres hospitaliers. De plus, l'analyse d'un environnement systémique plus complexe peut nous mener à manquer d'information. Il est possible aussi que les recommandations manquent de rigueur, car des contraintes organisationnelles, des règlements ou politiques peuvent nous être omis lors de l'intervention.

4.4 L'aspect technique de l'étude

La présente section expose en détail les moyens entrepris lors de l'application des outils de l'amélioration continue à l'étape de la planification du PDCA. Ne faisant pas partie du personnel du CH étudié, nous avons privilégié l'approche de consultation³².

Avant la rentrée sur le terrain, nous avons présenté un document concis aux dirigeants de l'hôpital qui présente la nature du projet, les objectifs poursuivis, l'information recherchée et les attentes du chercheur. Ce document se trouve à l'appendice A (p.172). Toutefois, certains centres hospitaliers requièrent un protocole de recherche qui est un document plus complet et détaillé (Contandriopoulos, Bélanger et Nguyen, 1990).

³² Respectant l'avis de confidentialité signé au CH, aucun professionnel ne peut être identifié lors des observations et aucune entrevue ni sources des documents ne sont divulguées. Toutefois, ces documents sont à la disposition de toute personne voulant les vérifier. Également, aucun patient n'a été interviewé, dossier médical consulté.

Par la suite, les dirigeants nous ont référé aux professionnels influents de l'urgence qui nous ont ouvert l'accès au service. Ces professionnels ont informé les autres professionnels du but et des objectifs poursuivis par notre étude. Également, ils nous ont familiarisé aux protocoles et procédures en vigueur. Cette démarche est suggérée par Yin (1989), car elle permet d'entrer sur le terrain et donner accès aux ressources. Par la suite, il fut de notre devoir d'ordonner les activités afin d'extraire les données et analyser l'information.

L'étape de la planification nécessite beaucoup d'outils qui servent à obtenir de l'information. En plus de l'analyse de documents internes et des données informatiques, nous avons collecté d'autres données grâce à l'aide et à la participation des professionnels. Cette collaboration nous a permis aussi de comprendre le processus et l'environnement de l'urgence. Ces contacts ont pris plusieurs formes, telles : les entrevues semi-dirigées et des observations directes.

Nous avons analysé les documents internes afin de savoir quels sont les travaux qui ont déjà été effectués pour améliorer la qualité des processus. Nous nous sommes habitués à l'environnement de l'urgence en ciblant les principaux processus. Par la suite, nous avons effectué des observations directes et des entrevues semi-dirigées, dans le but d'analyser et refléter, à l'aide des graphiques des processus, le fonctionnement du système. Nous avons observé toutes les étapes où les patients entrent en relation avec un professionnel ainsi que son travail. Nous avons noté tous les intrants, extrants, ainsi que les ressources utilisées par ces professionnels.

Les processus et professionnels suivants furent observés :

- Le processus du triage ; l'infirmière assignée au triage,
- Le processus d'ouverture de dossier, d'admission et des archives ; les commis affectés à ces postes,
- Le processus du diagnostic médical ; le médecin ainsi que l'infirmière à l'évaluation,
- Le processus d'observation, de décision et de la liaison en santé mentale et en médecine générale ; le commis à l'observation, l'infirmière en chef et son assistante,

l'infirmière à l'observation et ceux qui s'occupent de la liaison, un médecin, ainsi que le coordonnateur médical.

- Les processus liés à l'environnement de l'urgence, dont les tests médicaux, le laboratoire, l'imagerie médicale et la pharmacie ; les professionnels affectés à ces activités.

Ainsi, nous avons une vision globale de la réalité du système et des professionnels qui interagissent sur les processus.

Lors des observations, nous posons des questions et les professionnels expliquaient leur travail pendant qu'ils s'occupaient des patients. Ces entretiens ont duré près d'une heure par poste. Avec des professionnels influents, nous avons approfondi les concepts de la mission de l'urgence, des indicateurs ainsi que les processus à améliorer. Nous avons fait des entrevues semi-dirigées avec l'infirmière en chef, l'assistante-infirmière en chef, un gestionnaire coordonnateur et adjoint au DSPH, le médecin coordonnateur de l'urgence et finalement, le médecin-chef de service de l'urgence. Par la suite, nous avons élaboré les graphiques des processus qui illustrent le cheminement des patients à l'intérieur de l'urgence.

Ensuite, nous avons procédé à l'examen du système avec les moyens de contrôle existants. Une multitude d'indicateurs sont disponibles et présentent la performance sous plusieurs aspects suite à la réalisation de l'évènement. Toutefois, l'absence de liens entre ces indicateurs a pour effet d'augmenter la difficulté d'analyse. Le seul constat possible est l'identification des endroits où la performance est faible pour remonter aux causes. À cet effet, nous avons pris comme instruments de travail les indicateurs officiels du MSSS et les indicateurs internes pour étudier d'une part, l'évolution de la clientèle (intrants) et d'autre part, les patients sur civières et admis (extrants) pour identifier le type de patient et la catégorie de maladie qui causent des problèmes sur le fonctionnement de l'urgence.

Indicateurs du MSSS

Les données du MSSS diffèrent quelque peu de celles qui se retrouvent dans l'hôpital étudié. Les résultats des traitements des données du MSSS ne sont disponibles que trois mois suivant la date de prélèvement. Les hôpitaux détiennent un système d'information interne, tel que

SIURGE³³, qui fonctionne en parallèle avec les données du MSSS. Pour marquer ces différences, nous avons abordé séparément :

- Les données du MSSS avec la DMS des patients hospitalisés, des demandes d'admission et du transfert des patients vers l'unité de soin, le taux d'occupation des civières ainsi que des 24 et 48 heures.
- Les données de l'hôpital avec les DMS et 48 heures en médecine générale et en santé mentale.
- La chronologie des 48 heures afin de valider l'analyse des 11 périodes étudiées.

Évolution de la clientèle

L'évolution des usagers (les intrants de l'urgence), du processus du triage, des délais de prise en charge, ainsi que de l'utilisation des civières.

Les patients sur civières

La gravité du cas des patients (les extrants), des consultations demandées, des orientations possibles, des types de demande d'admission, des patients sur civière et admis et 48 heures en fonction de la cote au triage et la proportion absolue et relative des patients.

Cette analyse a ressorti le type de patient qui semble causer le plus de problèmes sur le fonctionnement et la performance de l'urgence. Ensuite, à l'aide de la loi de Pareto, l'analyse des catégories de maladie fait ressortir, par ordre d'importance, la principale demande des patients sur civière et admis, ainsi que des 48 heures. À cette étape, nous avons identifié le type de patient et la catégorie de maladie goulot et le diagramme d'Ishikawa en précise les causes.

Finalement, nous avons élaboré des solutions qui répondent au contexte de l'hôpital étudié.

³³ Siurge est un système informatique adapté pour les urgences et hôpitaux. Il sert de base de données.

4.5 La validité des études de cas

L'étude de cas unique avec plusieurs niveaux d'analyses offre un potentiel élevé de validité interne (Contandriopoulos, Bélanger et Nguyen, 1990 ; Yin, 1989), car elle repose sur la capacité de mettre à l'épreuve de façon simultanée l'ensemble des relations du modèle théorique (Contandriopoulos, Bélanger et Nguyen, 1990). Deux raisons expliquent la nature de la validité interne. Dans un premier temps, la qualité, la complexité et l'exhaustivité de l'articulation théorique sur laquelle s'appuie l'étude. Deuxièmement, l'adéquation entre le mode d'analyse choisie et le modèle théorique.

L'appariement du modèle à la réalité consiste à comparer la configuration théorique avec la configuration empirique (observée) afin de juger de la conformité entre le modèle et la réalité (Contandriopoulos, Bélanger et Nguyen, 1990 ; Yin, 1989). « Si les observations se rapportent à un univers empirique qui correspond à la complexité du modèle, les conclusions de la recherche devraient présenter une bonne validité interne » (Contandriopoulos, Bélanger et Nguyen, 1990, p.43).

Au moment de la collecte de données, la subjectivité du chercheur peut biaiser la validité de l'étude. Pour contrer ce fait, l'utilisation de la triangulation et la validité inter-juges augmentent la conformité des données. Autant que possible, la triangulation est utilisée pour valider l'information (Lessard-Hébert, Goyette et Boutin, 1995 ; Stake, 1995 ; Yin, 1989). Lorsque la même information se trouve à plusieurs sources différentes, le chercheur démontre qu'il existe une convergence entre l'information reçue et celle qui est observée.

La validité inter-juges est utilisée afin de valider les observations obtenues par le chercheur. Cette méthode consiste à décrire un événement ou d'un fait observé par différentes personnes (avec ou sans compétences semblables). Ces personnes ont observé, noté et décrit ce qui a été observé, noté et décrit par le chercheur, et la différence d'interprétation repose sur la perception des observateurs (Stake, 1995). Dans une éventuelle divergence entre le chercheur et les professionnels de la santé, l'interprétation des résultats peut remettre en cause la nature des conclusions. Ainsi, ce processus évite l'extrapolation des données et le manque

d'objectivité face à ce qui a été observé. Également, cette démarche augmente la validité et permet de tirer de meilleures conclusions, car les erreurs d'interprétation et les conclusions hâtives issues d'extrapolations de la réalité sont moins nombreuses.

Finalement, la validité externe concerne la généralité des résultats à d'autres populations, contextes et périodes. L'étude de cas unique démontre que les résultats sont influencés par un contexte précis, au moment de la recherche (Contandriopoulos, Bélanger et Nguyen, 1990). Il est fortement suggéré de ne pas généraliser le contexte étudié, car il peut différer d'un environnement à l'autre (Stake, 1995 ; Yin, 1989).

CHAPITRE V

ÉTUDE DE CAS

Ce chapitre présente l'étude de cas. La section 5.1 décrit l'environnement du système, les principaux processus de l'urgence, l'information des documents internes et les résultats d'entrevues semi-dirigées de la gestion actuelle de l'urgence. La section 5.2 montre graphiquement ces processus. La section 5.3 présente l'analyse des moyens de contrôle de l'urgence selon les critères du MSSS, l'évolution de la clientèle (intrants) et les patients sur civières et admis (extrants). En 5.4, on identifie le type de patient et la catégorie de maladie qui ont le plus d'impact sur l'utilisation des ressources de l'urgence et on essaie de comprendre pourquoi. La section 5.5 présente les liens entre l'urgence et les processus fautifs et en 5.6, des pistes de solutions sont suggérées. Finalement, les implications managériales sont résumées à la section 5.7.

5.1 Anatomie du système

Cette partie de l'analyse a pour but de comprendre le fonctionnement global de l'urgence en la présentant comme un système qui participe activement à un système plus complexe et qui est composé de multiples processus et d'un environnement. Les liens qui unissent ces processus sont extrêmement importants dans la prestation du service et pour en avoir une vision globale, nous avons procédé à plusieurs étapes d'identification. Elles furent possibles grâce aux observations directes, aux entrevues semi-dirigées et à l'analyse des documents internes et externes. Cette section donne le portrait de la réalité de l'urgence au moment de l'étude.

La section 5.1.1 présente l'urgence dans son réseau. La section 5.1.2 expose les trois portes « d'entrée » du système, l'environnement et ses orientations. Par la suite, les processus du système sont présentés à la section 5.1.3. Dans le but de mieux connaître les projets

d'améliorations entamés, la section 5.1.4 présente l'analyse des documents internes. La section 5.1.5 présente les résultats des entrevues semi-dirigées sur la gestion de l'urgence.

5.1.1 L'urgence à l'intérieur de l'hôpital et du CSSS

L'hôpital étudié est au cœur d'un CSSS composé de 162 000 personnes. Ne faisant pas exception à l'ensemble de la région montréalaise, la population de ce CSSS tend à vieillir. Les plus de 65 ans représentent 18,4 % de la population en 2001 et ce taux devrait augmenter de 0,9 % d'ici 2011 (ADRLSSSS, 2004). Certains indicateurs socioéconomiques révèlent que la population de ce territoire est légèrement défavorisée, le taux de chômage est à 9,2% et celui des prestataires d'assurance-emploi à 12,8%.

Ce CSSS est composé de 16 cliniques médicales, trois Centres Médicaux Associés (CMA) potentiels (ADRLSSSS, 2004), un autre centre hospitalier (CH), quatre CLSC et trois résidences de longue durée dans les CHSLD (représentant plus de 688 lits).

Cet hôpital exploite plus de 145 lits d'hospitalisation de courte durée en santé physique, 24 lits en santé mentale³⁴ (28 lits physiques sont disponibles) et 24 lits pour les patients en attente d'hébergement de longue durée (ADRLSSSS, 2004). Près de 850 employés y travaillent dont plus de 150 médecins et la moitié d'entre eux sont des généralistes. À l'urgence, 18 civières sont au permis d'exploitation³⁵, un programme de dépistage de personnes en perte d'autonomie est effectif, un processus de liaison entre l'urgence et les soins à domicile est en fonctionnement et un centre de prélèvements est disponible. Dans le but d'assurer une bonne gestion des ressources du réseau du CSSS, cette « urgence » est constamment en relation avec : les médecins de famille et cliniques privées ; principalement avec trois CLSC et trois CHSLD ; des lits d'hébergement temporaires ; des lits de transition pour les CHSLD ; un centre de réadaptation ; le département de santé publique ainsi que d'autres CH.

³⁴ La santé mentale fait également référence à la psychiatrie, car ce ne sont pas tous les patients qui arrivent à l'hôpital en santé mentale qui nécessitent des traitements pour la psychiatrie.

³⁵ Le nombre de civières au permis représente le nombre de civières accordé par le MSSS.

5.1.2 Les portes d'entrée du système et ses orientations

Dans le but de connaître la réalité du système de l'urgence et son environnement, nous avons procédé à des observations directes et des entrevues semi-dirigées. Tous les postes de travail ainsi que toutes les personnes qui y travaillent ont été observés. Pendant ce temps, on demandait aux professionnels d'expliquer ce qu'ils faisaient. On prenait note des tâches exécutées par les travailleurs en fonction du service offert aux patients et les transcrivait dans des graphiques de processus présentés à la section 5.2. L'appendice B (p.178) présente le détail des postes de travail ainsi que les services complémentaires à l'urgence. Dans les prochains paragraphes, on décrit le service d'urgence et son environnement.

Un patient qui souhaite être soigné doit trouver un moyen pour entrer dans le système de soins et rencontrer un médecin ou un spécialiste. Trois portes furent répertoriées, soit l'urgence, la clinique externe et le bloc opératoire. Afin d'obtenir un rendez-vous à la clinique externe ou au bloc opératoire, les patients doivent avoir préalablement consulté un médecin ou un spécialiste. Un patient qui n'a pas de médecin de famille et qui désire avoir une consultation la même journée peut le faire en se présentant à l'urgence³⁶.

L'urgence est un endroit où la demande et la gravité des cas sont stochastiques. Deux types de patients, le patient ambulatoire et le patient en ambulance, se partagent l'urgence. Le patient ambulatoire arrive par ses propres moyens de déplacement. Le patient qui arrive par ambulance est orienté vers un hôpital par la Corporation d'Urgences-Santé (régie par l'agence de Montréal). Concernant la gestion des ambulances, chaque hôpital a un quota quotidien et le placement du patient est déterminé par un algorithme géré par Urgences-Santé. Selon quelques professionnels de la santé, il est plus probable pour ce type de patient d'être directement couché sur civière que pour le patient ambulatoire, car la gravité de son état est la plupart du temps plus importante. De plus, les patients qui arrivent par ambulance risquent de consommer plus de ressources que les patients ambulatoires et sont les plus hospitalisés. Néanmoins, l'arrivée en ambulance ne garantit pas l'accès direct à une civière.

³⁶ C'est ainsi que plusieurs patients considèrent l'urgence comme une porte d'entrée privilégiée du système.

Les orientations des patients diffèrent selon les besoins. Une fois à l'urgence, le patient suit une série structurée de processus afin d'être diagnostiqué, orienté et assuré d'une continuité de soins. À cet effet, les liens avec les services en amont et en aval sont très importants. Ces processus doivent être fonctionnels, flexibles et efficaces pour répondre adéquatement à tout type de patient qui s'y rend (peu importe la gravité de son état). Pour assurer un rendement optimal à ces services, l'urgence doit avoir l'appui de tous les départements de l'hôpital et la maîtrise des interfaces. Autant pour la santé mentale que la médecine générale, la performance dépend des départements et services qui soutiennent le travail quotidien de l'urgence. Ainsi, l'environnement de l'urgence dont font partie le service de l'imagerie médicale, la pharmacie, le laboratoire, les soins intensifs, la santé mentale (psychiatrie) et tous les autres services doivent être attentifs à la demande venant de l'urgence.

Le tableau 5.1 présente une vue d'ensemble du système de l'urgence. Au centre se trouvent les six principaux processus de l'unité d'urgence ainsi que ses professionnels. L'amont montre la provenance des patients et l'aval représente l'orientation après leur séjour à l'urgence.

Tableau 5.1 Système de l'urgence

Intrants	Urgence « Transformation » (les 6 principaux processus)	Extrants
<ul style="list-style-type: none"> • Patients ambulances • Patients ambulatoires <p>Également :</p> <ul style="list-style-type: none"> • GMF (Groupe de Médecin de Famille) • CLSC • CHSLD • Centre de réhabilitation • Autres centres, soit : <ul style="list-style-type: none"> ○ Autres CH, en fonction de : <ul style="list-style-type: none"> ▪ De l'appartenance ▪ Ressources manquantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Triage (infirmière) • Salle de choc • Inscription - ouverture de dossier. (commis) <ul style="list-style-type: none"> ○ - L'attente - • L'évaluation, investigation <ul style="list-style-type: none"> ○ L'infirmière ○ Le médecin ○ Le laboratoire ○ L'imagerie médicale • Salle d'observation <ul style="list-style-type: none"> ○ L'Assistante Infirmière Chef ○ Le commis ○ L'infirmière-Chef ○ Les infirmières ○ La pharmacie et les tests (imagerie médicale et laboratoire) ○ Les médecins et consultants. ○ Les infirmières de liaison ○ Psychiatre ○ Les préposés ○ Entretien ménager • La prise de décision <ul style="list-style-type: none"> ○ La demande d'admission interne ○ Médecin coordonnateur ○ Médecin et spécialiste 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation • Hôpital de jour • Congé médical • Clinique externe • Bloc opératoire • Autre CH • Transfert pour appartenance <ul style="list-style-type: none"> ○ Administratif ○ Clinique • Autres centres, soit : <ul style="list-style-type: none"> ○ CHSLD ○ CLSC ○ Centre de crise ○ Centre de désintoxication ○ Centre de longue durée en santé mentale ○ Suivi intensif ○ Etc. • Morgue

Ce tableau montre la multitude d'interfaces du système. L'urgence est alimentée par une demande provenant de plusieurs centres du CSSS. Pour être efficace et performante, elle doit être soutenue par son environnement avec des procédures bien définies et flexibles. Dans ce contexte, les prochains paragraphes traitent des principaux processus qui se situent à l'intérieur de la case de l'urgence, de son environnement et de la distinction entre la santé mentale et la médecine générale.

5.1.3 Les principaux processus de l'urgence

L'urgence est définie par une structure organisée en une série de processus. Au tableau 5.1, six processus ont été identifiés : le triage, la salle de choc, l'inscription, l'évaluation,

l'observation et la prise de décision. Également, nous traiterons de l'imagerie médicale, du laboratoire, de la pharmacie, de la demande d'admission et des archives qui ne sont pas physiquement à l'urgence, mais sont nécessaires à la prestation du service.

5.1.3.1 Le triage et la salle de choc

Chaque patient qui se présente à l'urgence est évalué par l'infirmière au triage et y reçoit une cote selon l'ETG. Cette mesure de gravité établit les priorités et détermine le délai d'attente minimum avant que le patient ne soit pris en charge. Le détail des cotes est présenté au tableau 5.2 et la gravité est mesurée par les cotes P1 à P5. La cote P1 signifie que le patient nécessite des soins immédiats et il peut se retrouver dans la salle de choc. Cette salle se situe entre le triage et la salle d'observation ; le patient qui l'utilise est censé être dans un état grave. La cote P5 est la moins urgente ; en principe, le patient peut s'attendre à être vu dans les deux heures suivant son arrivée.

Selon le classement fait par le système, le patient doit être pris en charge à l'intérieur du délai imposé par la cote. Elle représente, au moment de l'évaluation, le temps maximal de prise en charge et lorsqu'elle n'est pas respectée, le patient doit être trié à nouveau par l'infirmière, car son état peut s'être dégradé entre-temps. Dans le but d'éviter de refaire le triage, les délais doivent être respectés et le patient doit recevoir la cote qui représente le type de soins dont il a besoin.

Tableau 5.2 Cote du triage selon l'ETG

P1	P2	P3	P4	P5
Immédiat	15 minutes	30 minutes	1 heure	2 heures

5.1.3.2 L'ouverture de dossier

Après le tri, le patient est invité à se rendre au service s'occupant de l'ouverture du dossier. Cette étape est obligatoire pour tous et elle marque le début du passage du patient à l'urgence. Le commis ouvre une session et assigne une feuille d'inscription dans un nouveau dossier. Subséquemment, le patient est convié à attendre dans la salle d'attente. Cependant, pour le

patient couché directement sur une civière, dès son arrivée au triage, le commis se déplace vers lui pour l'ouverture du dossier.

5.1.3.3 L'évaluation

D'après la priorité déterminée au triage, le patient se déplace à la salle d'évaluation pour avoir un diagnostic du médecin de l'urgence. Selon le cas, le patient doit subir des tests, se faire installer sur une civière (dans la salle d'observation), recevoir une consultation (suite aux résultats des tests), obtenir son congé ou revenir à la clinique-externe.

5.1.3.4 La salle d'observation et prise de décision

Un patient qui se trouve sur une civière est localisé à l'intérieur de la salle d'observation. Il peut être assigné à une civière soit à partir du triage, de la salle de choc ou de l'évaluation. Dès qu'un patient doit être mis sur civière, l'infirmière à l'évaluation ou au triage en informe l'assistante-infirmière en chef, qui lui en assigne une. Ensuite, le commis à l'observation et l'assistante-infirmière en chef cherchent le dossier du patient et en vérifient l'appartenance. Si ce patient dépend de l'hôpital, le commis place une demande de dossier médical au département des archives afin de l'avoir en main. Dans le cas contraire, le patient est stabilisé à l'urgence et sera transféré ultérieurement. Peu importe l'appartenance du patient, le médecin de l'urgence procède au diagnostic médical et peut faire appel à des consultants. Concernant l'orientation, c'est l'hospitalisation, le transfert ou le congé du patient. Malheureusement, il arrive parfois que le patient ne survive pas et que le médecin constate son décès.

Lorsque le patient doit être hospitalisé, il revient au médecin traitant d'en prendre la décision et de placer une demande d'admission. Ce médecin fait une ordonnance qui est transmise au commis attribué à cette tâche. Le guide de gestion de l'urgence (2000) mentionne que ce délai ne doit pas excéder une heure. À l'instant où le commis analyse la disponibilité des lits, cette ordonnance devient une demande d'admission. Selon le guide, le patient doit disposer d'un lit dans l'heure qui suit cette demande et être transféré vers l'unité de soin. Conformément aux

standards québécois, le patient devrait être sur son lit dans les deux heures suivant la décision.

5.1.3.5 L'environnement

En ce qui a trait aux départements liés à l'urgence, leur étroite collaboration est la clef du bon fonctionnement de l'urgence. Tous les départements ont leur utilité et sont sollicités à différents niveaux par tous les patients. Selon l'approche systémique, ces départements font partie de l'environnement de l'urgence et leurs performances sont liées à la performance globale du système. L'imagerie médicale fait des radiographies et des scans. Le laboratoire analyse les tests médicaux, telles les prises de sang, les cultures bactériologiques, etc. La pharmacie fournit l'urgence en médicaments.

5.1.3.6 Distinction entre la médecine générale et la santé mentale

Selon le guide de l'unité d'urgence (2000), l'urgence est un service de première ligne pour la médecine générale et un service de deuxième ligne pour la santé mentale. Cette différenciation divise l'urgence en deux entités qui sont, cependant, soumises aux mêmes normes de performance. Tout en utilisant des ressources communes, certains processus diffèrent et ont entraîné des changements dans les mesures de performance basées sur des indicateurs par spécialité (MG et SM). Cette distinction est présentée graphiquement à la prochaine section.

5.1.4 Informations venant des documents internes

Les observations effectuées nous ont permis de nous familiariser avec le système de l'urgence et son environnement. Toutefois, nous n'étions pas en mesure de savoir quelles ont été les actions entreprises pour améliorer la performance de l'urgence et de l'hôpital. Ce type d'information fut disponible grâce aux documents internes³⁷ qui témoignent des changements

³⁷ Concernant les réalisations de l'hôpital, les professionnels en ont mentionnées plusieurs lors des entrevues et elles furent validées par la lecture des documents internes et certaines actions étaient soutenues par l'agence et le MSSS.

survenus lors des dernières années. Pour des raisons de confidentialité, les sources ne sont pas divulguées.

L'aide ministérielle

L'aide financière du gouvernement a permis, en 2003, d'appliquer des mesures concrètes aux problèmes d'engorgement. Un budget spécial de 20 M\$ fut accordé par l'ancienne Régie Régionale de Montréal pour améliorer la performance des hôpitaux. Pour obtenir une part de ce financement, chaque CH de Montréal devait présenter des moyens visant à changer la structure interne, et développer des pistes de solutions concrètes. L'objectif de ce financement était d'avoir des urgences avec aucun patient qui attend plus de 48 heures, de diminuer la DMS sur civière à 12 heures ou moins et de réajuster le taux d'occupation des civières.

Au début de 2004, l'hôpital a sollicité de l'aide de l'ADRLSSS pour libérer des lits en santé mentale qui étaient occupés par des patients qui attendaient une relocalisation³⁸. Des patients de longue durée monopolisaient les 24 lits prévus pour des séjours de courte durée et, par le fait même, bloquaient des lits aux patients en attente d'hospitalisation. Une autre aide fut sollicitée pour résoudre le problème du manque de radiologues, faire respecter les règles d'appartenance et créer des corridors³⁹ de services.

Le tableau de bord et le système d'information

Construit à l'automne 2001, le tableau de bord retrace l'évolution de la situation de l'urgence. Depuis cette date, les indicateurs sont suivis quotidiennement et leurs analyses ont permis, d'une part, d'ajuster les ressources en fonction de la demande, et d'autre part, de constater que la DMS globale n'était pas représentative de la performance. D'où l'instauration, depuis 2004, de la distinction entre la DMS et les 48 heures selon les spécialités, à savoir la santé

³⁸ Le patient peut nécessiter d'autres types de soins que des soins de courte durée. Ainsi en attendant une relocalisation, ce patient demeure à l'hôpital jusqu'au moment où les professionnels lui trouvent un endroit qui est mieux adapté à ses besoins.

³⁹ Le corridor de service est un processus structuré et adapté aux spécialités médicales manquantes à l'intérieur d'un centre hospitalier, avec un autre centre qui dispose de ces ressources. Ainsi, lorsqu'un patient se présente au CH et nécessite des soins dont le CH ne dispose pas, il est transféré rapidement à un CH qui dispose de ces ressources.

mentale et la médecine générale. Également, il y a eu l'implantation de SIURGE et la version informatisée de l'ETG au triage.

Création de comités d'amélioration

Suite à la réception du financement de la Régie Régionale, le CH a créé un comité d'amélioration qui avait pour objectif d'aborder quatre thèmes sur l'engorgement. Ce comité a formé quatre sous-comités (un par thème) pour proposer des recommandations et des moyens d'action.

Le premier sous-comité avait pour objectif de trouver des solutions quant à la gestion des lits et aux moyens de substitution à l'hospitalisation. Il a suggéré des mesures pour améliorer l'accessibilité des lits.

Le second examinait l'interface entre la santé mentale et l'urgence. Il a remis en question le processus d'attribution des civières, a révisé les orientations et a accru la disponibilité des ressources.

Le troisième sous-comité a analysé le fonctionnement de l'urgence et a formulé des recommandations pour réduire les visites des consultations (ce qui, à ce jour, est réglé grâce à la clinique externe), réduire les délais pour la recherche d'appartenance, revoir la procédure d'admission le soir et la nuit ainsi que la disponibilité des urgentologues entre 22h et 10h, augmenter la disponibilité des ORL, des ophtalmologistes et des radiologues, et analyser la pertinence des consultations en santé mentale.

Le dernier sous-comité s'est penché sur les interfaces entre les spécialités de l'urgence et a proposé des solutions pour diminuer le temps de réponse des médecins spécialistes et des consultants à l'urgence.

Concernant le fonctionnement des processus de l'urgence, le CCASS propose la mise en place d'un programme d'amélioration continue de la qualité et l'instauration d'indicateurs

pertinents basés sur un système de mesures fiables pour le département de la médecine générale et pour la santé mentale.

Le coordonnateur médical

Dès la création du poste de coordonnateur médical et de celui de chef de service de l'urgence, un programme mis sur pied dans le but d'appliquer les procédures liées au débordement évite la médecine de corridor. Au cours de réunions organisées quotidiennement, on passe en revue la situation des lits, on assure le suivi des nouvelles procédures et on veille à ce que le déroulement du service soit optimal.

Le rôle du coordonnateur médical est aussi de faire une « gestion serrée » des lits. Dès qu'un lit se libère sur un étage, un patient en attente en prend possession. Ce médecin aux tâches multiples justifie la pertinence de l'utilisation des civières et de l'admission des patients, tout en assurant l'optimisation de la durée de leur séjour. Il veille à ce que tous les patients couchés à l'urgence soient pris en charge ou mis en congé en deçà de huit heures. De plus, il facilite l'accessibilité aux services diagnostics et thérapeutiques pour permettre un meilleur roulement de la clientèle. Il gère les demandes de services pour les spécialités qui sont en pénurie, veille à l'attribution des lits en fonction des besoins spécifiques du jour et apporte son aide à l'infirmière de liaison lors de litiges pour les demandes de transferts vers d'autres établissements. À propos de la gestion des lits sur les étages, il cherche à optimiser leur utilisation. Il trouve des solutions quant aux orientations. En cas de débordement de l'urgence, il voit avec les médecins concernés pour qu'ils réorganisent leurs congés. Finalement, il tranche les conflits entre les anesthésistes et les chirurgiens lorsqu'il y a annulation des chirurgies prévues.

Telles ont été les actions entreprises afin d'améliorer la qualité de la prestation de service. À noter que les professionnels procèdent constamment à l'amélioration de la performance des processus avec l'utilisation des pratiques exemplaires du guide de gestion de l'unité d'urgence et procèdent aux suggestions qui suivent l'audit du programme Mire du CCASS, car ce CH figure parmi les établissements accrédités par cette prestigieuse certification.

5.1.5 Gestion actuelle de l'urgence

À défaut d'information émanant des documents internes sur tous les efforts quotidiens effectués, nous avons donc organisé une série d'entrevues semi-dirigées avec l'infirmière en chef, l'assistante-infirmière en chef, un gestionnaire coordonnateur et adjoint au DSPH, le médecin coordonnateur de l'urgence et finalement le médecin-chef de service de l'urgence. Les questions portaient sur leur définition de la mission de l'urgence, les indicateurs qui influencent sa gestion et les processus qui devraient être améliorés. Ces professionnels ont des postes influents quant à la gestion de l'urgence et leur vision est importante à connaître pour un projet dont l'objectif est de trouver des solutions réalistes quant aux améliorations du fonctionnement de l'urgence⁴⁰. Pour respecter la confidentialité des acteurs, les résultats de ces entrevues sont présentés aléatoirement à l'appendice C (p.203).

5.1.5.1 Mission de l'urgence

Ce questionnaire a permis d'avoir une vue d'ensemble sur la façon dont la mission de l'urgence est interprétée. Deux types de définitions s'appliquent à l'urgence, soit l'urgence en théorie et l'urgence en pratique.

En théorie, il importe d'assurer un service aux personnes en situation de détresse, à savoir des P1-P2-P3 (ces cotes seront élaborées à la figure 5.2). La mission première de l'urgence est de sauver des vies, de stabiliser l'état du patient et de le diriger vers des ressources adéquates, soit : l'hospitalisation, la relance ou le congé et la continuité de soins avec les autres services du réseau. Ces points sont constamment liés à l'optique de la qualité de service et du respect des délais imposés par le MSSS, l'Agence et le CSSS.

En pratique, les urgences représentent encore la principale porte d'entrée du système de santé. Le manque de médecins de famille et de ressources à l'intérieur des réseaux de santé

⁴⁰ Également, la plupart des informations données par les professionnels furent validées par leurs confrères. De la sorte, l'information collectée par le chercheur fut validée par plusieurs sources différentes.

subsiste, et l'hôpital demeure un endroit privilégié pour recevoir tout type de soin. L'urgence est une « grosse » clinique externe qui répond à tous les patients qui s'y présentent.

L'analyse des entrevues démontre qu'aucune divergence n'existe entre les professionnels, concernant la nature des fonctions de l'urgence. Chaque patient qui s'y présente doit être soigné, stabilisé et orienté. Pour désengorger l'urgence et faire respecter sa mission théorique, le CSSS organise le réseau par la création de trois CMA. Cette organisation de ressources en amont a pour objectif de réduire l'achalandage des patients qui nécessitent des soins mineurs.

5.1.5.2 Moyens de contrôle

Les indicateurs représentent un indice de la performance du système. Dans cet hôpital, un tableau de bord indique le niveau d'achalandage et la conformité de l'urgence aux exigences du MSSS, de l'ADLSSS, du guide de l'unité d'urgence et du programme Mire du CCASS.

Tous ont mentionné que les DMS et les 48 heures étaient les indicateurs principaux. Toutefois, la DMS est analysée à plusieurs niveaux, soit : avant la prise en charge, la prise de décision et après la prise de décision (départ de l'urgence). *Le délai de la prise en charge* est le temps entre l'arrivée du patient à l'urgence et le moment où le médecin l'examine (le respect du triage). *Le délai de la prise de décision* représente le temps entre l'arrivée au triage et la prise de décision (pour un patient sur civière). Finalement, *le délai après la prise de décision* représente le temps entre le moment où le patient connaît son orientation et celui de son hospitalisation, le cas échéant. À cette étape, le médecin de l'urgence n'est plus responsable du patient, mais l'infirmière à l'observation (et les autres professionnels) s'occupe toujours du patient jusqu'à son transfert. Ainsi, les DMS attestent le temps requis par le patient pour passer à travers le processus et leurs analyses permettent de savoir où se situent les blocages.

Ces entrevues ont aussi soulevé l'intérêt des professionnels concernant l'accessibilité des lits en aval. La connaissance de cette information augmenterait la rapidité d'allocation des lits aux patients qui attendent sur une civière.

5.1.5.3 Amélioration des processus

Cette section traite des problèmes rencontrés par les professionnels. Nous voulions savoir quels processus ils amélioreraient. Selon leur expérience, les processus suivants pourraient être intégrés dans des projets d'amélioration continue, soit l'analyse du temps au triage, l'étape de la prise en charge et de la prise de décision, la disponibilité de ressources humaines ainsi que la gestion des lits.

Délai au triage et délai de prise en charge

À ce jour, aucun outil ne mesure le temps entre l'arrivée du patient à l'urgence et le triage. Cette information pourrait montrer la rapidité de prise en charge par l'infirmière au triage et identifier les moments dans la journée où elle est le plus sollicitée.

Les délais de prise en charge après attribution de la cote ne sont pas mesurés avec précision. De plus, quand ils sont dépassés, les patients ne sont pas réévalués alors qu'ils auraient dû l'être. L'analyse de ces délais indiquerait la performance réelle de prise en charge au triage et par le médecin.

Ces deux mesures sont indispensables à toute planification des ressources requises au bon fonctionnement de l'urgence surtout pendant les périodes les plus achalandées. Les professionnels prétendent que cette analyse ajusterait l'offre de service à la demande. Elle permettrait d'évaluer la charge de l'infirmière au triage et celle des médecins. Toutefois, quant à la mesure de ces processus, les professionnels croient que le risque d'avoir de la résistance aux changements est très élevé, car les conclusions pourraient remettre en question l'horaire de travail actuel.

Délai des tests

Effectué par les médecins de l'urgence, le diagnostic médical validé par des tests donne lieu à la prise de décision. La rapidité des résultats des tests de radiographie, d'imagerie médicale⁴¹

⁴¹ Ces résultats peuvent être disponibles entre une heure et une heure trente.

et de biochimie devient un enjeu important, car cela a un impact sur la rapidité avec laquelle les médecins orientent les patients.

Manque de ressources humaines

Le manque d'infirmières et de médecins spécialisés persiste. Le manque d'infirmières se résout temporairement par le recours aux agences. Ces entreprises répondent à la demande de centres médicaux qui en ont besoin en tout temps. Toutefois, outre le coût élevé de ce service, ces infirmières n'ont pas autant de connaissance de l'environnement de l'urgence que les infirmières « régulières ». Les agences n'envoient pas toujours les mêmes infirmières dans les mêmes hôpitaux, réduisant ainsi l'effet d'apprentissage.

Concernant le manque de spécialistes, ce CH a des besoins en ORL, anesthésie, plastie, neurochirurgie, chirurgie vasculaire, hémodynamique, angioscan pulmonaire, médecine nucléaire, résonance magnétique, TEP Scan, néoplastie et hémodialyse. Lorsqu'une demande de consultation est requise pour une de ces spécialités, le patient doit attendre jusqu'à ce que le spécialiste se présente à l'urgence. Celui-ci répond rapidement quand le patient nécessite des soins immédiats; dans le cas contraire, il se présente au moment qu'il juge opportun. Pour remédier à la pénurie de certains types de spécialistes, les professionnels croient que la création de corridors de services permettrait une orientation structurée et rapide. Par ailleurs, dans le but de réduire les DMS à l'urgence, les urgentologues pourraient demander à ce que les consultations se réalisent avant la fin de l'après-midi plutôt que d'être reportées au lendemain.

Les infections nosocomiales

La transmission des infections nosocomiales est un problème qui affecte plusieurs hôpitaux. Les professionnels doivent s'assurer d'avoir des moyens et procédures adéquats pour réduire l'occurrence des maladies qui se transmettent à l'intérieur de l'hôpital

Attribution de lits

Concernant l'amélioration du processus d'attribution de lits, plusieurs recommandations ont déjà fait l'objet de projets ou de discussions. Dans le but d'aider le médecin à l'urgence, les

médecins traitants devraient donner rapidement leur congé aux patients sur les lits. Idéalement, les congés devraient être donnés tôt dans la journée (entre 10h et 14h). Le congé attribué en fin d'après-midi ou de soir ne laisse pas assez de temps au patient pour organiser son départ, tandis qu'un congé signé en matinée permet de mieux prévoir le départ, et ce, pour les prochaines heures. Par ailleurs, la signature des congés tard dans la journée a pour effet d'augmenter le nombre de transferts sur les étages le soir. Le personnel du quart de soir, déjà réduit, se trouve avec une surcharge de travail. De plus, pour que les lits soient rapidement accessibles, le commis à la demande d'admission doit être averti dès qu'un lit se libère pour le désinfecter aussitôt que possible. Cette procédure nécessite au moins 30 minutes à l'équipe de l'entretien sanitaire.

Autres processus

Le transfert médical, le salon de départ et le problème en santé mentale furent aussi mentionnés. Durant le transfert du patient vers l'unité de soins, l'information clinique devrait être transmise rapidement entre l'infirmière à l'étage et l'infirmière à l'urgence, et les préposés devraient être plus disponibles pour transférer les patients. L'idée d'un salon de départ pour les patients qui reçoivent leur congé fut déjà abordée, mais pas opérationnalisée à cause de son succès mitigé obtenu par les autres centres. Concernant la santé mentale, l'accessibilité des lits dépend d'une contrainte majeure. Contrairement à la médecine générale, ces lits ne sont pas interchangeables et la capacité d'hospitalisation est fixe. Cette inflexibilité est due à ce que ces lits sont situés dans un endroit contrôlé par des mesures de sécurité. Par conséquent, lorsque tous les lits sont occupés, aucune improvisation ne peut s'effectuer.

5.1.5.4 Analyse des entrevues semi-dirigées

Ces entrevues ont permis de soulever plusieurs points qui révèlent diverses failles dans la pratique qui, sans l'avis de ces professionnels, plusieurs avenues de solutions seraient irréalistes lors du diagnostic. Cette section nous procure une meilleure compréhension du système et représente la réalité qui prévaut dans l'hôpital lors de l'étude.

Toutefois, aucun professionnel n'a abordé la question de la qualité de la cote au triage. L'émission de cette cote a un impact important sur l'utilisation des ressources. Le patient qui est mal trié peut attendre des heures avant d'être pris en charge. Ce qui est dangereux pour le patient et peut avoir des répercussions sur le fonctionnement de l'urgence. À l'inverse, il peut utiliser des ressources qui ne lui sont pas nécessaires ou bloquer l'accès au service à un autre patient. Ainsi, la validité des cotes devrait, selon nous, être analysée plus en profondeur (voir la section 5.3.3). Les prochains paragraphes exposent les outils de la démarche de l'amélioration continue.

5.2 Graphique des processus de l'urgence

Cette section présente graphiquement l'urgence et ses principaux processus. Ces graphiques furent effectués sur une période de 3 mois, entre le mois de juillet et septembre 2005 (période 4 à 6)⁴². Nous avons remarqué que les patients empruntent des chemins différents selon la priorité accordée à la nature de la visite et utilisent des ressources qui font varier leur temps de séjour. Cinq chemins ont été détectés. Ils montrent la façon dont les ressources sont utilisées. Respectant la distinction entre la médecine générale et la santé mentale, un schéma général et quatre chemins sont répertoriés pour la médecine générale et pour la santé mentale ; un autre chemin différencie ces spécialités. Un autre graphique présente la relation entre les processus et l'interaction des professionnels. Par ailleurs, ces graphiques furent validés par trois professionnels, dont le gestionnaire qui est coordonnateur et adjoint au DSPH, le médecin coordonnateur et le directeur général du CH.

5.2.1 Le graphique des processus en médecine générale

La figure 5.1 présente le schéma central en médecine générale. Il englobe les quatre chemins qui sont expliqués ultérieurement. Les flèches représentent le déplacement des patients vers les processus. Les rectangles en pointillés indiquent les lieux de consultation médicale. À noter, il y a deux flèches bidirectionnelles signifiant deux situations particulières.

⁴² La validité inter-juges a été utilisée pour les diagrammes de processus et pour l'analyse des indicateurs par quatre professionnels de l'hôpital lors d'une présentation sommaire du projet à la période 11 de l'année 2005-2006. Cette dernière exposait le diagnostic et les pistes de recherche.

La première se situe entre l'ouverture de dossier et l'observation-civière. Cette situation correspond au cas où le patient se présente au triage et est immédiatement installé sur une civière. Ce patient a rapidement besoin de soins ou il est dans l'incapacité d'attendre dans la salle d'attente. L'inscription se fait sur la civière avec l'aide du commis de l'ouverture de dossier qui se déplace là où est le patient. La deuxième flèche se trouve entre les tests-investigations et l'observation-civière. Le patient qui est couché sur civière n'est pas toujours en mesure de se déplacer seul vers l'imagerie médicale ou tout autre endroit pour aller faire des tests, et par conséquent, il est transporté par les préposés à l'emplacement demandé.

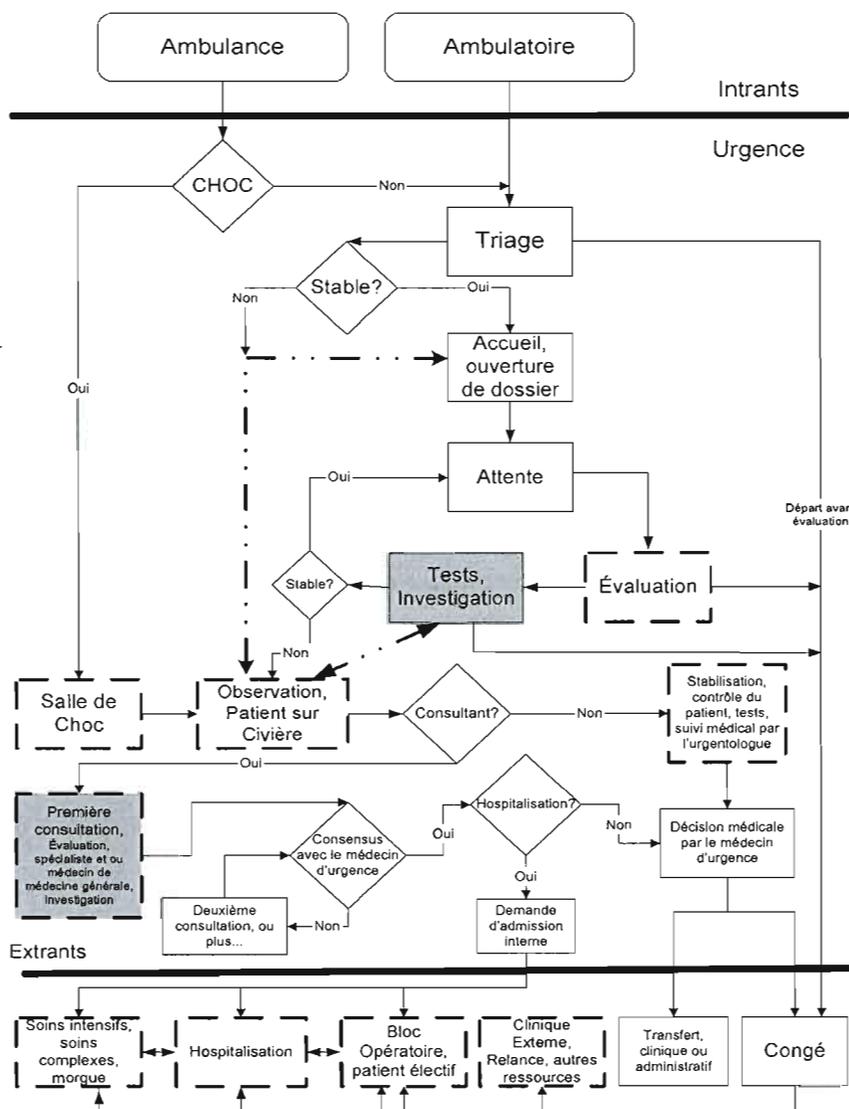


Figure 5.1 Processus de l'urgence pour la médecine générale

Après l'élaboration du schéma central, il fut constaté que l'orientation du patient a une influence sur l'utilisation des ressources. Ce qui nous a permis de déterminer quatre chemins (en médecine générale) empruntés par presque tous les patients⁴³, soit le chemin le plus utilisé, la salle de choc, le patient sur civière et le long processus.

5.2.1.1 Le chemin le plus utilisé

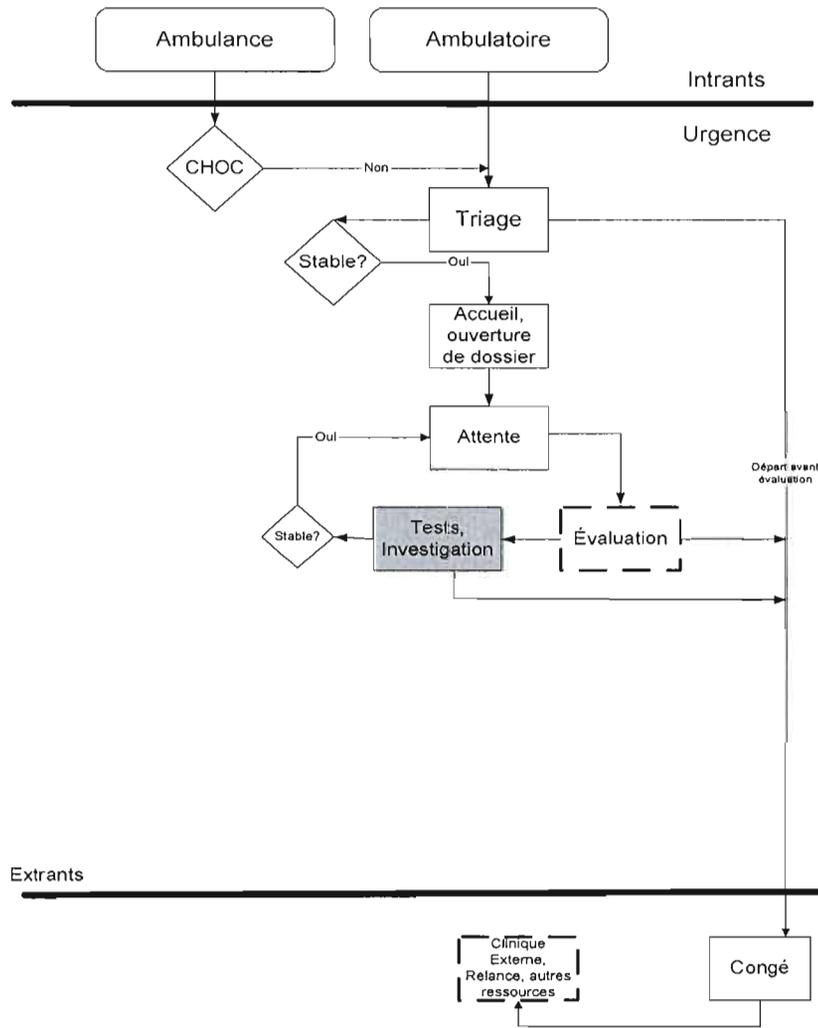


Figure 5.2 Le chemin le plus utilisé

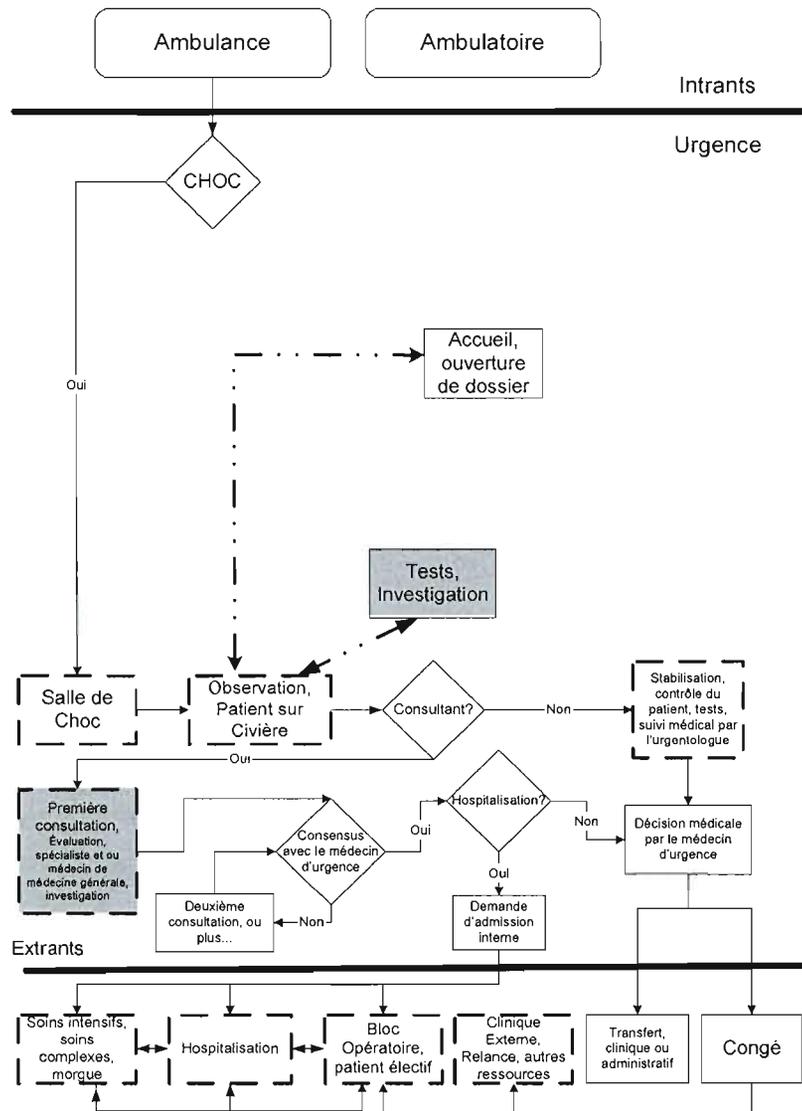
⁴³ Afin de valider les graphiques des processus, nous les avons approuvées par les spécialistes du milieu et ils ont mentionné que ces chemins sont empruntés par 95 % des patients en médecine générale.

Le patient arrive au triage, procède à son inscription, va attendre dans la salle d'attente et est vu par le médecin à l'urgence. Le patient peut être appelé à faire des tests et il est revu pour avoir ses résultats. Il obtient son congé dans plus de 77%⁴⁴ des cas. Il peut être appelé à revenir à la clinique externe (relance) pour faire un suivi ou voir un consultant. Ce processus, qui débouche principalement sur le recours à un médecin, est souvent suivi par le patient qui nécessite certaines ressources que les centres médicaux du CSSS ne possèdent pas pour les tests, l'imagerie médicale ou le laboratoire. Par conséquent, ces patients sont acheminés à l'urgence. La majorité d'entre eux reçoivent la cote P3, P4 ou P5.

5.2.1.2 La salle de choc

Le deuxième cas est présenté par la figure 5.3. Le patient arrive par ambulance, et le personnel de l'urgence est préalablement averti. Ce patient a besoin de soins immédiats et, généralement, aura la cote P1. Ainsi, il passe directement du triage à la salle de choc où il est stabilisé et mis sur civière pour observation. Normalement, les médecins traitants sont informés dès l'arrivée du patient, pour assurer une rapidité d'intervention et de prise en charge à l'hospitalisation.

⁴⁴ Voir l'évolution des usagers de l'urgence à la figure 5.18.



5.2.1.3 Le patient sur civière

Le troisième cas est présenté à la figure 5.4. Dès le triage, ce patient est directement installé sur une civière. Peu importe la gravité du cas observé, l'infirmière décide de le coucher. Il peut l'être aussi dès son arrivée, car il n'a pas la force d'attendre dans la salle d'attente (indépendamment de sa cote). L'ouverture du dossier s'effectue à l'aide du commis qui se déplace vers lui.

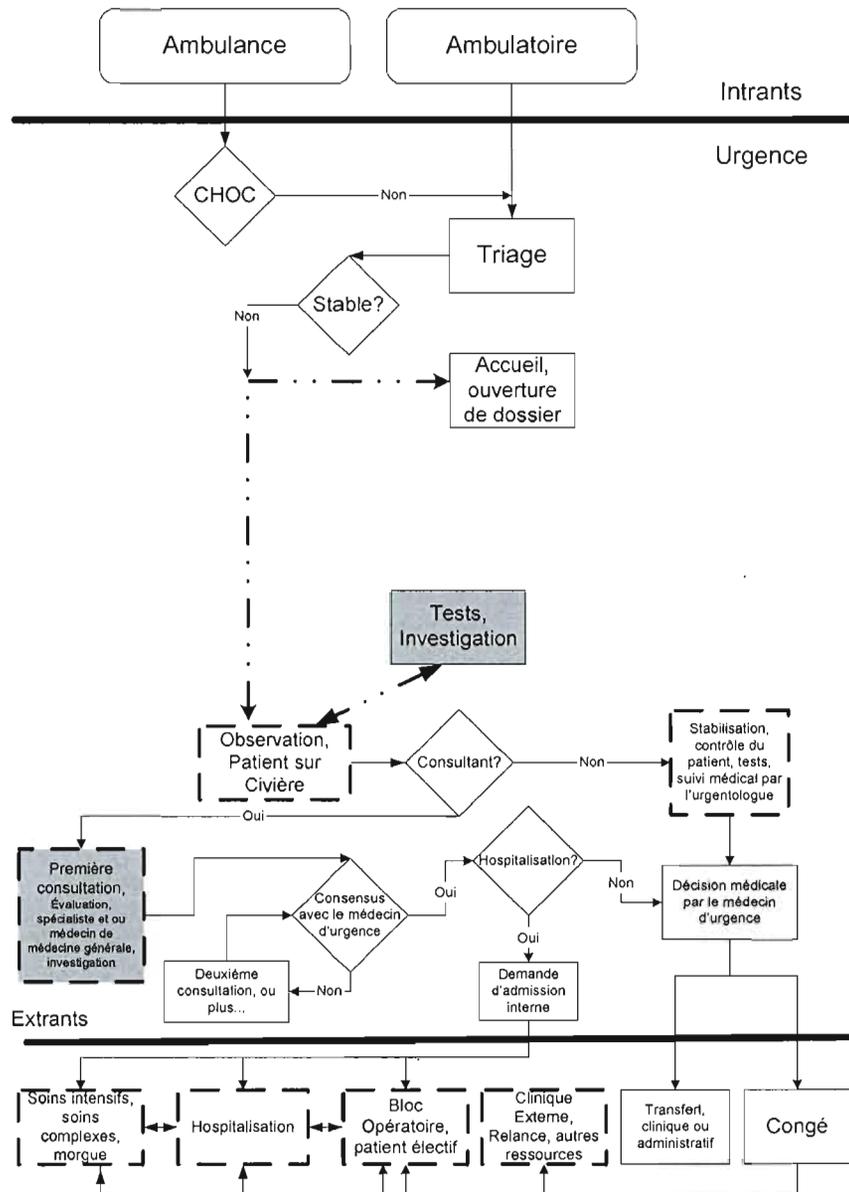


Figure 5.4 Le patient sur civière

5.2.1.4 Le processus long

Le dernier cas est présenté par la figure 5.5. Le patient reçoit la cote P2, P3 ou P4, et il attend dans la salle d'attente. Le médecin à l'évaluation décide de le coucher, soit après l'avoir consulté pour la première fois, ou suite à l'analyse des résultats des tests. L'infirmière au triage a dû juger que son état était assez stable pour qu'il puisse attendre dans la salle

d'attente. Cependant, l'état réel, validé par des tests, indique que le patient doit être stabilisé. Par conséquent, il est installé en observation après avoir attendu dans la salle d'attente, ce qui rallonge la DMS.

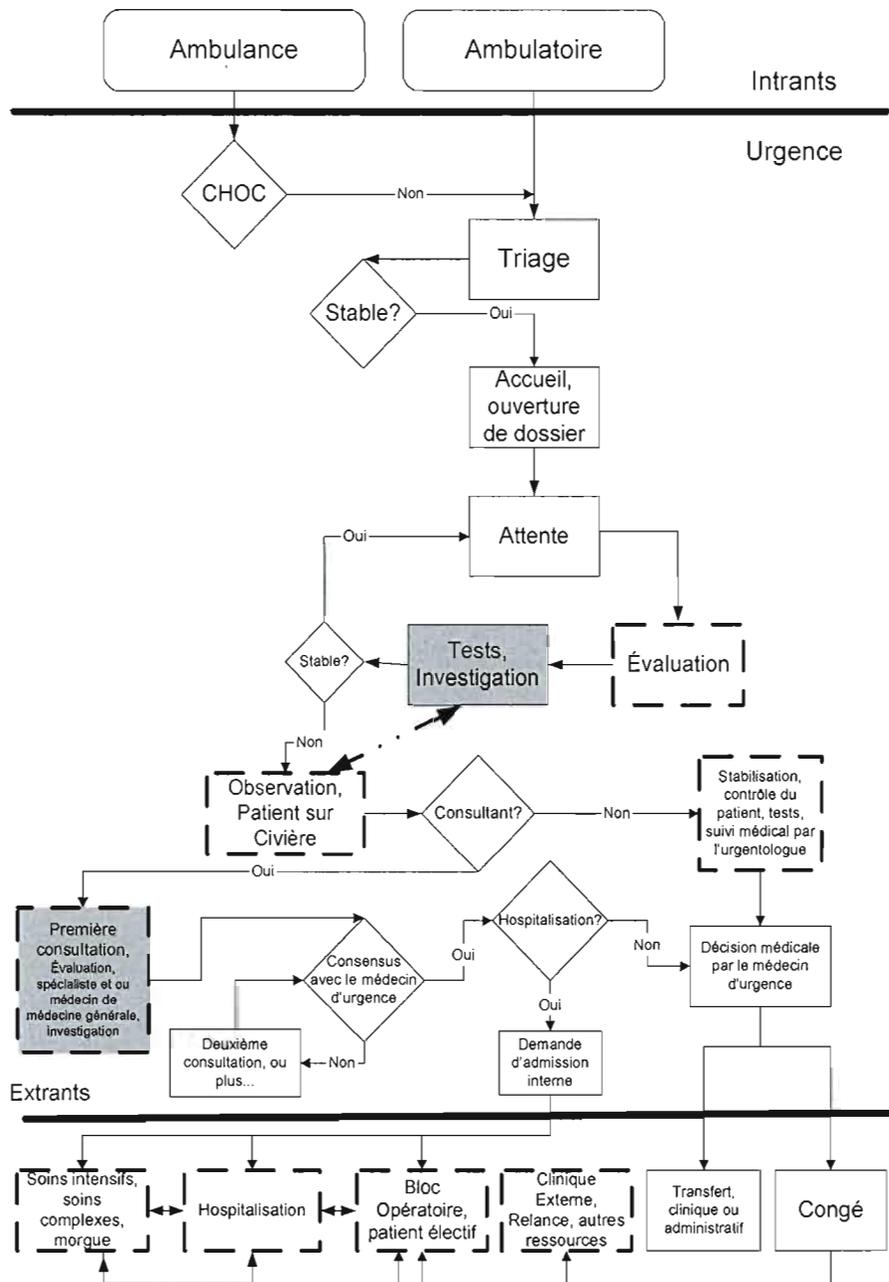


Figure 5.5 Le processus long

5.2.1.5 Lien entre les processus et professionnels

Les graphiques précédents présentent globalement les chemins empruntés par les patients. Toutefois, les patients ont des interactions avec des intervenants à des moments et processus différents. La figure 5.6 retrace les liens de tous les chemins que peuvent emprunter les patients en médecine générale.

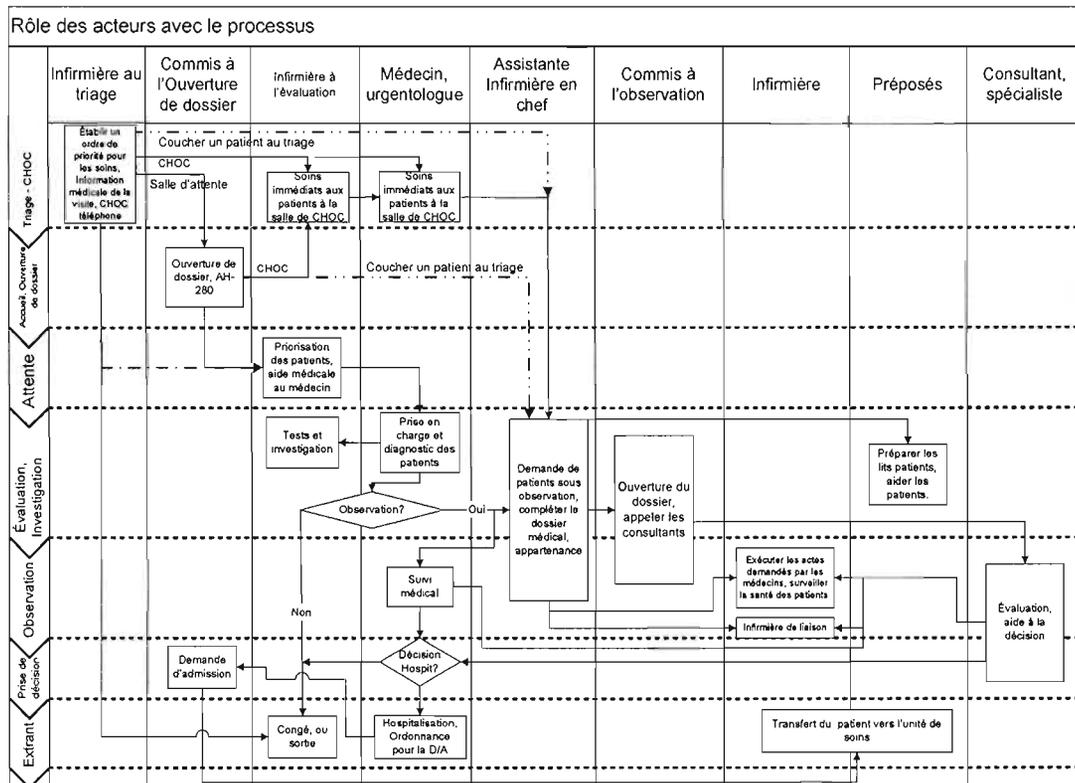


Figure 5.6 Lien entre les processus et les professionnels en médecine générale

Cette figure expose clairement le lien entre les processus et les intervenants au moment où les patients utilisent le service. À noter la concentration des activités lorsque le patient est couché sur une civière. À ces moments la DMS augmente, car le nombre d'intervenants augmente, et le médecin doit prendre une décision sur l'orientation du patient.

5.2.2 Le graphique des processus en santé mentale

La prochaine figure montre le chemin utilisé par un patient en santé mentale. La principale différence avec la médecine générale se situe lorsqu'il est couché sur une civière, parce que les processus en cause ne sont pas les mêmes.

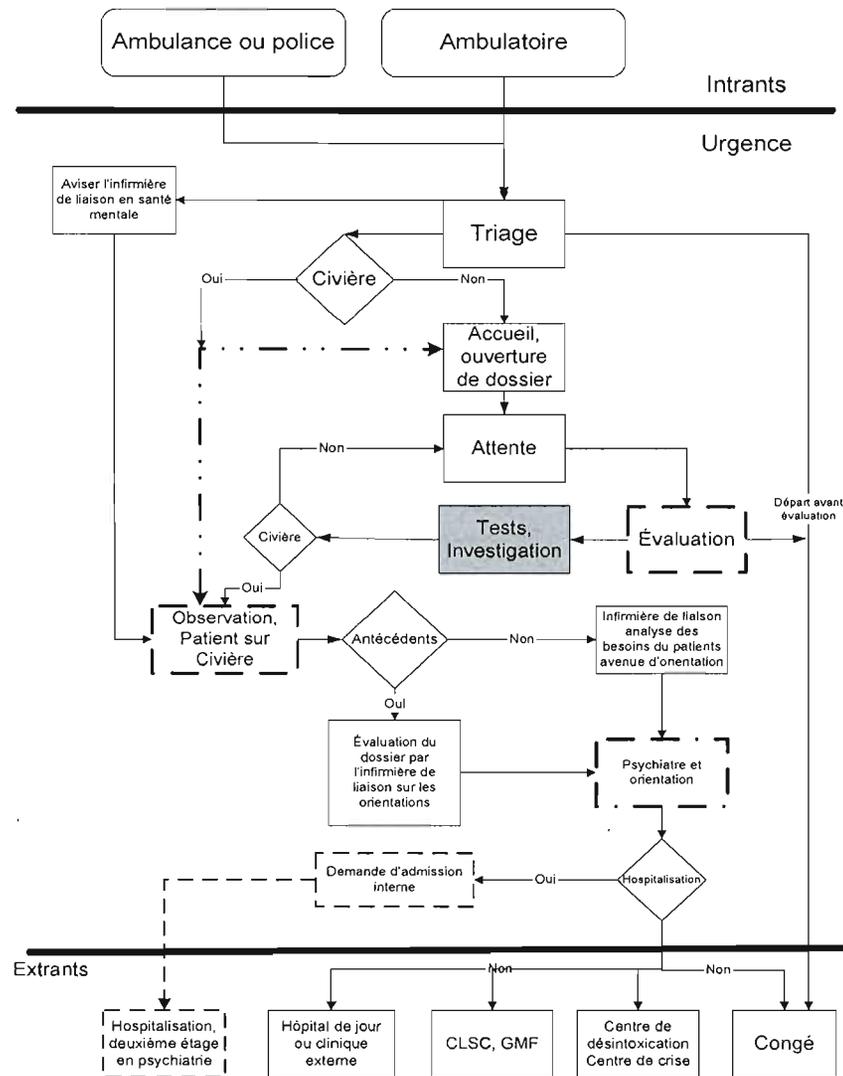


Figure 5.7 Processus en santé mentale

Dès l'arrivée du patient au triage, l'infirmière de liaison en santé mentale est informée de sa présence. Par la suite, il doit être pris en charge par le médecin de l'urgence et, à cette étape, il peut recevoir son congé. S'il va sur civière, l'infirmière de liaison analyse le dossier et

vérifie les antécédents. À ce stade, le médecin de l'urgence peut prescrire une consultation en santé mentale et consulter le psychiatre de l'urgence. La gravité du cas de ce patient diffère selon son état physique et psychique. Il peut nécessiter des soins pour psychose, dépression, désintoxication, démence, et il peut être désorienté, violent, déstabilisé mentalement, en état de crise, etc. L'infirmière de liaison et le psychiatre l'orientent conformément à son état.

La figure 5.8 présente, pour la santé mentale, le même niveau de détail que la figure 5.6. À noter que le nombre d'interventions et d'intervenants augmente lorsque le patient est couché sur une civière, ce qui augmente la DMS.

En conclusion, l'élaboration des cinq chemins sert de support visuel pour comprendre le contexte actuel ainsi que l'environnement de l'urgence. L'évaluation des processus mène à comprendre le système. Suite aux observations, aux entrevues semi-dirigées et à l'élaboration graphique des processus, nous avons une bonne vue d'ensemble du système. Pour clore cette première étape, les graphiques synthétisent le déroulement du service et servent de support aux sections ultérieures.

5.3 Moyens de contrôle

Cette section examine la performance du système. L'objectif est de cibler la catégorie de patient dont la gravité des cas semble causer des problèmes pour le fonctionnement des processus de l'urgence⁴⁵. Pour ce faire, nous allons montrer les liens entre les indicateurs de performance et le comportement du système, en décrivant le passage des patients à travers celui-ci.

⁴⁵ Cibler les processus qui réduisent la performance de l'urgence.

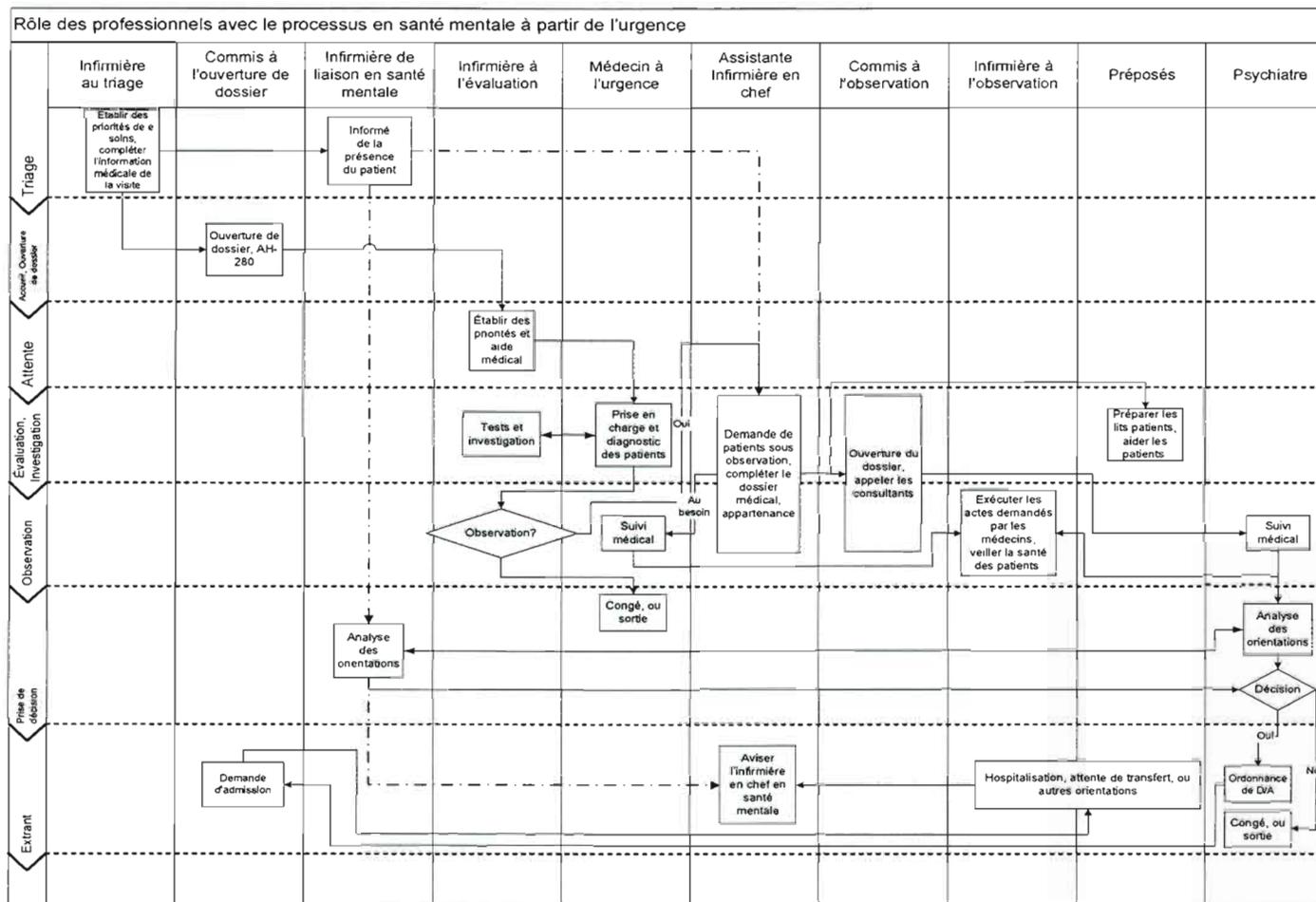


Figure 5.8 Lien entre les processus et les professionnels en santé mentale

L'étude de la performance de l'urgence est basée sur les périodes 1 à 11 de l'année 2005-2006. L'objectif est de représenter, avec le plus de validité possible, le contexte observé au moment de l'étude et nous croyons que l'analyse de la performance entre ces périodes reflète cette réalité⁴⁶. Toutefois, pour nous assurer que les observations faites sur le terrain sont représentatives de la situation habituelle, nous avons analysé les « 48 heures » en santé mentale et en médecine générale pour les années 2004-2005, 2005-2006, et les neuf premières périodes de l'année 2006-2007. Cette analyse se trouve à la section 5.3.1.3.

5.3.1 Les indicateurs de performance du système

Cette section est divisée en trois sous-sections. La première sous-section présente l'analyse de la performance du système selon les critères et les données du MSSS avec les DMS globales des patients hospitalisés, les demandes d'admission et le transfert des patients vers l'unité de soin, le taux des 24 et 48 heures ainsi que celui de la capacité des civières et un aperçu de l'achalandage. La deuxième sous-section présente les données de l'hôpital avec les DMS et 48 heures en médecine générale et en santé mentale. La troisième sous-section montre que les données recueillies sur les 48 heures pour les périodes 1 à 11 sont représentatives de ce qui se passe en général à cet hôpital.

Un parallèle est établi entre les données du MSSS et les données internes. Ces données sont sensiblement les mêmes, mais le délai élevé de réception des données du MSSS impose aux CH à se doter d'un système interne qui mesure la performance⁴⁷. Ce système permet d'agir ou réagir plus rapidement suite à de mauvais résultats. Les données qui suivent la section 5.3.1.1 viennent de la base de données interne de l'hôpital, soit le tableau de bord de l'urgence, le tableau du niveau d'achalandage de l'unité d'urgence et la base de données SIURGE.

⁴⁶ Nous avons fait l'étude sur le terrain entre la période 4 de l'année 2005-2006 et la période 4 de l'année 2006-2007 (14 périodes au total).

⁴⁷ La triangulation a servi pour l'analyse des indicateurs avec les données de SIURGE, du tableau de bord et des données du MSSS.

5.3.1.1 Les indicateurs du MSSS

Les indicateurs de performance du MSSS sont les données officielles qui servent de références au Québec. Les DMS présentent les temps moyens des processus et cernent les processus goulots. Les 48 heures sont les indicateurs ultimes de la performance et l'objectif est de réduire leur nombre à zéro. Ils sont quotidiennement suivis et disponibles via internet⁴⁸ pour toutes les urgences du Québec. Ainsi, ces deux indicateurs sont critiques à notre analyse.

Dans un premier temps, les DMS à la figure 5.9⁴⁹ présentent celles des patients hospitalisés, des patients sur civières et de la santé mentale.

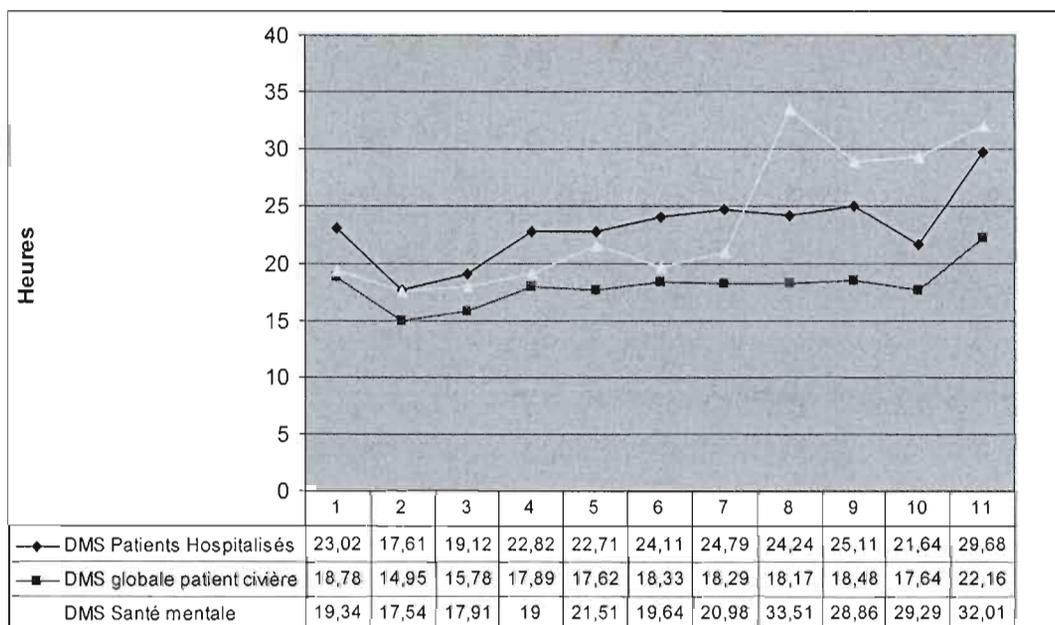


Figure 5.9 Durée moyenne de séjour

La courbe des patients sur civière se situe en dessous des deux autres, car elle représente une moyenne qui tient compte aussi des patients transférés et ceux qui reçoivent leur congé. Ces derniers passent moins de temps sur civière. La courbe des patients hospitalisés en médecine générale est plus élevée et les moyennes se situent majoritairement entre 20 et 25 heures et

⁴⁸ <http://www.santemontreal.qc.ca/fr/infoexpress/urgence.html>. Ce site réfère à l'analyse quotidienne de l'ADRLSSS de Montréal-Centre.

⁴⁹ Source, ADRLSSS période 1 à 11, 2005-2006

elle augmente à la période 11. Finalement, la DMS en santé mentale est relativement stable entre les périodes 1 à 7, mais elle augmente considérablement entre la période 8 et 11, passant de 20 heures à 33 heures.

La figure 5.10 présente les délais moyens entre le triage et la demande d'hospitalisation ainsi qu'entre la demande d'admission et le départ vers l'unité de soins. À spécifier qu'un délai existe entre l'ordonnance du médecin pour la demande d'hospitalisation et le moment où le commis la reçoit. Par la suite, cette demande d'hospitalisation devient une demande d'admission. Ce délai n'est pas mesuré.

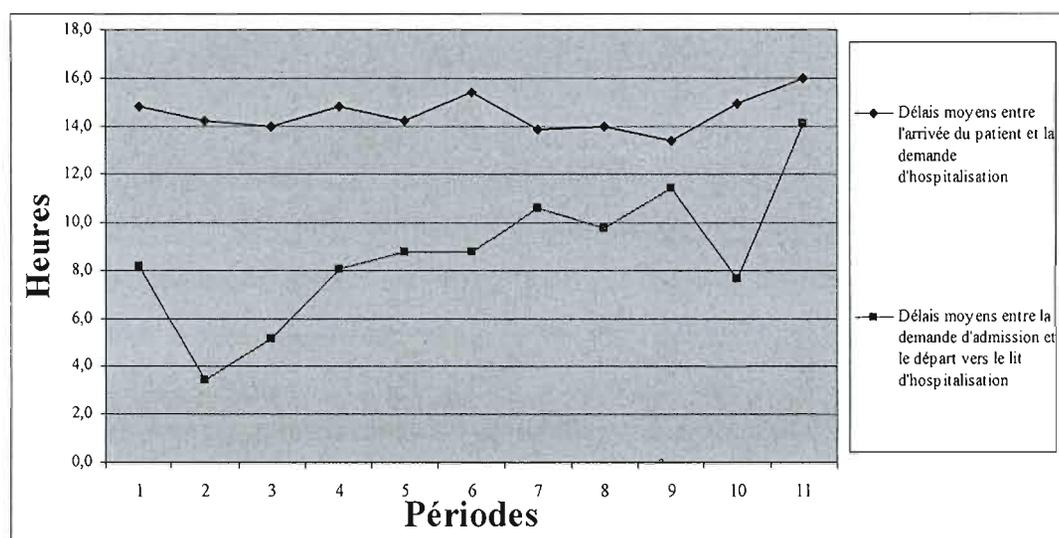


Figure 5.10 Délais des processus (ADRLSSS, 2006)⁵⁰

Le délai moyen entre l'arrivée du patient et la demande d'admission est stable et se situe entre 14 heures et 16 heures, mais il augmente à la onzième période. Toutefois, les résultats sont au-dessus des exigences du guide de gestion qui impose une prise de décision des patients hospitalisés en dessous de 8 heures (Afilalo, Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux et Association des hôpitaux du Québec, 2000). La moyenne du délai de la demande d'admission devrait se situer à 9 heures, mais en réalité, ce CH prend entre 4 et 6 heures de plus.

⁵⁰ Source : ADRLSSS, période 1 à 11, 2005-2006

Concernant le délai moyen entre la demande d'admission et le départ vers l'unité de soin, il subit une énorme variation. Cette courbe signifie que le patient doit être hospitalisé et attendre pour un lit. Selon le guide, le patient doit avoir un lit disponible dans l'heure suivant la demande d'admission (Afilalo, Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux et Association des hôpitaux du Québec, 2000). Cette figure montre que ce CH n'est pas en mesure de répondre à cette exigence. Cependant, il n'est pas possible de déterminer quelle est la catégorie de patient (médecine générale ou santé mentale) qui augmente ce délai.

La figure 5.11 représente les résultats des taux des 24 heures et 48 heures. Ce taux est calculé en fonction du nombre de 48 heures, divisé par le nombre de patients à l'urgence. Ils ne distinguent pas la santé mentale de la médecine générale.

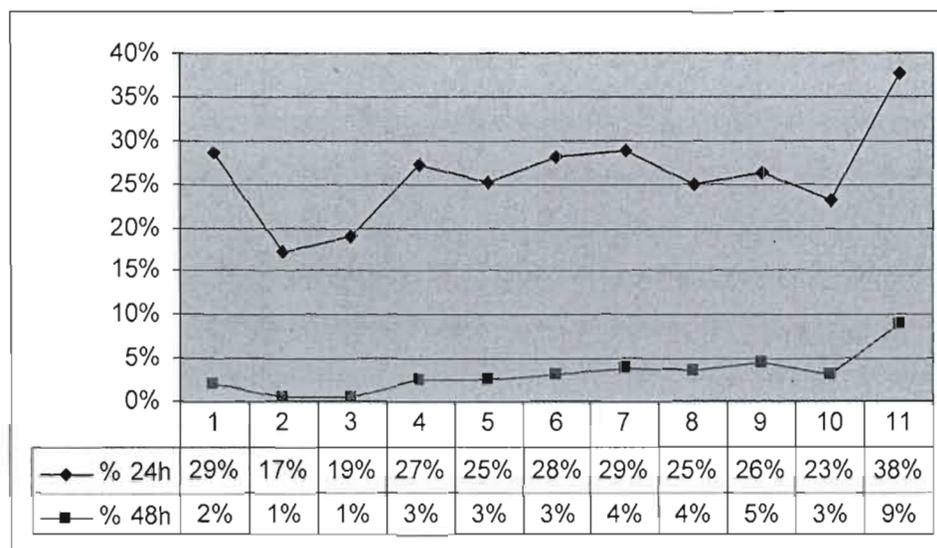


Figure 5.11 Performance de l'urgence en pourcentage des 24 et 48 heures (ADRLSSS, 2006)⁵¹

⁵¹ Source : ADRLSSS, période 1 à 11, 2005-2006

Le taux des 48 heures est faible, toutefois il augmente à la période 11 pour atteindre 9%. Comparé à la moyenne des hôpitaux secondaires de la même région qui est de 8 %⁵² et celle du Québec qui est de 5%, ce CH a un taux moyen de 3 %. Concernant les 24 heures, aucun indicateur officiel ne sert de référence, mais l'objectif est de le diminuer le plus possible, car selon les professionnels, il influence le nombre de 48 heures. En effet, la courbe des 24 heures semble suivre les mêmes directions que celle des 48 heures.

L'analyse de la capacité des civières à la figure 5.12 montre l'achalandage de l'urgence en fonction du nombre de civières disponibles au permis d'exploitation (émis par le MSSS). Majoritairement, elle fonctionne au-dessus du nombre au permis, et même, à 137% à la période 11. Malgré une autorisation de 18 civières au permis, cette urgence a la capacité physique d'accueillir 30 civières.

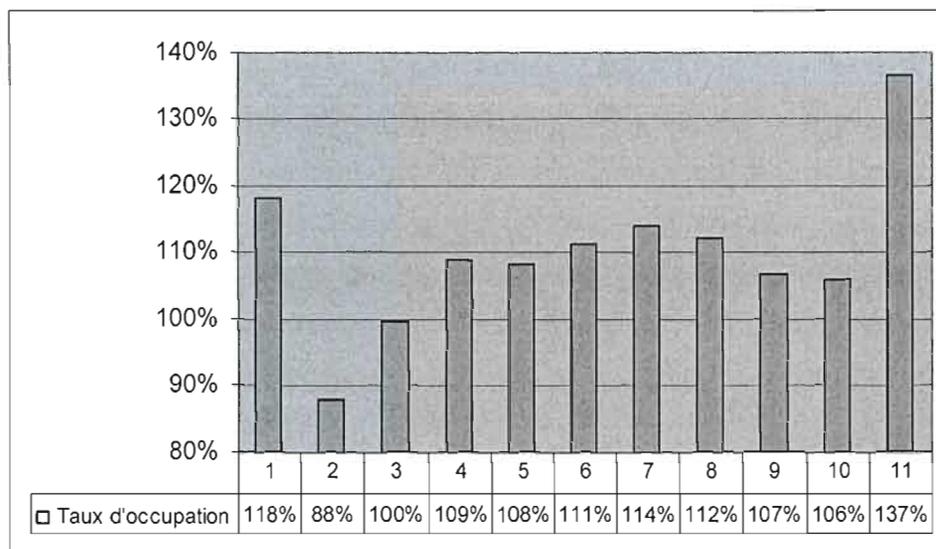


Figure 5.12 Capacité des civières (ADRLSSS, 2006)⁵³

L'ensemble des graphiques précédents montre que la performance, entre la période 1 et 7, répond globalement aux exigences du MSSS. Les 48 heures sont faibles, la capacité est

⁵² Ces chiffres viennent d'un document officiel de l'Agence de Développement Régional de Santé et de Service Sociaux de Montréal. C'est le profil du CH étudié, selon l'évolution et la performance de l'achalandage, l'impact et la performance. Ces chiffres sont des moyennes calculées pour l'année en cours.

⁵³ Source : ADRLSSS, période 1 à 11, 2005-2006

légèrement au-delà de 100% et les DMS sont stables. Toutefois, un long délai existe entre la prise de décision et le départ du patient vers un lit d'hospitalisation. Après la période 8, la DMS en santé mentale est relativement élevée, ce qui indique que le patient demeure à l'urgence plus longtemps que la moyenne des autres patients. Le cas critique se situe à la période 11, car la capacité explose à 137% et les 24 et 48 heures augmentent. Ces résultats laissent présager que l'achalandage est plus grand dans ces périodes et nous ne connaissons pas la gravité⁵⁴ des cas des patients. La figure 5.13 présente les facteurs qui influencent l'achalandage avec l'analyse de la gravité des cas des patients pour cibler les périodes où la complexité des cas est plus importante.

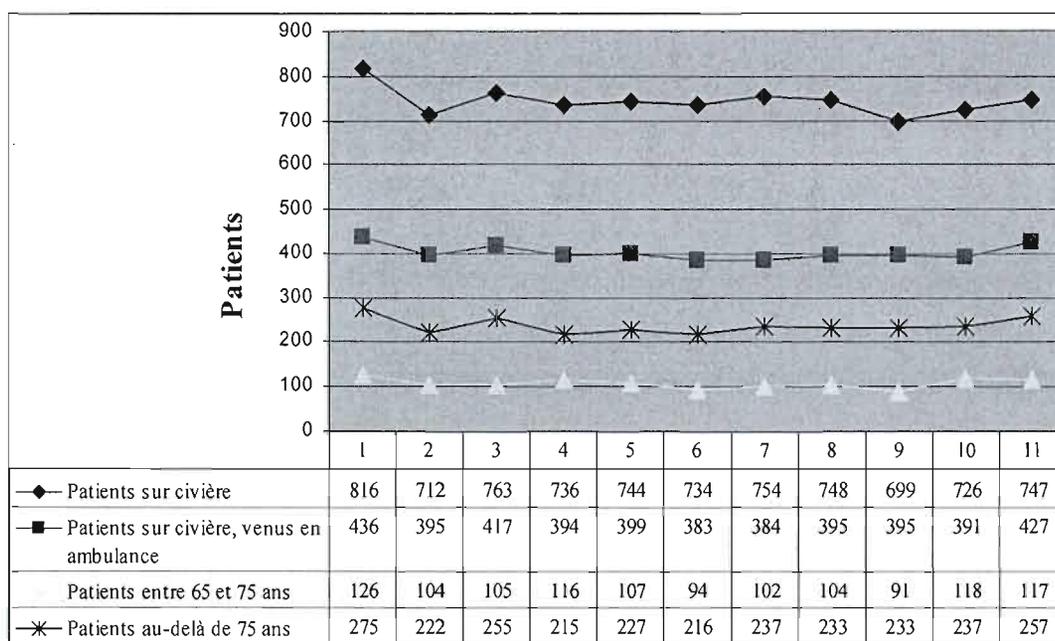


Figure 5.13 Facteurs d'achalandage (ADRLSSS, 2006)⁵⁵

Les indicateurs de gravité montrent que l'achalandage est relativement stable. Le nombre de patients sur civière et ceux qui arrivent en ambulance ne varient pas significativement ainsi que le nombre de personnes âgées (de plus de 65 ans). Toutefois, les données du MSSS ne considèrent pas le nombre de patients en santé mentale qui représente également un

⁵⁴ La gravité des cas est influencée par le nombre de patients arrivant en ambulances, les personnes âgées, les troubles en santé mentale, le nombre de P1 et P2 en médecine générale ou en santé mentale. Ces types de patients nécessitent plus de ressources que les autres patients.

⁵⁵ Source : ADRLSSS, période 1 à 11, 2005-2006

indicateur de gravité affectant l'achalandage. Ainsi, ces indicateurs ne peuvent montrer les causes et raisons qui font augmenter les DMS, le délai après la prise de décision et l'utilisation des civières entre les périodes 8 et 11. Dans le but d'obtenir plus d'information, nous avons recueilli celles qui sont disponibles à l'intérieur de la base de données SIURGE.

5.3.1.2 Les indicateurs du centre hospitalier

Les prochains paragraphes montrent la performance du CH en fonction des DMS des patients consultés et hospitalisés en santé mentale (SM) et en médecine générale (MG), ainsi que l'évolution des 48 heures par spécialité.

Les durées moyennes de séjour

Ces DMS ne montrent pas la gravité des cas, mais ciblent les principaux goulots, car une mauvaise performance des processus résulte d'une augmentation de la durée de traitement. À noter que les graphiques distinguent plusieurs types de délais, soit celui de la DMS avant et après la prise de décision, et la DMS globale. La figure 5.14 présente la DMS des patients en médecine générale et qui sont consultés et hospitalisés.

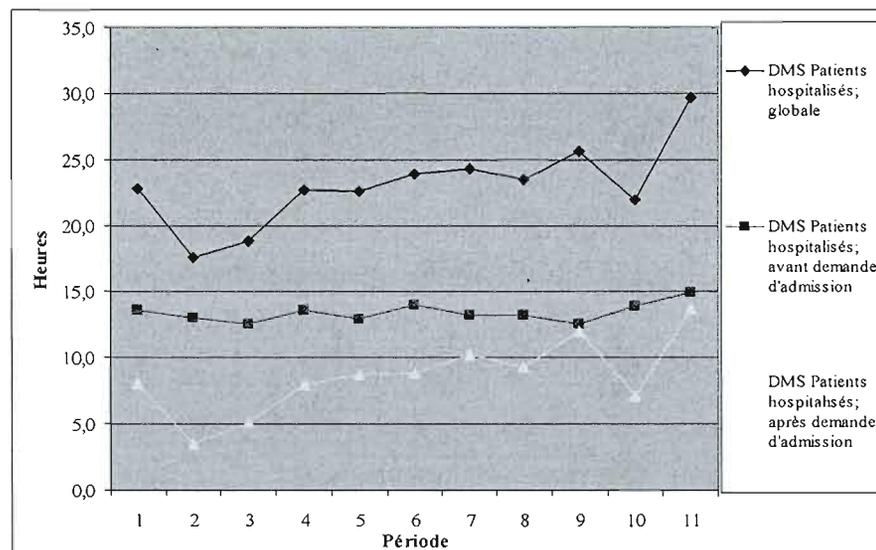


Figure 5.14 DMS en médecine générale (Niveau d'achalandage, 2006)⁵⁶

⁵⁶ Source : Niveau d'achalandage de l'urgence, période 1 à 11, 2005-2006

La DMS varie selon les périodes. Le plus long délai est à la période 11 avec 29,7 heures, le plus court est à la deuxième avec 17,60 heures et en moyenne il est de 23 heures. Selon les professionnels, lorsque les 24 heures y sont dépassées, ces périodes sont propices aux 48 heures. En moyenne, un patient obtient un lit après 8,6 heures de la demande d'admission. Également, une ressemblance est constatée entre la courbe de la DMS après la demande d'admission et celle de la DMS globale.

En deuxième lieu, la figure 5.15 présente la DMS des patients consultés et hospitalisés pour la santé mentale.

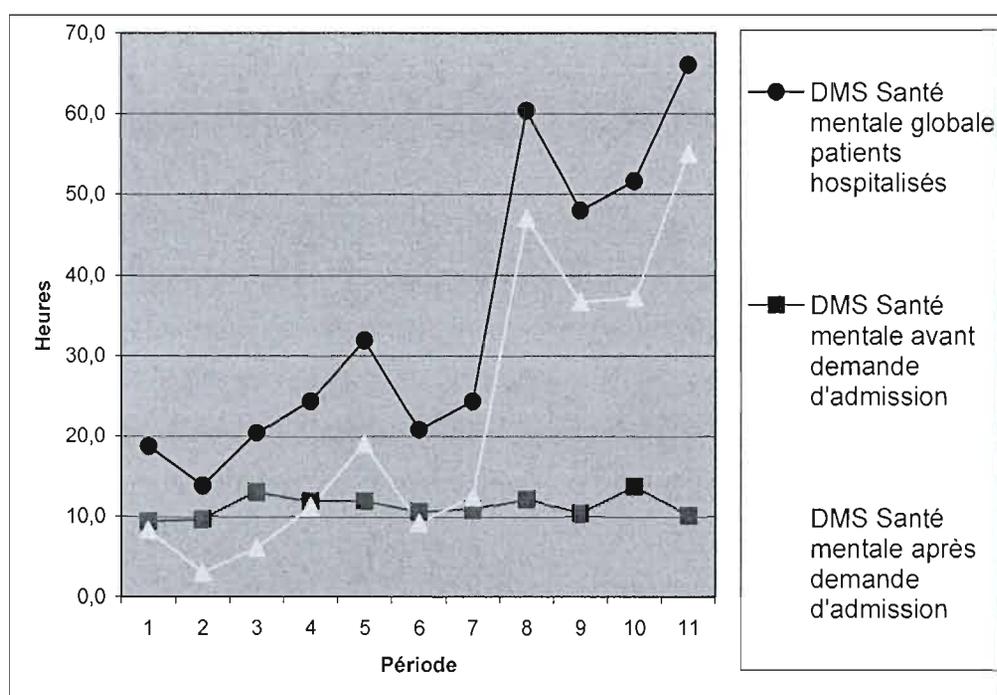


Figure 5.15 DMS en santé mentale (Niveau d'achalandage, 2006)⁵⁷

Ce graphique montre que la DMS est très élevée à partir de la période 8. En moyenne, elle est de 34,6 heures, et la différence entre les valeurs maximum (66,1 h à la période 11) et minimum (13,8 h à la période 2) est de 52,3 heures. Concernant la DMS globale aux périodes 8, 10 et 11, elle est de plus de 48 heures et, par conséquent, le nombre de 48 heures doit être plus élevé à ces périodes. Le délai pour avoir accès à un lit prend plus de 22,4 heures⁵⁷ et cette

⁵⁷ Source : Niveau d'achalandage de l'urgence, période 1 à 11, 2005-2006

valeur est présentée par des valeurs extrêmes, dont le minimum est à la période 2 avec 3,2 heures, contrairement à la période 11, avec 55 heures. Également, la figure 5.15 a une particularité qui se retrouve à la figure 5.14, à savoir que la courbe après la demande d'admission est semblable à celle de la DMS globale.

Ces DMS montrent que les processus « goulots » se produisent lorsque les patients sont consultés, admis et attendent pour un lit, surtout en santé mentale, car tous les délais sont élevés et principalement après la demande d'admission. Concernant la médecine générale, si on compare les délais aux normes imposées par le guide de gestion de l'unité d'urgence, ils devront être améliorés.

Les 48 heures

La figure 5.16 représente la répartition des 48 heures selon la médecine générale (MG) et la santé mentale (SM). Ces données proviennent du tableau de bord de l'urgence.

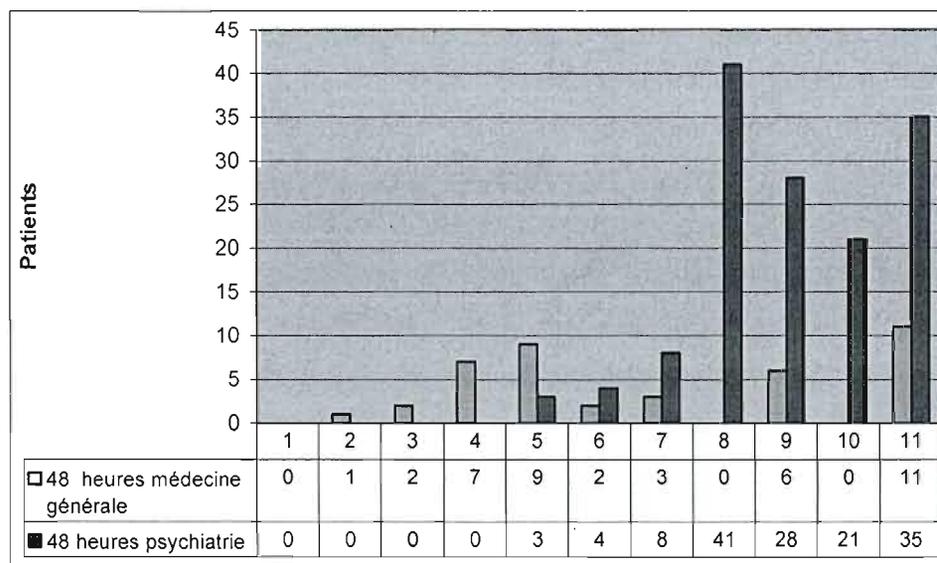


Figure 5.16 Répartition des 48 heures (MG ou SM) (Tableau de bord, 2006)⁵⁸

D'après l'analyse de la section précédente, les périodes 8 et 11 auguraient une mauvaise performance en santé mentale, car les DMS se situaient entre 60,4 à la période 8 et 66,4 à la

⁵⁸ Source : Tableau de bord 2005-2006, période 1 à 11, 2005-2006

période 11. Par conséquent, la figure 5.16 montre un niveau élevé de 48 heures entre ces périodes. Comparée à la médecine générale, qui a un niveau faible de 48 heures, la santé mentale est hors contrôle à partir de la 8^{ième} période. Par ailleurs, les indicateurs du MSSS à la figure 5.11 montrent une hausse du taux des 48 heures et une augmentation du taux d'occupation des civières. Jumelée à l'analyse des DMS, cette situation montre une carence en santé mentale dès cette période.

5.3.1.3 La validité des périodes analysées

À ce stade de l'étude, nous avons ciblé les principaux processus « goulots » et l'analyse des DMS et celle des 48 heures nous oriente vers une catégorie de patients dont la gravité des cas fait diminuer la performance du système. Les 48 heures représentent l'indicateur qui ultimement témoigne de la performance des urgences. Leur analyse devient donc incontournable. Ainsi, nous avons pris les données des 48 heures en santé mentale et en médecine générale pour les années 2004-2005, 2005-2006 et les 9 premières périodes de l'année 2006-2007. La prochaine figure valide cette première étape de l'analyse en démontrant la chronologie des 48 heures pour ces 35 périodes.

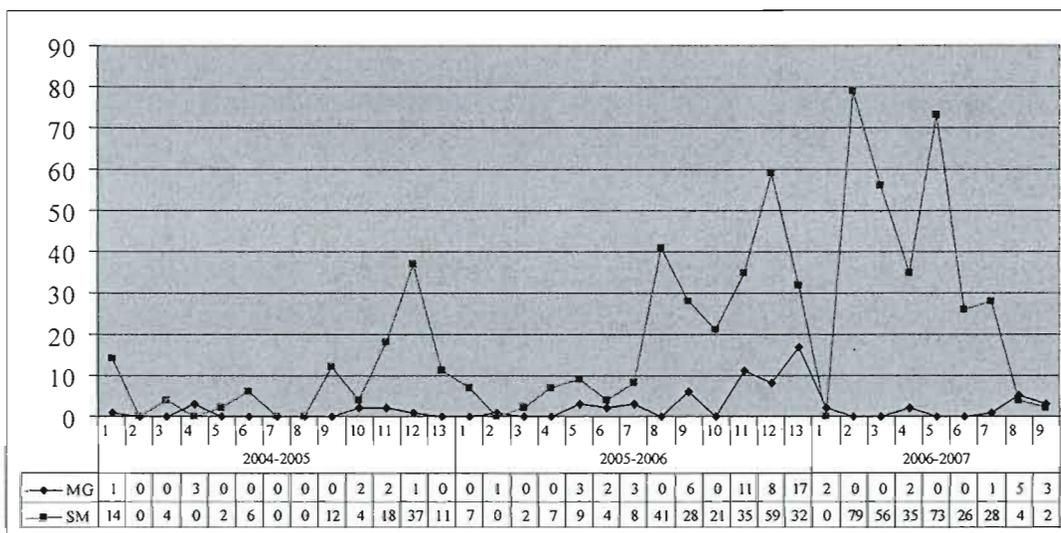


Figure 5.17 Courbe chronologique des 48 heures (Tableau de bord, 2005, 2006, 2007)

Pour ce qui est de la médecine générale, les 48 heures sont relativement faibles dans l'ensemble des 31 périodes, mais elles augmentent aux périodes 11, 12 et 13 de l'année 2005-2006. Toutefois, on ne peut discerner de schéma clair, si on compare ces trois périodes à l'année 2004-2005.

Cet exercice est différent pour la santé mentale. L'analyse des sections 5.3.1.1 et 5.3.1.2 nous a montré que les 48 heures sont élevées à partir de la période 8 de l'année 2005-2006. La figure montre qu'à l'année précédente, le nombre de 48 heures augmente également vers ces périodes, jusqu'à la 12^{ième}. En nombre, ils sont moins élevés qu'à l'année 2005-2006, mais on constate une tendance à la hausse à partir de la période 8 pour ces deux années. Suite aux périodes de notre analyse (soit après la période 11 de l'année 2005-2006), le nombre de 48 heures augmente continuellement pour atteindre un sommet à la période 12 et ce nombre diminue à la période 13. Subitement, à la période 1 de l'année 2006-2007, il n'y a aucun 48 heures, mais ce nombre augmente considérablement à la période 2 et demeure élevé jusqu'à la période 5. Les périodes 2, 3, 4 et 5 de l'année 2004-2005 et de 2005-2006 n'ont jamais eu autant de 48 heures qu'en 2006-2007, ce qui est anormal pour ces périodes. Mais la courbe diminue à la période 6.

Cette figure montre que les 48 heures en santé mentale augmentent et le problème s'aggrave, car le nombre est plus important à partir de l'année 2005-2006. En nombre, 12 périodes sur les 35 analysées (34% des périodes) ont plus de 25 patients qui attendent plus de 48 heures à l'urgence.

Globalement, les deux courbes montent qu'aux périodes 8, 9, 10, 11, 12 et 13, le nombre de 48 heures augmente pour les deux catégories. Ces périodes correspondent à l'automne et l'hiver et elles sont plus propices à une augmentation de l'achalandage à cause des gripes et des épidémies. Toutefois, en 2006-2007, ce nombre semble diminuer.

L'analyse du tableau montre que, pour chaque type de patient, les données recueillies pour les années 2004-2005 et 2005-2006 sont semblables à celles que nous avons utilisées pour notre étude. Comparée à la santé mentale, la médecine générale est très performante. La santé

mentale semble être aux prises avec des problèmes de 48 heures à partir de la période 8 de l'année 2005-2006 qui, malgré la présence nulle à la période 1 de l'année suivante, durent jusqu'à la période 5. Ainsi, la hausse du nombre de 48 heures ne se produit pas seulement lors de nos observations.

En conclusion, la section 5.3.1 nous montre que ce CH semble avoir des problèmes avec le processus en santé mentale. Les problèmes identifiés entre les périodes 1 à 11 sont représentatifs du contexte qui prévalait au moment de l'étude. Les 48 heures nous orientent vers les patients en santé mentale et les DMS ciblent les processus « goulots » qui sont également utilisés par ce type de patients. À partir de la période 8, les DMS après la demande d'admission augmentent, ainsi que les taux et le nombre des 24 et 48 heures et d'occupation des civières. Toutefois, le nombre total de patients sur civière est stable, ainsi que le nombre de patients arrivant par ambulance et le nombre de personnes âgées. Notons que le MSSS ne considère pas le nombre de ce type de patients dans l'achalandage de l'urgence. Dans le but de mieux saisir les raisons qui expliquent pourquoi la performance diminue et la demande ne varie pas, la prochaine section montre l'évolution de la clientèle.

5.3.2 L'évolution de la clientèle

Cette évolution peut avoir un impact sur le fonctionnement général du système. Nous avons étudié l'ensemble des patients qui entre à l'urgence, et les prochaines figures portent sur l'évolution de la clientèle et de la cote au triage, le processus au triage ainsi que les jours et heures de prise en charge.

Dans un premier temps, la figure 5.18 présente l'évolution des usagers à l'urgence. Cette figure combine le nombre de patients sur civière et le nombre de patients qui n'en utilise pas. L'addition des deux nombres représente le total des patients qui fréquentent l'urgence.

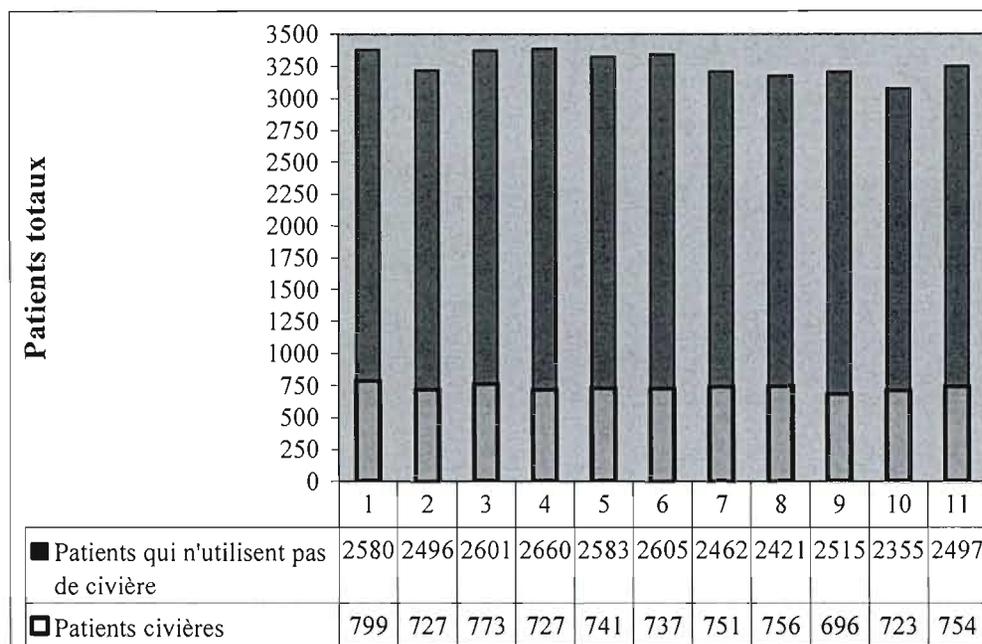


Figure 5.18 Évolution des patients à l'urgence (Siurge, 2006)⁵⁹

Entre les périodes 1 et 11, le nombre total de patients est relativement stable et varie de 3387 patients à 3078. En ce qui concerne le nombre de patients sur civières, il varie entre la valeur maximum 799 et la valeur minimale de 696. L'écart de 103 patients représente une différence d'environ 4 patients par jour (3,68). En moyenne, 22,77 %⁶⁰ des patients qui se présentent à l'urgence sont couchés sur civières et ce taux a une faible variation⁶¹. Inversement, 77,23% des patients quittent l'urgence après le diagnostic du médecin. Ainsi, l'évolution des patients et l'utilisation des civières sont statistiquement stables, et le même constat a été observé à la figure 5.13 avec les facteurs d'achalandage.

La figure 5.19 présente le nombre de patients de l'urgence par période en fonction de la cote au triage et de leur âge. Elle représente un indice de gravité des cas, car chaque patient qui entre reçoit une cote. De plus, la distinction entre les 0-74 ans et les 75 ans et plus se justifie

⁵⁹ Source : SIURGE, données prises le 8 février 2006, période 1 à 11, 2005-2006

⁶⁰ Ce taux est calculé à partir du nombre de patients civières / nombre total de patients, source SIURGE le 8 février 2006.

⁶¹ Le taux le plus fort fut observé à la période 8 avec 23,79 % des patients et le plus faible est à la période 4 avec 21,46 % des patients.

par le fait que les patients de plus de 75 ans ont majoritairement un état de santé plus précaire que les 0-74 ans et ils nécessitent plus de soins.

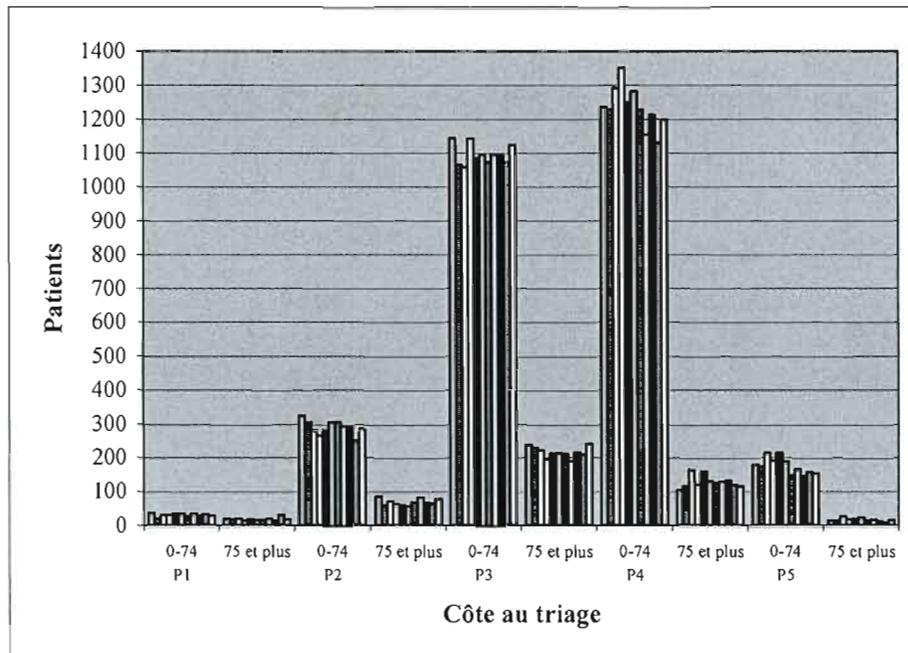


Figure 5.19 Évolution des patients à l'urgence, selon la cote au triage (Siurge, 2006)⁶²

Cette figure montre que les patients entre 0 et 74 ans qui reçoivent la cote P3 ou P4 sont les plus grands utilisateurs de l'urgence. Ces cotes représentent un niveau d'urgence qui se situe entre 30 minutes (P3) et 1 heure (P4) (voir tableau 5.2, section 5.1.3.1). Ce qui signifie que la grande majorité des patients n'ont pas besoin de soins immédiats, toutefois la cote P2, pour les patients entre 0 et 74 ans, est la troisième cote la plus attribuée. Pour mieux présenter l'analyse de ces indicateurs, le tableau 6.3 montre en détail le taux des patients en fonction de la cote obtenue.

⁶² Source : SIURGE, données prises le 8 février 2006, période 1 à 11, 2005-2006

Tableau 5.3 L'achalandage en fonction de la cote au triage

P1		P2		P3		P4		P5	
1,48 %		10,99 %		40,09 %		41,62 %		5,82 %	
0 à 74 ans	75 ans et plus								
0,93%	0,55%	8,9%	2,08%	33,5%	6,58%	37,71%	3,91%	5,33%	0,49%

Source : SIURGE, données prises le 8 février 2006, période 1 à 11, 2005-2006

Les patients avec la cote P3 et P4 représentent plus de 80 % de l'achalandage. Selon les professionnels du CH, la majorité des patients avec la cote P4 et P5 ne nécessitent pas de médecine d'urgence. Ce qui a pour conséquence d'augmenter l'utilisation des ressources par des patients qui devraient se présenter à un autre endroit que l'urgence, tels les GMF et CMA.

Le tableau 5.3 et la figure 5.19 nous ont amené à nous interroger sur le triage. Ce questionnement prend deux aspects. Le premier concerne le respect du délai imposé par les cotes, et le deuxième est la qualité de la cote. Pour évaluer la qualité de la cote, nous devons analyser plusieurs autres critères, dont l'orientation et l'utilisation des ressources ; ces points sont traités ultérieurement à la section 5.3.3. La figure 5.20 montre le premier aspect, celui du taux du respect du temps de prise en charge imposé par la cote.

À noter que deux anomalies se trouvent dans les données de la prochaine figure. Premièrement, elles sont calculées en fonction de moyennes par période, donc elles ne considèrent pas les heures et les jours où l'urgence est la plus achalandée. Deuxièmement, elles représentent le temps entre le triage et la prise en charge, et non celui entre l'arrivée du patient et la prise en charge. De plus, elles manquent de précision et ne représentent pas le moment précis où le médecin prend en charge le patient. Ces carences s'expliquent par la composition de ce processus lorsque les données sont comptabilisées dans le système informatique. À noter que la colonne R.V. signifie « rendez-vous » et ils furent abolis de l'urgence en 2005-2006.

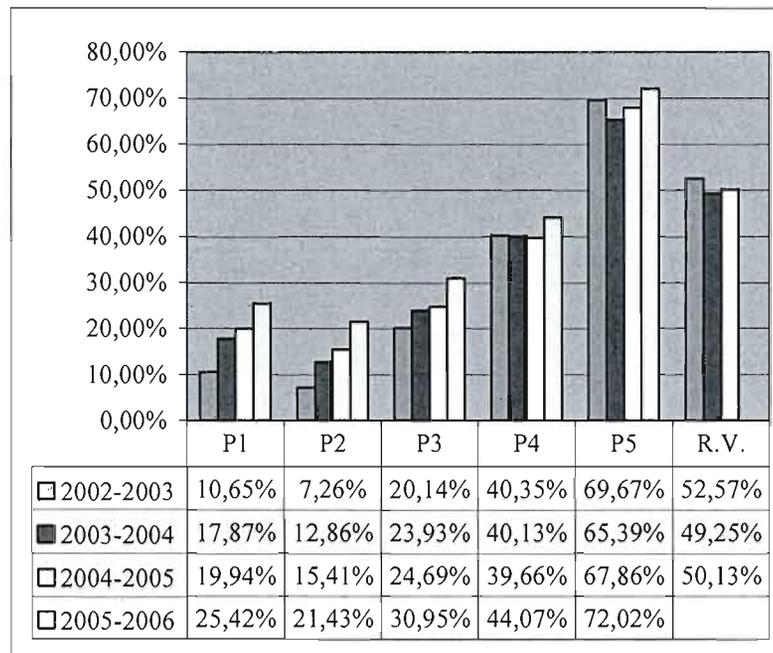


Figure 5.20 Taux du respect du délai selon la cote au triage (Siurge, 2006)⁶³

Selon les années, il y a une amélioration quant au respect de la cote, toutefois la performance est relativement faible. En 2005-2006, la moyenne des délais imposés par les cotes a été respectée dans 37,66 % des cas. Le biais de cette mesure est la différence entre la cote P5 et les autres cotes. Le patient qui reçoit cette cote doit attendre plus de 2 heures, donc la probabilité de respecter le délai est plus grande que pour les autres cotes, ce qui explique les hauts pourcentages des P5. Il faut mentionner qu'à ce jour, outre cette mesure, aucun outil ne présente avec précision le temps réel entre la réception de la cote et la prise en charge.

Du côté de la demande, le tableau de bord permet de connaître quotidiennement le nombre de patients qui se présentent à l'urgence. Le tableau 5.4 montre l'achalandage des patients par jour, pour les 11 périodes analysées. L'accent est mis sur les moyennes, les valeurs maximales et minimales, la différence et l'écart-type.

⁶³ Source : SIURGE, données prises le 8 février 2006, période 1 à 11, 2005-2006

Tableau 5.4 Nombre de patients à l'urgence selon les jours

Jour	Moyenne	Max	Min	Différence	Écart-type
Dimanche	112,20	133	77	56	11,50
<u>Lundi</u>	<u>126,27</u>	<u>149</u>	<u>94</u>	<u>55</u>	<u>11,16</u>
<u>Mardi</u>	<u>118,82</u>	<u>139</u>	<u>100</u>	<u>39</u>	<u>9,74</u>
Mercredi	114,18	137	98	39	8,96
Jeudi	113,27	129	94	35	10,15
<u>Vendredi</u>	<u>120,93</u>	<u>156</u>	<u>96</u>	<u>60</u>	<u>10,99</u>
Samedi	107,16	129	84	45	10,27
Moyenne	116,12	156	77	79	

Source : le tableau de bord quotidien du CH, 2005-2006

Selon les périodes, les jours peuvent être influencés par des cas dont la gravité est grande et une faible demande. La moyenne et l'écart-type sont calculés pour les patients qui se présentent à l'urgence par jour pour les 11 périodes. Les valeurs maximale et minimale ne sont pas représentées par des moyennes. Cette analyse a pour objectif de déterminer un pattern concernant l'habitude des patients en fonction des jours. Principalement, les lundis, mardis et vendredis sont les journées les plus achalandées, contrairement aux samedis, dimanches et jeudis.

La figure 5.21 montre en détail l'achalandage de l'urgence selon les heures de prise en charge dans la journée. Une distinction reste à faire concernant les heures de prise en charge et les heures d'arrivée des patients. Un patient peut se présenter à l'urgence à 7h00 am et être pris en charge à 10h00 am. Ce délai est dû à la cote reçue au triage. Au niveau de l'effectif médical, en tout temps un médecin est présent et un deuxième médecin est prévu entre 10h et 22h.

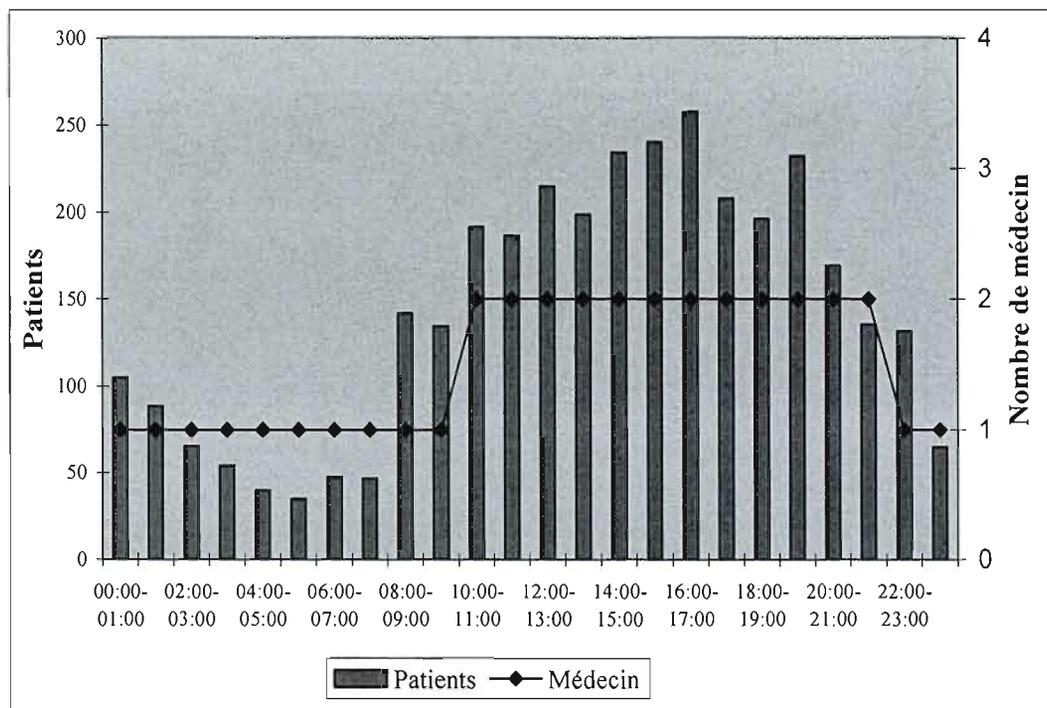


Figure 5.21 Heure de prise en charge (Siurge, 2006)⁶⁴

La majorité des prises en charge se produisent entre 10h et 22h. Conséquemment, avec plus d'effectifs médicaux, elles augmentent. Parallèlement, le nombre d'infirmières et de membres du personnel de soutien est ajusté en fonction du nombre de patients qui sont pris en charge. Entre 12h et 21h, elles sont plus importantes, avec plus de 200, et ce nombre atteint 258 entre 16h et 17h.

En conclusion, la section 5.3.2 montre que la demande générale est relativement stable de période en période, ainsi que le nombre de patients sur civière. Toutefois, on ne peut connaître les raisons pour lesquelles les périodes 8 à 11 sont les plus occupées. L'analyse du nombre de patients représente une donnée commune qui ne permet pas de généraliser des tendances.

⁶⁴ Source : SIURGE, données prises le 8 février 2006, période 1 à 11, 2005-2006

Les patients P3 et P4 constituent la clientèle principale. Cette donnée exhibe le fait que l'urgence est majoritairement sollicitée par des patients qui ne nécessitent pas forcément de la médecine d'urgence. Selon le graphique du respect du délai de la cote au triage, les résultats indiquent que cette cote n'est pas respectée pour plus de 60 % des patients. Cependant, cette donnée manque de précision, car il n'y a pas de système en place pour mesurer adéquatement le temps réel du triage et le processus de réévaluation de l'état du patient n'est, à ce jour, pas structuré. Ce manque d'information ne nous permet pas de conclure sur ce sujet. Au niveau des prises en charge, elles se font majoritairement lorsqu'il y a deux médecins. Entre 12h et 21h, le nombre de prises en charge augmente pour atteindre le sommet vers 16-17h, et les lundis, mardis et vendredis sont les journées les plus achalandées, contrairement aux samedis, dimanches et jeudis. Cet exercice permet de mieux saisir l'impact des patients qui entrent à l'urgence et les ressources médicales disponibles pour répondre à cette demande.

5.3.3 Les patients sur civière et admis

Cette dernière partie de l'analyse est importante pour le concept d'engorgement, car le patient qui entre dans le système doit en sortir. L'urgence est un endroit où le patient est pris en charge, stabilisé et orienté. Peu importe son orientation, il utilisera des ressources qui auront des impacts sur le fonctionnement de l'urgence. À la fin de cette section, nous serons en mesure d'identifier la cote, l'âge et la catégorie de patient dont la gravité des cas affecte le fonctionnement des processus. Pour ce faire, nous allons analyser les ressources mobilisées.

De plus, cette section devrait valider les dernières analyses. L'étude des 48 heures et des DMS nous amène à nous intéresser de façon particulière aux patients en santé mentale (section 5.3.1). Ainsi, l'analyse détaillée des cotes, âges et catégories de patients devrait nous confirmer, de manière beaucoup plus précise, ce que nous avons déjà ciblé comme processus.

Dans la section 5.3.2 nous avons observé que sur les milliers d'utilisateurs, 22,77 %⁶⁵ d'entre eux sont couchés sur une civière et 9,52 % sont hospitalisés. Tous ceux qui utilisent une civière consomment plus de ressources que les autres 77,23 % qui quittent l'urgence après

⁶⁵ Ces données sont tirées de SIURGE, au 8 février 2006.

avoir été diagnostiqués par le médecin. Pour ces patients, la DMS est d'environ 4 heures⁶⁶, tandis que la DMS globale moyenne des patients sur civière⁶⁷ est de 33 heures en santé mentale et de 22 heures en médecine générale. Ainsi, nous allons nous attarder sur ceux qui utilisent les civières, peu importe leur orientation, et pas sur ceux qui quittent l'urgence. Certes, ils utilisent des ressources, mais aucun d'entre eux n'affecte les 48 heures.

Les prochaines figures présentent le détail des patients sur civière, des consultations demandées, des orientations possibles, des types de demande d'admission, des patients admis, de la proportion absolue des patients et des 48 heures en fonction de la cote au triage. La figure 5.22 montre les patients qui utilisent les civières en fonction de la cote au triage et de l'âge.

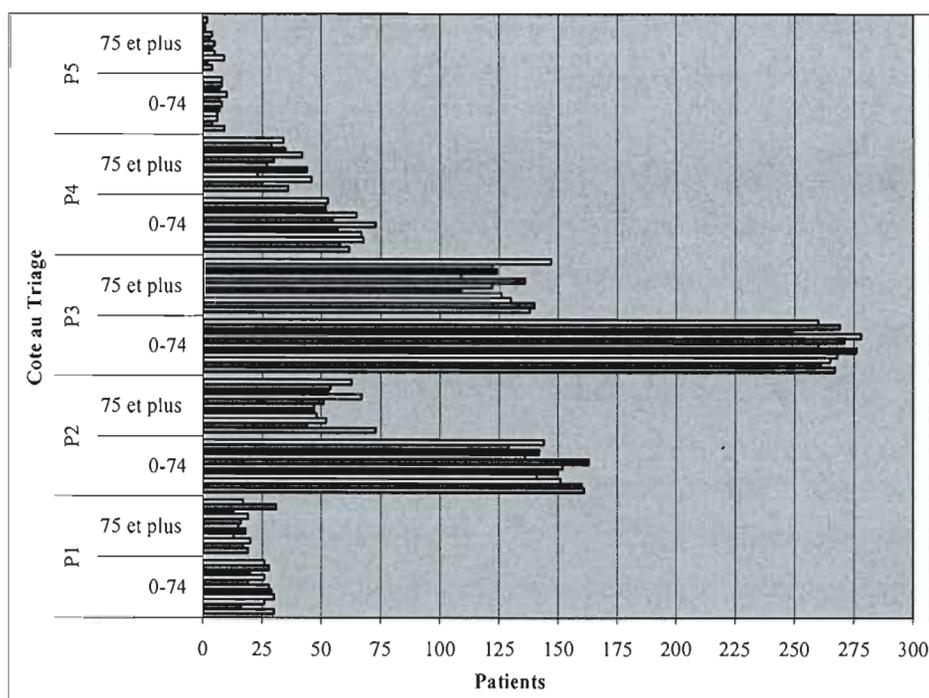


Figure 5.22 Patients sur civières en fonction de la cote au triage (Siurge, 2006)⁶⁸

⁶⁶ Ces données sont composées de moyennes par période et ont été regroupées en moyenne pour les 11 périodes analysées et elles sont tirées de SIURGE, au 8 février 2006.

⁶⁷ Ces DMS englobent les patients admis et non admis.

⁶⁸ Source : SIURGE, données prises le 8 février 2006, période 1 à 11, 2005-2006

En moyenne, les P2 et P3 de 0-74 et les P3 de plus 75 ans, sont les plus grands utilisateurs des civières. En nombre total, ils représentent 73 % de ces utilisateurs. Le grand nombre de P3 s'explique par la présence élevée de ce type de patients.

La prochaine figure présente les principaux types de consultation. Étant sur une civière, le patient est stabilisé et peut nécessiter une consultation par un spécialiste, un psychiatre ou tout autre médecin. Cette situation affecte la DMS de l'urgence, car ce CH ne dispose pas de toutes les spécialités médicales.

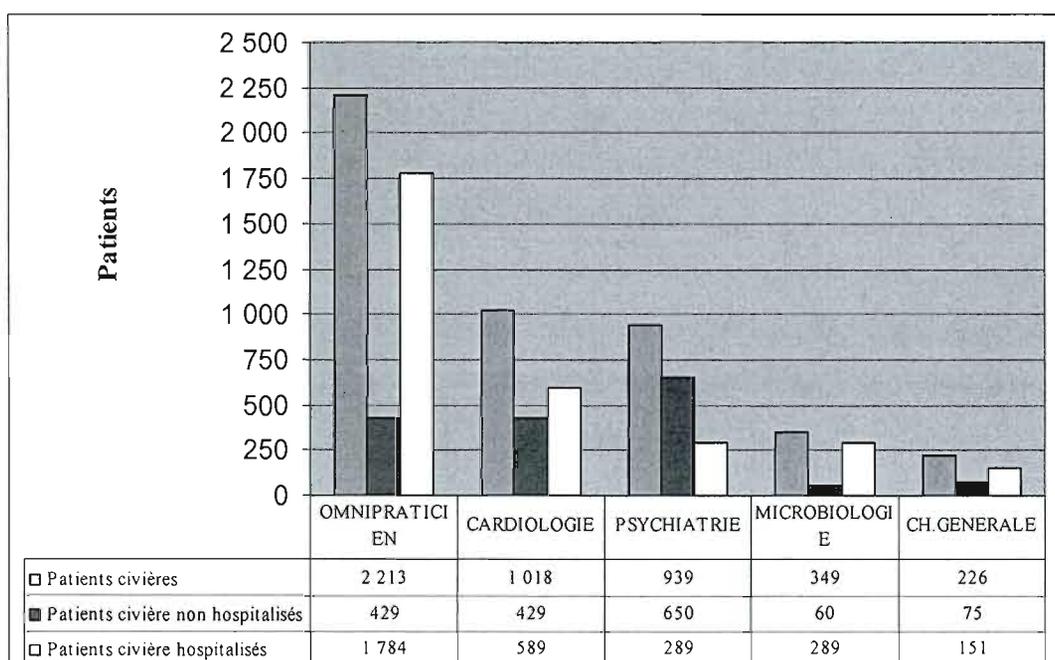


Figure 5.23 Les cinq principaux types de consultation (ADRLSSS, 2006)⁶⁹

Les plus demandés, parmi les cinq catégories à la figure 5.23, sont les omnipraticiens, suivis de la cardiologie et la psychiatrie. Pour chaque catégorie analysée, il n'y avait pas une grande variation entre les périodes, laissant ainsi entrevoir une demande relativement constante. Par ailleurs, ces cinq principaux types de consultation représentent près de 67 %⁷⁰ des demandes de consultations.

⁶⁹ Source : ADRLSSS, période 1 à 11, 2005-2006

⁷⁰ Toutes les spécialités médicales furent évaluées. On a retenu seulement les cinq qui sont les plus significatives.

La figure 5.24 présente les proportions des quatre orientations possibles pour les patients qui sont sur civières.

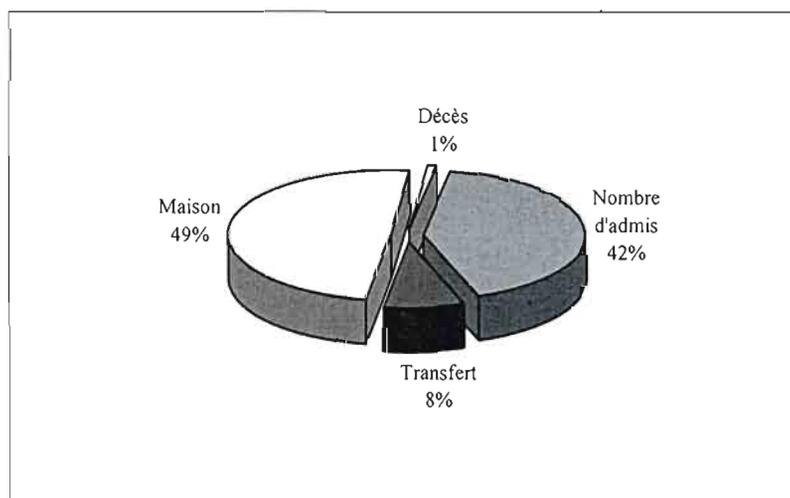


Figure 5.24 Orientations des patients (Siurge, 2006)⁷¹

Ainsi, 58% des patients quittent l'urgence : 49 % rentrent chez eux, 8 % sont transférés à un autre CH et 1 % décèdent à l'urgence. Peu importe la cote au triage, plus de 42% des patients couchés sur une civière sont hospitalisés.

Les admissions viennent de l'urgence et pour le patient électif⁷². De l'urgence, le patient admis peut être orienté vers la chirurgie, être hospitalisé en médecine générale ou en santé mentale. Lorsque le patient est en chirurgie élective, il se fait hospitaliser suite à l'opération. La figure 5.25 montre d'où vient principalement la demande.

⁷¹ Source : SIURGE, données prises le 8 février 2006, période 1 à 11, 2005-2006

⁷² Un patient est « électif » quand il a un rendez-vous et est opéré au bloc opératoire.

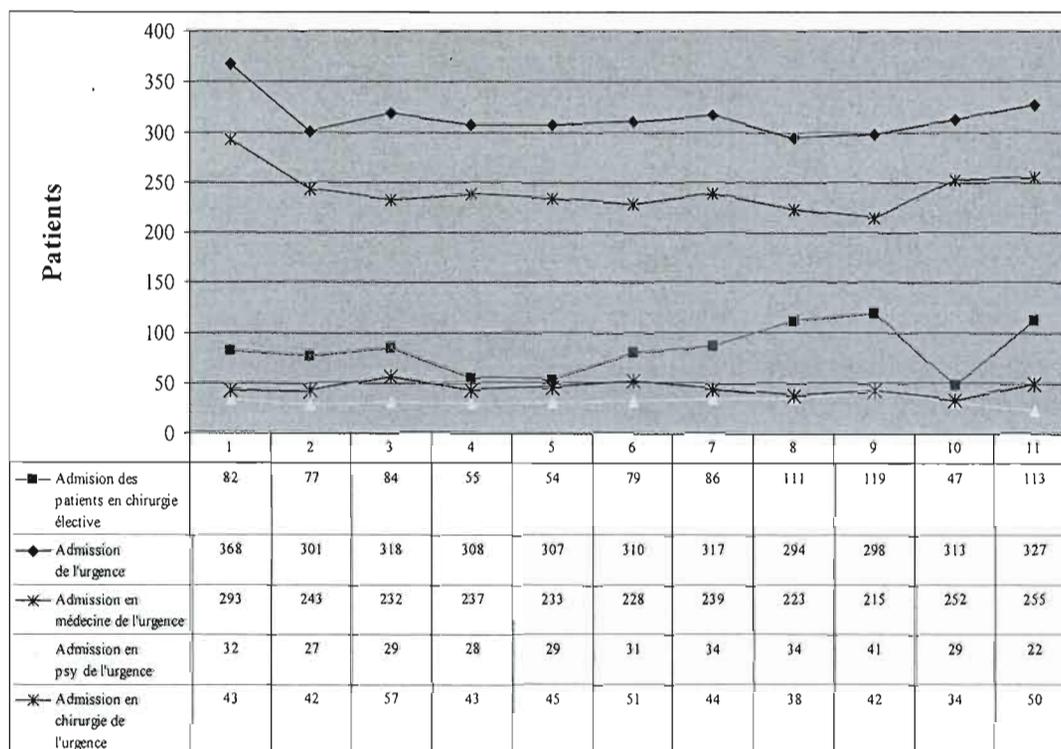


Figure 5.25 Type d'admission à l'hôpital (Siurge, 2006)⁷³

Plus de 79,46%⁷⁴ des demandes d'admission proviennent de l'urgence. Le plus grand nombre est observé à la période 1 avec 368 et le plus petit est à la période 8 avec 294. En moyenne, 329 sont faites par période, représentant près de 11,76 par jour. À l'exception de la période une, la moyenne des 11 périodes pour les trois types de demandes est constante. La norme pour obtenir un lit est une heure suivant la demande, mais en faisant référence aux DMS des figures 6.14 et 6.15, le délai diffère pour la santé mentale (22.4 heures) et la médecine générale (8,6 heures). Ils sont relatifs à la disponibilité des lits, et le coordonnateur médical travaille à optimiser ces délais.

La figure 5.26 montre le nombre de patients admis par période en fonction de la cote et de l'âge. L'objectif double de ce tableau montre qui sont les plus admis et la cote qu'ils ont eue.

⁷³ Source : SIURGE, données prises le 8 février 2006, période 1 à 11, 2005-2006

⁷⁴ Une grande fluctuation est remarquée pour la chirurgie éleçtive qui représente 20,54% des cas. À la période 10, une diminution des chirurgies est constatée ; cependant pour les périodes précédentes et subséquentes, ce nombre augmente.

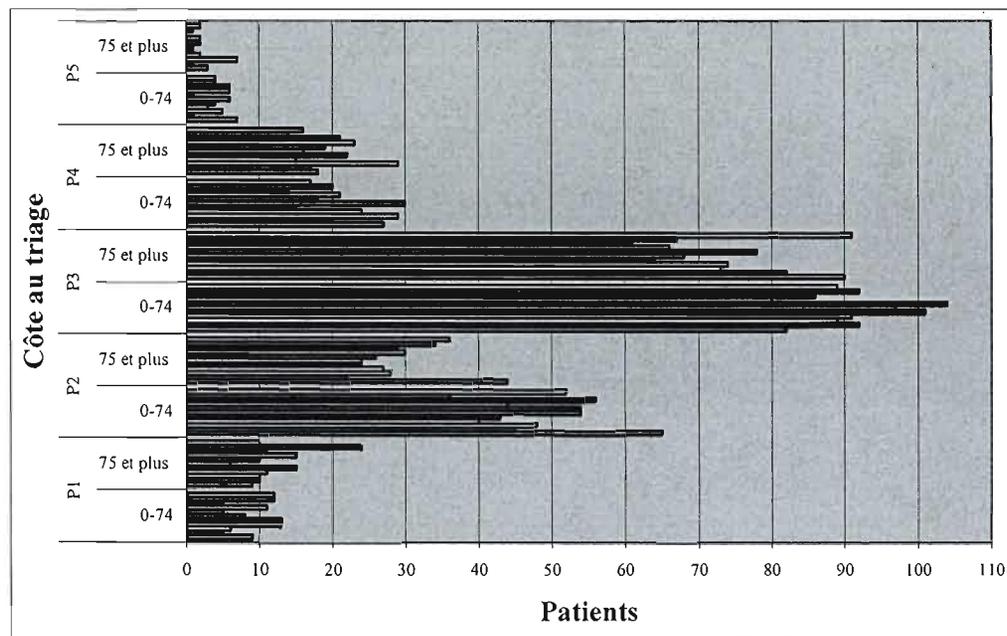


Figure 5.26 Patients admis en fonction de la cote au triage (Siurge, 2006)⁷⁵

Les patients qui ont reçu la cote P3 sont, en nombre total, les plus admis suivis de la cote P2. Toutefois, les P3 sont les plus nombreux à utiliser les civières, donc il est cohérent que ces patients soient les plus hospitalisés. Néanmoins, en considérant la priorité de soins, la gravité de ces cas est moins importante que les P1 et P2. Ce qui soulève la question suivante, est-ce que tous les P3 sont bien cotés, ou encore, est-ce que ces patients hospitalisés devraient tous l'être ? Ceux qui ont les cotes P1 et P2 devraient, selon l'ETG, être les plus hospitalisés, car la gravité des cas est plus importante. La figure 5.26 ne montre pas cette relation, car les données représentent les nombres totaux de patients et ces cotes sont moins nombreuses que les P3.

La figure 5.27 et le tableau 5.5 montrent le nombre relatif⁷⁶ des patients sur civières et admis selon les cotes obtenues. Ainsi, nous pouvons avoir un indice sur l'utilisation des ressources en fonction de la cote, sur la qualité de ces cotes et sur l'impact des patients ayant plus de 75

⁷⁵ Source : SIURGE, données prises le 8 février 2006, période 1 à 11, 2005-2006

⁷⁶ Le nombre absolu est la comparaison des proportions des patients en fonction de la cote qu'ils ont reçue et non en fonction du nombre total de patients.

ans. Ce dernier point fut avancé à quelques reprises, car ces patients utilisent plus de ressources que les moins de 74 ans et nous pouvons valider cette affirmation.

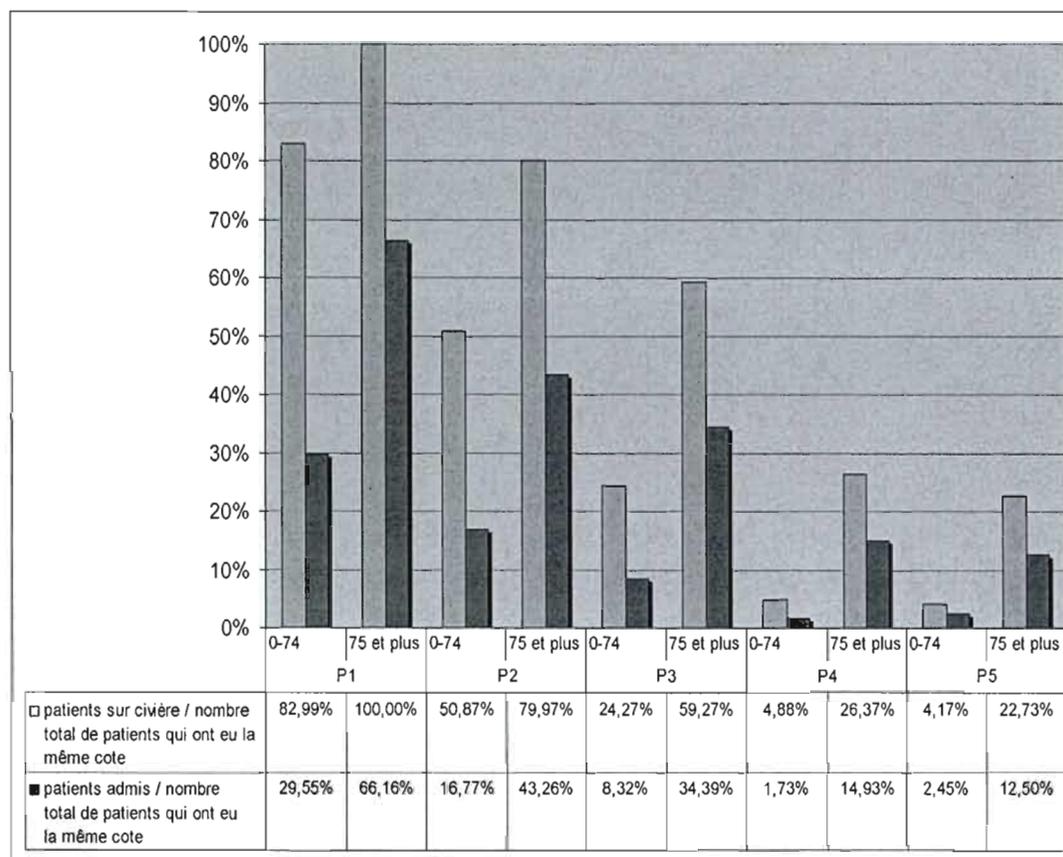


Figure 5.27 Proportion des patients admis (Siurge, 2006)⁷⁷

À chacune des cotes, nous avons ressorti le nombre de patients sur civière, divisé par le nombre total de patients ayant eu la même cote. Le même processus fut effectué pour les patients admis. Ainsi, nous pouvons comparer la valeur relative des patients, car nous savons par la cote et l'âge ceux qui ont utilisé une civière et ont été admis.

L'analyse de la figure montre que les P1 entre 0 et 74 ans, utilisent les civières dans 83% des cas et que seulement 30% du total des patients ayant cette cote sont admis. Pour les 75 ans et plus, 100% sont couchés sur civières et 66% sont admis. Les P2 entre 0 et 74 ans utilisent les

⁷⁷ Source : SIURGE, données prises le 8 février 2006, période 1 à 11, 2005-2006

civière dans 51% des cas et 17% d'entre eux sont admis. Pour les 75 ans et plus, 80% utilisent des civières et 44% sont admis. Les P3 entre 0 et 74 ans utilisent les civières pour 25% des cas et 8% sont admis. Les 75 ans et plus utilisent les civières pour 60% des cas et 35% sont admis. Les P4 et P5 entre 0 et 74 ans utilisent en moyennes les civières pour 4,5% des cas et 2% sont admis. Les plus de 75 ans utilisent en moyenne près de 24% des civières et 13% sont admis.

Contrairement à la figure 5.26 qui montrait que les P3 sont les plus admis en nombre, cette figure montre qu'en valeur relative ce sont dans l'ordre les P1, P2 et P3 pour tout âge qui sont les plus admis. Toutefois, les patients de plus de 75 ans sont, selon les taux, plus admis que les 0 et 74 ans. Ce qui montre que cette catégorie de patient utilise plus les ressources que les autres patients et risque le plus d'être hospitalisé.

Pour répondre à l'interrogation concernant la validité de la cote au triage, nous devons comparer le taux des admis en fonction du nombre de patients qui étaient sur civière (avec la même cote). Ce taux nous indique le nombre de patients admis, en fonction de ceux qui sont sur civières. La différence du taux indique que le patient sur civière retourne à domicile. Cette situation signifie que plusieurs patients sont couchés et quittent l'urgence, ainsi ils auront utilisé des ressources qui auraient pu être utilisées par d'autres patients, ou du moins, sans leur présence, l'achalandage aurait été moindre. Le tableau 5.5 montre le détail des calculs qui se trouvent à la figure précédente, en plus du taux des patients admis en fonction des patients qui étaient sur civière.

Tableau 5.5 Patients sur civière et admis

	Âge	Patient total (col 1)	Patients sur civière (col 2)	Patients admis (col 3)	Selon la cote : patients civière / nombre total de patients (col2 / col1)	Selon la cote: patients admis / nombre total de patients (col3 / col1)	% patients admis selon le total des patients admis (col3 / tot col3)	% Patients admis selon la cote patient admis / patient civière (col3 / col2)
P1	0-74	335	278	99	82,99%	29,55%	2,89%	35,61%
	75 et plus	198	198	131	100,00%	66,16%	3,83%	66,16%
P2	0-74	3202	1629	537	50,87%	16,77%	15,69%	32,97%
	75 et plus	749	599	324	79,97%	43,26%	9,47%	54,09%
P3	0-74	12049	2924	1003	24,27%	8,32%	29,31%	34,30%
	75 et plus	2367	1403	814	59,27%	34,39%	23,79%	58,02%
P4	0-74	13559	662	235	4,88%	1,73%	6,87%	35,50%
	75 et plus	1407	371	210	26,37%	14,93%	6,14%	56,60%
P5	0-74	1917	80	47	4,17%	2,45%	1,37%	58,75%
	75 et plus	176	40	22	22,73%	12,50%	0,64%	55,00%
Total		35959	8184	3422			100,00%	41,81%

Source : SIURGE, données prises le 8 février 2006, période 1 à 11, 2005-2006

Le présent tableau montre que, indépendamment de la cote (à l'exception de la cote P5), les 0 à 74 ans sur civière sont admis en moyenne à 35% et quittent l'urgence dans 65%. Selon les normes de l'ETG, le taux d'admission des P1 et P2 devrait être plus grand que pour les P3 et P4. Cette situation soulève la question de la validité des cotes, car ces patients devraient nécessiter des soins d'urgence et être pris en charge rapidement. Donc, ne devraient-ils pas être proportionnellement plus hospitalisés ?

Les P3 sur civières ont une chance sur trois d'être admis et cette probabilité est la même pour les P1, P2 et P4. Huit pour cent des P3 entre 0 et 74 ans qui se présentent à l'urgence sont admis ; les P3 entre 0 et 74 ans représentent 29,31% de l'ensemble des admissions. D'ailleurs, ils risquent d'avoir fait « le long processus » (voir la figure 5.5 à la section

5.2.1.4), car leur cote indique un niveau de gravité important, mais ils ne sont pas considérés comme une priorité. Toutefois, est-ce que les 8% d'admis ont été bien triés ? En étant hospitalisés, ils doivent rester sous observation. Ont-ils eu la bonne cote ? Est-ce que les 65% qui ont utilisé des civières et qui sont repartis nécessitaient réellement une civière ?

Nous n'avons pas les connaissances médicales pour remettre en doute la nécessité de les avoir couchés sur civières, mais nous soulevons la question sur la qualité d'attribution des cotes et de l'utilisation des ressources. Nous supposons qu'en diminuant le nombre de patients qui utilisent les civières et qui reçoivent leur congé, les ressources à l'urgence peuvent être mieux utilisées et moins engorgées. Pour ce faire, nous devons analyser la qualité de la cote au triage et la nécessité d'avoir utilisé la civière. À la section 5.6.2, nous suggérons une technique qui pourrait être utilisée afin d'analyser la validité des cotes.

Pour les patients de 75 ans et plus sur civière, indépendamment de la cote, près de 58% sont admis. Ils constituent 43,87 % de la clientèle admise. Ce haut taux montre que dès qu'un patient de plus de 75 ans est couché, il est hospitalisé dans la forte proportion de plus d'une fois sur deux. Cette statistique confirme que ce type de patient consomme plus de ressources et ils sont les plus admis.

Pour solidifier cette analyse, la prochaine figure montre en détail les 48 heures selon l'orientation des patients sur civières, en fonction de leur cote au triage, de l'âge et de la spécialité médicale. Pour avoir ce niveau de détail, ces données ont été prises dans le logiciel de SIURGE. Cependant, elles ne sont pas identiques à celles qui se retrouvent au tableau de bord et celles du MSSS. Cette différence s'explique par le type de requête effectuée dans la base de données. Au lieu de considérer les plus de 48 heures, la requête regroupe les 48 heures et plus. Ainsi, cette procédure explique les différences entre ces données et celles de la section 6.3.1.1.

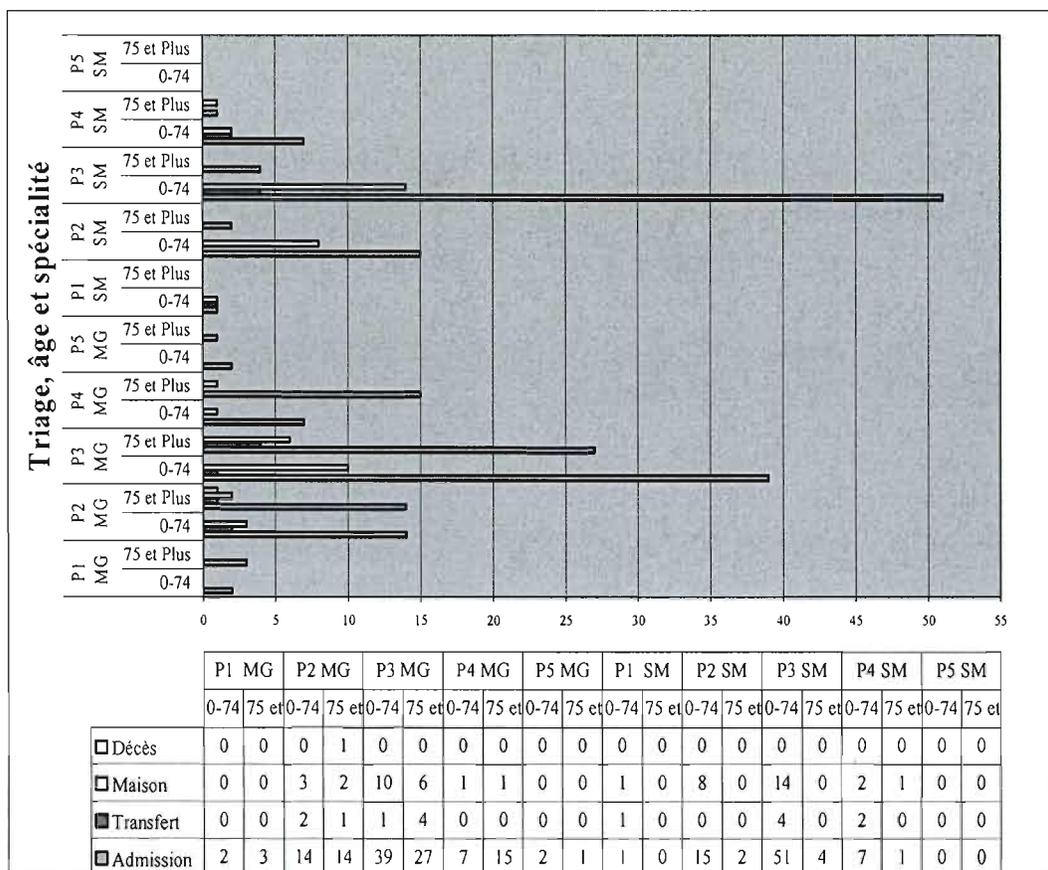


Figure 5.28 48 heures et orientations (MG et SM) (Siurge, 2006)⁷⁸

Cette figure montre que les patients admis avec la cote P3 entre 0-74 ans comptent plus de 48 heures et que ceux en santé mentale sont les plus nombreux, suivis de près par ceux qui sont en médecine générale. La somme est à plus de 90 patients pour les P3. Étant admis, ces patients attendent qu'un lit se libère, tandis que les autres patients quittent l'urgence avant d'atteindre les 48 heures.

Ainsi, nous croyons que le P3 admis entre 0 et 74 ans est le type de clientèle qui utilise le plus les ressources et qui a le plus d'impact en nombre relatif et en nombre absolu. Malgré que la gravité de son cas soit moins lourde que les P1 et P2, sa présence affecte le plus la performance globale de l'urgence selon le critère ultime du MSSS et des DMS. La santé mentale semble être la principale cause de la mauvaise performance, mais la médecine

⁷⁸ Source : SIURGE, données prises le 8 février 2006, période 1 à 11, 2005-2006

générale suit de près pour le nombre de 48 heures. Ainsi, la catégorie de patient dont la gravité semble causer le plus de problèmes sur le fonctionnement de l'urgence est celle des patients de 0 à 74 ans de la cote P3.

Par ailleurs, cette analyse vient supporter les deux dernières sections qui montraient qu'entre les périodes 8 à 11, les 48 heures et DMS augmentaient en santé mentale. Nous venons de faire le parallèle entre cette mauvaise performance et la catégorie de patient qui semble en être la cause. Les fortes DMS montrent que les délais en santé mentale après la demande d'admission sont très élevés ainsi que le nombre de 48 heures pour cette spécialité. Pour confirmer ces suppositions, nous analyserons en profondeur les cotes P3 à la prochaine section.

En conclusion, la section 5.3 montre l'examen des indicateurs liés à la performance et à l'utilisation des ressources afin d'avoir une vision systémique de cet environnement et de comprendre l'impact qu'ont les patients sur l'urgence. Plus de 80% des utilisateurs de l'urgence ont reçu la cote P3 ou P4. En valeur absolue les plus grands utilisateurs des civières sont les P3 (de tout âge) et les P2 entre 0 et 74 ans. Toutefois, en valeur relative, ces cotes diffèrent et les P1, P2 et P3, sont dans l'ordre, les plus grands utilisateurs des civières et les plus admis. Également, les valeurs relatives montrent que les plus de 75 ans ont plus d'une chance sur deux d'être admis. Près de 42% des patients sur civières sont admis. En matière de demande de consultation, majoritairement elles sont pour les omnipraticiens, les cardiologues et les psychiatres. Finalement, l'analyse des demandes d'admission venant de l'urgence montre que la demande est stable de période en période et les journées les plus occupées sont les lundis, mardis et vendredis et les heures où les prises en charge sont les plus grandes sont entre 16 et 17 heures. La prochaine section se réserve à l'analyse détaillée des P3 entre 0 et 74 ans.

5.4 Diagnostic, l'identification de la catégorie de maladie et ces processus

Les P3 entre 0 et 74 ans représentent les types de patient qui sont les plus grands utilisateurs des ressources et risquent d'affecter la performance et le fonctionnement de l'urgence. Cette

section montre leur évolution ainsi que l'analyse des catégories de maladie en cause. Cette analyse est possible grâce au logiciel SIURGE qui regroupe les types de maladie en 24 catégories. Elle fait ressortir la catégorie de maladie qui est la plus fréquente ainsi que celle qui requiert le plus de ressources; soit, celle qui a le plus d'impact sur la performance de l'urgence.

Selon la loi de Pareto, il ressort que les catégories de maladie des P3 sont celles qui entraînent le plus d'utilisation des civières, le plus d'admissions et qui causent le plus de 48 heures. C'est à cette catégorie de maladie que sera consacrée l'analyse des processus, suivie du diagramme d'Ishikawa.

5.4.1 Analyse des P3

Dans un premier temps, la figure 5.29 montre l'évolution des P3 entre 0 et 74 ans qui sont admis lors des 3 dernières années. De la sorte, il est possible de savoir si c'est habituel d'avoir ce type de patients admis ou si c'est exceptionnel. Également, les données de cette figure considèrent les patients en médecine générale et en santé mentale.

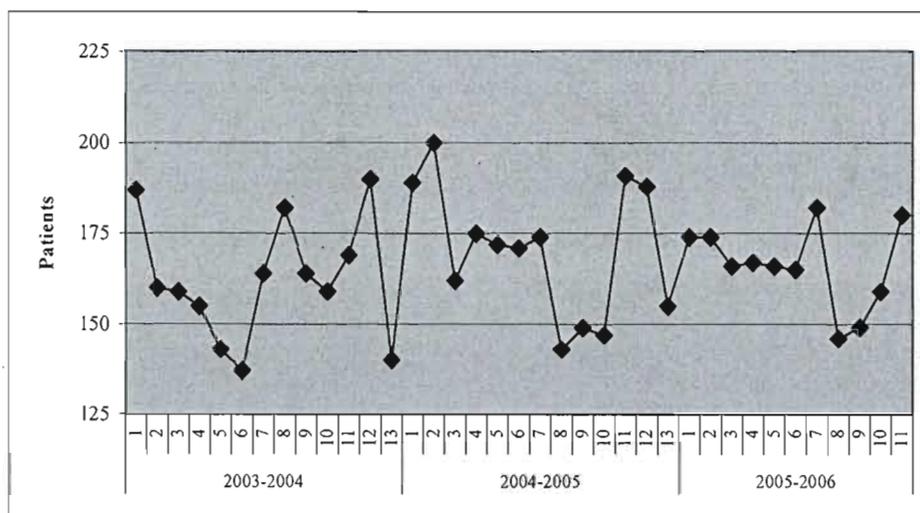


Figure 5.29 Évolution des patients admis entre 0 et 74 ans avec la cote P3 (Siurge, 2006)⁷⁹

⁷⁹ Source : SIURGE, données prises le 8 février 2006, période 1 à 11, 2005-2006

Cette figure montre que chaque année, les patients ayant la cote P3 sont autant hospitalisés. Un cycle semble se répéter à toutes les 11 périodes, sauf pour les périodes 3, 4, 5 et 6 sont relativement faibles.

La figure 5.30 montre que les patients ayant la cote P3 sont les plus nombreux parmi les 48 heures qui sont admis. Pour être en mesure de savoir si une tendance se répète, la figure 5.30 montre l'évolution des 48 heures pour les 4 dernières années. Toutefois, les données ne distinguent pas les patients en santé mentale et en médecine générale.

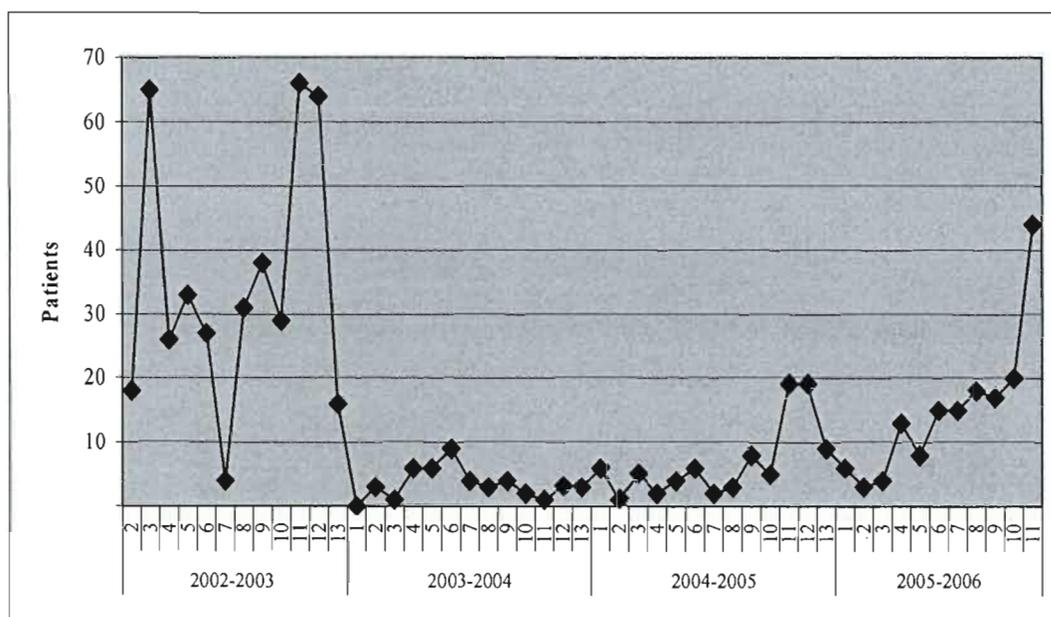


Figure 5.30 Évolution des 48 heures, admis et ayant la cote P3 (Siurge, 2006)⁸⁰

Cette figure montre que le nombre de 48 heures avec la cote P3⁸¹ est relativement faible après l'année 2002-2003, surtout entre 2003 et 2005, mais à partir de la période 11 de l'année 2004-2005 il se dégage une tendance à la hausse plus accentuée en 2005-2006 surtout entre la période 8 et 11. Ce phénomène semble s'aggraver.

⁸⁰ Source : SIURGE, données prises le 8 février 2006, période 1 à 11, 2005-2006

⁸¹ Tout âge confondu.

Dans le but de cibler la catégorie de maladie qui est la plus fréquente et celle qui cause le plus de 48 heures pour le patient avec la cote P3 entre 0 et 74, le tableau 5.6 montre le détail des 24 catégories de maladie pour les périodes de 1 à 11 à l'année 2005-2006. À l'aide de la loi de Pareto, ces catégories sont classées par ordre d'importance. Seules celles qui sont les plus fréquentes y sont indiquées. Le tableau est divisé en trois sections ; les patients sur civière, les patients admis et ceux qui causent des 48 heures.

Tableau 5.6 Pareto selon les catégories de maladie, patients P3 entre 0 et 74 ans

	Nombre de patients par catégorie et section	Taux des patients par section	Taux des patients par catégorie et section, divisé par le nombre total de patients sur civière (2924)
Section un : Nombre de patients sur civière par catégorie			
0100 Système nerveux	205	7,01%	
0400 Appareil respiratoire	183	6,26%	
0500 Appareil circulatoire	367	12,55%	
0600 Appareil digestif	388	13,27%	
0800 Appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	227	7,76%	
0900 Peau, tissu sous-cutané et sein	118	4,04%	
1100 Appareil urinaire	194	6,63%	
1900 Mentaux	565	19,32%	
Total des 8 catégories	2247		
Cumul du taux des 8 catégories		76,85%	
Nombre total de patients (24 catégories)	2924		
Section deux : Patients admis par catégorie			
0400 Appareil respiratoire	85	8,47%	2,91%
0500 Appareil circulatoire	131	13,05%	4,48%
0600 Appareil digestif	151	15,04%	5,16%
0900 Peau, tissu sous-cutané et sein	42	7,47%	1,44%
1900 Mentaux	197	19,62%	6,74%
Total des 5 catégories	606		
Cumul du taux des 5 catégories		63,65%	
Nombre total de patients (24 catégories)	1004		2924
Section trois : 48 heures pour les P3 qui ont moins de 75 ans par catégorie			
0600 Appareil digestif	12	13,33%	0,41%
0900 Peau, tissu sous-cutané et sein	5	5,56%	0,17%
1900 Mentaux	47	52,22%	1,61%
Total des 3 catégories	64		
Cumul du taux des 3 catégories		71,11%	
Nombre total de patients (24 catégories)	90		2924

Source : SIURGE, données prises le 8 février 2006, période 1 à 11, 2005-2006

Ce tableau montre que 8 catégories de maladies sur les 24 représentent près de 77% des patients P3 sur civière. La plupart sont des patients qui présentent des troubles de l'appareil circulatoire ou digestif ou ont un problème psychiatrique.

Pour le nombre de patients admis, ils sont 1004 sur un nombre total de 2924 patients sur civières. Les appareils circulatoire, digestif, respiratoire, la peau (tissus sous-cutanés, seins) et la santé mentale, sont les 5 catégories qui représentent près de 64% des patients admis. L'appareil digestif et circulatoire, et la santé mentale, sont les catégories de maladie qui utilisent le plus de civières et entraînent le plus d'admissions.

Concernant les 48 heures, trois catégories en sont les causes pour 71% des cas et près de 9% des patients admis attendront plus de 48 heures. Principalement, c'est en santé mentale suivie de ceux qui ont des dysfonctionnements du système digestif et des problèmes de peau, tissu sous-cutané et seins. Ainsi, 3,07% des patients avec la cote P3 sur civières y seront plus de 48 heures et la santé mentale représente plus de 52% d'entre eux.

Hors de tout doute, l'analyse du tableau 5.6 montre que la santé mentale est la catégorie de maladie la plus fréquente pour les patients sur civières, les patients admis et les 48 heures.

5.4.2 Choix de la catégorie de maladie

Indiqué précédemment, les patients admis ayant la cote P3 entre 0 et 74 ans en santé mentale sont ceux qui causent le plus de problèmes sur le fonctionnement de l'urgence. Selon le dernier tableau, ils représentent près de 20% des patients sur civières, 6,75%⁸² admis et 1,6%⁸³ des 48 heures sur le nombre total de patients sur civière.

Les liens avec la section 5.3 montrent que cette catégorie de maladie affecte le fonctionnement du système et la situation s'aggrave avec la chronologie des 48 heures (voir les figures 5.16, 5.17, 5.28, 5,29 et 5,30). Cette situation semble pire en automne et en hiver,

⁸² Si on compare; patients admis / patients civières, elle est de 20%.

⁸³ Si on compare; patients 48 heures / total des 48 heures, elle est de 52%.

lorsque l'urgence subit une augmentation de l'achalandage. Cette catégorie de patient et maladie consomme de plus en plus de ressources et est la troisième catégorie en importance pour les consultations (figure 5.23). La figure 5.15 montre que la DMS est très élevée entre les périodes 8 et 11, surtout entre la demande d'admission et le départ vers l'unité de soins. Toutefois, le nombre de demandes d'admission demeure stable et diminue à la période 10 et 11. Dans le but de montrer cette situation, nous avons mis en relation à la figure 5.31 la DMS après la demande d'admission, les 48 heures et le nombre de demandes d'admission. Notez que cette figure comporte deux axes, le premier est le nombre de patients et montre la variation des 48 heures (losanges) et des demandes d'admission (carrés), le deuxième axe est le nombre d'heures et montre la variation de la DMS après la demande d'admission (triangles).

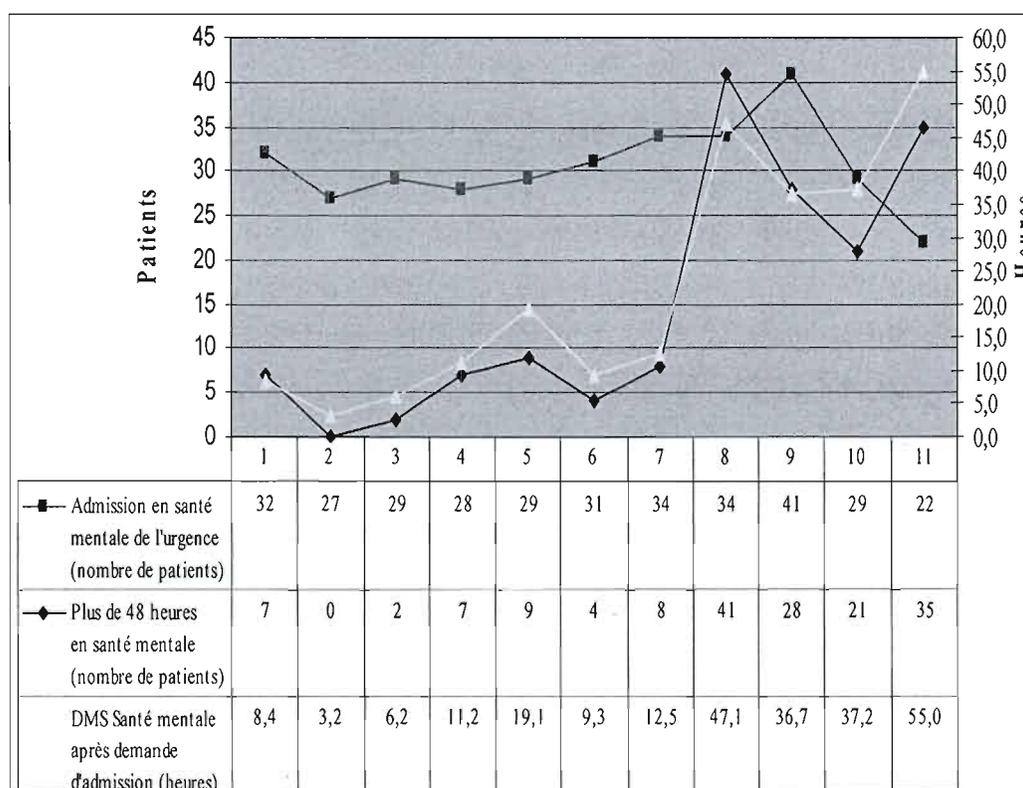


Figure 5.31 Nombre de demande d'admission en santé mentale et 48 heures (Siurge, 2006)⁸⁴

⁸⁴ Source : SIURGE, données prises le 8 février 2006, période 1 à 11, 2005-2006

Entre les périodes 1 à 7, les demandes d'admission sont stables, le nombre de 48 heures est faible ainsi que la DMS après la demande d'admission. Toutefois, à la période 8, le nombre de 48 heures augmente considérablement avec la DMS, mais les demandes demeurent stables. Ce qui signifie qu'à partir de ce moment, les patients ne peuvent plus autant être transférés à l'étage de la santé mentale, car dès que le patient est admis, il doit attendre qu'un lit se libère. Ce qui explique l'augmentation de la DMS après la demande d'admission qui, à partir de cette période, est très élevée. Le déroulement général du service dès le triage jusqu'à la prise de décision prend en moyenne 11,3 heures, entre la prise de décision et la demande d'admission il est de 1 h 30 min⁸⁵ et entre la demande d'admission et le départ du patient il est en moyenne de 22,4 heures. Toutefois, ce délai est composé de valeurs extrêmes, car entre la période de 1 à 7 le processus est en contrôle, mais à la période 8 ce délai augmente substantiellement. Il semble qu'à la période 11, lorsque les demandes sont les plus faibles, les 48 heures et les DMS sont les plus hautes montrant ainsi un blocage en santé mentale.

Dans le but d'en comprendre les causes, la prochaine étape consiste à analyser en profondeur les causes d'attente à partir de l'urgence. Dès qu'un patient est admis, la rapidité du transfert dépend d'activités qui s'organisent en aval, là où il est hospitalisé. Cet endroit est localisé au deuxième étage et la capacité totale est de 28 lits. Les délais après la prise de décision peuvent avoir plusieurs causes. Le diagramme d'Ishikawa montre le détail des causes de l'attente entre la demande d'admission et l'obtention d'un lit.

⁸⁵ Cette donnée est tirée de SIURGE, données prises le 8 février 2006, période 1 à 11, 2005-2006

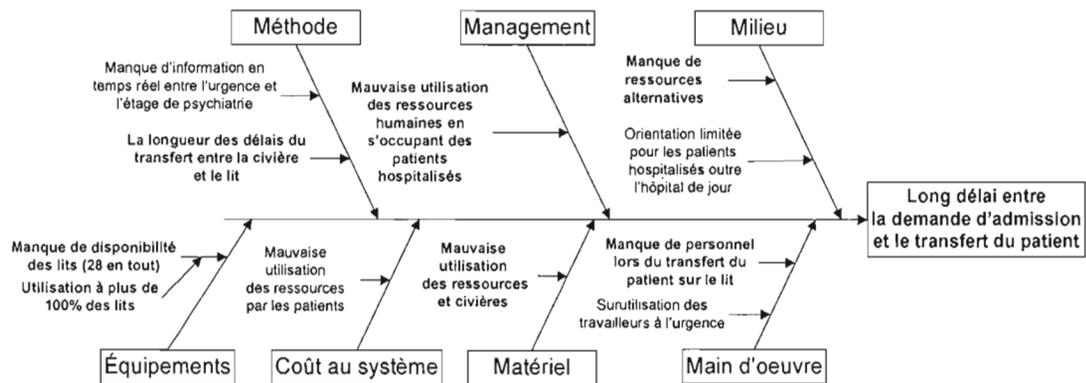


Figure 5.32 Analyse des causes de l'attente

Cette figure montre que la capacité des lits est une cause majeure à l'engorgement, car suite à un manque de lits en aval, l'urgence peut être grandement affectée, et ce, malgré une demande faible. Par conséquent, le patient attend longtemps et le nombre de 48 heures augmente. Ainsi, la cause liée aux lits est très importante et il faut chercher plus d'information à ce sujet.

D'ailleurs, lorsque le patient doit attendre pour un lit, cette situation reflète une mauvaise utilisation des civières et du personnel à l'urgence. En s'occupant de patients qui attendent d'être hospitalisés, le personnel est moins disponible aux patients qui ont besoin de soins d'urgence. Dans un contexte où les budgets sont limités, la mauvaise utilisation des ressources augmente la surcharge de travail pour les professionnels. Dans la mesure où les alternatives à l'hospitalisation augmenteraient, l'urgence serait moins achalandée. Le délai peut également être dû au manque de ressources humaines lors du transfert du patient entre l'urgence et l'étage de soins. L'environnement de l'urgence est très dynamique et une multitude de situations peuvent survenir qui empêchent le transfert du patient.

En plus des causes énumérées dans la figure 5.32, le délai entre la demande d'admission et le transfert du patient au deuxième étage est dû à d'autres problèmes identifiés à l'extérieur de l'urgence. Dans le but de connaître ces raisons et valider les suppositions de cette section, il faut analyser le processus de santé mentale, et ce, à l'étage où les soins sont donnés. Mais avant, la prochaine section présente la structure globale du réseau pour la santé mentale.

5.4.3 La structure du réseau en santé mentale

Les soins en santé mentale diffèrent de la médecine générale et pour comprendre certaines raisons d'hospitalisation, la présentation de la structure du réseau s'impose. Ainsi, nous connaissons mieux les raisons qui motivent les patients à se présenter à l'hôpital, à utiliser des civières et à être admis.

Selon la structure du réseau du CSSS, le patient de santé mentale est pris en charge à l'intérieur du centre local de soins et selon ses besoins, des services de première, deuxième et troisième ligne sont à sa disposition. La première ligne représente un suivi avec le médecin de famille et le CLSC. Cette porte d'entrée est un centre de traitement pour les cas simples. À l'urgence, la santé mentale est un service de deuxième ligne qui prend le patient en charge afin de l'orienter et résoudre des problèmes plus complexes. L'hôpital figure parmi ces choix et lorsque c'est le cas, le patient reçoit des soins de court terme et est hospitalisé jusqu'à son congé. Également, le patient peut être référé au CLSC, à un centre de crise ou de désintoxication, à la clinique externe et à l'hôpital de jour⁸⁶. Lorsque le patient est admis, il reçoit des médicaments en fonction de la nature des soins et y demeure tant que le psychiatre ne lui donne son congé⁸⁷. Si le patient a besoin de soins de longue durée, il est transféré du deuxième étage vers des ressources appropriées en troisième ligne. Ce type de soins s'adresse aux patients qui ont des problèmes très complexes. Selon la structure du MSSS avec la première, deuxième et troisième ligne, le patient reçoit des traitements qui lui permettent de réintégrer graduellement la société et est suivi continuellement dans le réseau d'appartenance du CSSS.

En 2006-2007, un plan d'action en santé mentale est en cours et a pour objectif d'assurer une meilleure continuité des services dans les réseaux de soins. Une plateforme d'information va faciliter la coordination entre les organisations afin d'offrir un service de meilleure qualité.

⁸⁶ L'hôpital de jour a 13 places disponibles et le patient quitte dès que la journée est terminée. Ce service assure un suivi individuel et l'objectif est d'assurer une continuité de soins, sans toutefois garder le patient à l'hôpital. Cette mesure a fait diminuer le nombre de patients hospitalisés en santé mentale.

⁸⁷ Car ce dernier est le seul à avoir le pouvoir légal de donner le congé du patient pour la santé mentale.

Suivant l'objectif d'avoir une meilleure coopération entre les organisations, le principe de « soins partagés » est basé sur l'échange d'information et la collaboration entre les professionnels en santé mentale à l'intérieur du réseau de soin. Ainsi, les structures tendent à changer et une nouvelle réforme fut signée par le Ministre en février 2007.

5.5 Lien entre l'urgence et la santé mentale

Ce cas montre que les problèmes liés à l'engorgement peuvent se trouver à l'extérieur de l'urgence. Le chercheur a dû aller analyser les processus en aval et se rendre au département de la santé mentale. Les sections précédentes montrent qu'à la période 11, les délais entre la demande d'admission et le transfert des patients sont très longs. Toutefois, à cette même période, le nombre de demandes d'admission est stable, mais les patients admis ne peuvent être transférés. Les prochaines pages présentent le détail du fonctionnement du département de la santé mentale et les liens unissant ce département à l'arrivée du patient de l'urgence, du fonctionnement interne et des causes de blocages du département en santé mentale.

Les données suivantes sont le résultat d'observations de l'unité d'urgence, du département en santé mentale, d'un congé ainsi que d'un transfert de l'urgence à l'étage⁸⁸. Ces données ont été observées durant la quatrième période de l'année 2006-2007. Lorsque le chercheur était sur le terrain, il a noté sur papier le résultat des observations et des commentaires des professionnels. Quatre entretiens ont été menés avec le personnel en santé mentale : la responsable de la santé mentale, l'infirmière en chef du département, une infirmière et un psychiatre. Les prochains paragraphes présentent les processus selon l'optique du chercheur et en fonction de sa compréhension.

5.5.1 La santé mentale à l'urgence

Cette section fait référence aux figures 5.7 et 5.8 (à la section 5.2.2) qui montrent en détail le chemin emprunté par le patient et l'interaction entre les professionnels et les processus. Dès que le patient arrive à l'urgence, l'infirmière de liaison est informée de sa présence. Elle est

⁸⁸ Le terme à l'étage, pour la santé mentale, fait référence au transfert du patient de l'urgence vers le département en santé mentale, au deuxième étage.

disponible en semaine et s'occupe du module d'évaluation de la liaison à l'intérieur du réseau. Elle vérifie si ce patient peut recevoir des soins en première ligne avant ceux de l'urgence (deuxième ligne). Le médecin à l'urgence le prend en charge et décide s'il doit rencontrer le psychiatre. Ensuite, le psychiatre effectue un diagnostic et vérifie avec l'infirmière de liaison les meilleures solutions pour l'orientation du patient.

L'orientation se fait relativement vite et en moyenne la décision se prend à l'intérieur de 11 heures (référence, figure 5.15). Ces professionnels sont alertes aux concepts des 48 heures et des DMS. Toutefois, certaines particularités diffèrent de la médecine générale et rendent l'hospitalisation plus complexe. Certains patients ont des problèmes de comportement qui exigent plus d'attention. Un patient admis qui est agité doit être transféré rapidement à l'étage afin de diminuer les tensions à l'urgence. Le comportement de certains peut nuire à l'environnement de l'urgence et créer une ambiance plus stressante et moins sécuritaire pour les autres patients et professionnels. Cependant, la rapidité du transfert dépend de la disponibilité des lits à l'étage car la capacité est de 24 lits de courte durée (28 lits sont physiquement disponibles) incluant quatre lits sécuritaires. Lors de la demande d'admission, les patients attendent à l'urgence jusqu'à ce qu'un lit se libère, car ils sont localisés dans un endroit sécurisé par un système de protection.

5.5.2 Fonctionnement du système en santé mentale

Cette section présente le fonctionnement global du département en santé mentale. Au niveau des ressources humaines, deux psychiatres travaillent à temps plein et chacun hospitalise entre 10 et 13 patients. Un autre psychiatre travaille à temps partiel et un intervenant en toxicologie est disponible sur demande. Une infirmière en chef s'occupe de la gestion de l'étage. En moyenne, 4 à 5 infirmières dont chacune s'occupe de 5 à 6 patients. De plus, deux à trois préposés sont présents afin de nettoyer les lits et chambres, veiller aux soins des patients, telles la nourriture, la salubrité des lieux ou toute autre activité de soutien. Un commis à l'entretien ménager est continuellement présent entre 8 heures et 16 heures. Il s'occupe de nettoyer et désinfecter les lits. En cas de besoin, après 16 heures, les

responsables de la santé mentale peuvent communiquer avec d'autres commis à l'entretien afin de faire nettoyer des lits.

Chaque semaine les psychiatres rencontrent leurs patients afin de constater l'évolution du traitement. Ces rencontres durent entre 30 minutes et 2 heures et si le patient démontre des améliorations, son congé est planifié⁸⁹. Le CH est responsable de la réhabilitation du patient et avant que ce dernier n'obtienne son congé, les professionnels doivent s'assurer qu'il a tous les supports nécessaires afin de faciliter sa réintégration à la société. Le patient sera appelé à revenir à la clinique externe entre une semaine et deux mois après son départ, pour un contrôle. Plusieurs professionnels ont remarqué que lorsque le patient a une famille qui le prend en charge dès sa sortie, la réhabilitation est plus facile que pour un patient laissé à lui-même. Ils ont remarqué aussi que la majorité des patients qui sont hospitalisés sont déjà connus. Ils estiment aussi que près d'un patient sur deux va être ré-hospitalisé⁹⁰. La principale cause de la rechute semble l'arrêt de la prise de médicament⁹¹. Cette situation s'explique par l'effet bénéfique des médicaments sur l'humeur des patients. Après quelque temps, ils prétendent que les médicaments ne sont plus nécessaires et ils en arrêtent la consommation. Ne bénéficiant plus des effets positifs des médicaments, ils replongent dans leur état d'anxiété ou de psychose et reviennent à l'urgence. Dans ces cas, le processus est à recommencer et le patient risque de se faire hospitaliser de nouveau. Également, d'autres causes peuvent expliquer leur retour, car ils ont « brûlés⁹² » les ressources, ils ont cessé de prendre les médicaments avant de consulter le psychiatre à la clinique externe, il n'y a pas de ressources adaptées et disponibles pour leurs besoins ou encore, ils abusent de l'hôpital, car pour eux, c'est le seul endroit qui leur soit convenable.

⁸⁹ De cette manière, le congé en santé mentale est planifié, et il l'est pour plus de 95% des cas. Cette information fut validée par les professionnels lors des observations.

⁹⁰ À ce jour, ce type d'information n'est pas disponible avec le système d'information. Cette estimation fut validée par les infirmières à différents moments.

⁹¹ Encore ici, nous ne pouvons, avec exactitude, déterminer le nombre de patients qui retournent selon cette cause. Toutefois, comme la référence précédente, cette information fut encore validée par deux infirmières.

⁹² Cette expression du milieu fait référence à la situation où le patient est orienté adéquatement vers des ressources adaptées, mais que ce dernier, suite à plusieurs raisons hors du contrôle du système de la santé, refuse de coopérer et agit de manière à se faire expulser du centre d'accueil. Ainsi, ce centre refuse de prendre le patient et ce dernier retourne à l'hôpital. Dans cette situation, le processus est à recommencer et les professionnels doivent trouver un autre centre adapté aux besoins du patient.

Lorsqu'un patient est admis, l'infirmière en chef au département de santé mentale doit savoir le sexe et la condition générale du patient. Cette information lui est nécessaire afin de savoir si ce patient est en mesure de partager une chambre. Si le patient nécessite un lit sécurisé, il devra être isolé. Également, pour les chambres à plusieurs lits, les patients sont regroupés par sexe. Ainsi, dès qu'un patient quitte le département et qu'une admission est planifiée, l'infirmière en chef jongle avec les lits et les chambres disponibles en fonction des patients qui sont hospitalisés et de ceux qui arrivent. Cette procédure de réorganisation est nécessaire, car la demande est stochastique, la capacité des lits est limitée et il est difficile de planifier ce type de transfert. Selon les professionnels en santé mentale et suite à l'observation de ce processus, en moyenne une à deux heures de réorganisation sont nécessaires.

Le transfert entre l'urgence et le deuxième étage s'effectue en 15 à 20 minutes. Pour ce faire, il faut que le lit du patient soit prêt (après la réorganisation des lits), que l'étage soit sécuritaire, que tous les documents soient remplis (dossiers, et documents internes) et que deux personnes soient disponibles pour faire le transfert (commis, préposés ou infirmières). Selon l'achalandage de l'urgence et du deuxième étage, ce processus est relativement rapide.

Se rapportant à l'admission, la priorité accordée aux patients de l'urgence dépend de la gravité des cas. L'urgence n'est pas un environnement favorable aux patients en santé mentale admis et il est souhaitable qu'ils soient vite transférés vers l'unité de soins, car elle est la mieux adaptée à leurs besoins (Breton, *et al.*, 1995). Mais, lorsque la demande est plus grande que l'offre, les patients dont les cas sont plus lourds passent en premier, suivis des autres selon l'ordre des demandes. Lorsque la capacité des lits au département est saturée et qu'aucun congé n'est planifié, les patients attendent sur une civière à l'urgence. Durant ces périodes, le nombre de 48 heures est élevé et les patients admis peuvent attendre plusieurs jours à l'urgence. La figure 6.33 montre graphiquement le détail des processus de la santé mentale ainsi que les relations avec les professionnels concernés.

Le point de départ s'effectue lorsque l'infirmière à l'urgence s'informe de la disponibilité des lits auprès de l'infirmière en chef du département. Après le transfert, le patient est hospitalisé

jusqu'à ce que le psychiatre lui donne son congé. Son départ sera planifié et les professionnels s'assurent qu'il réintègrera bien la société.

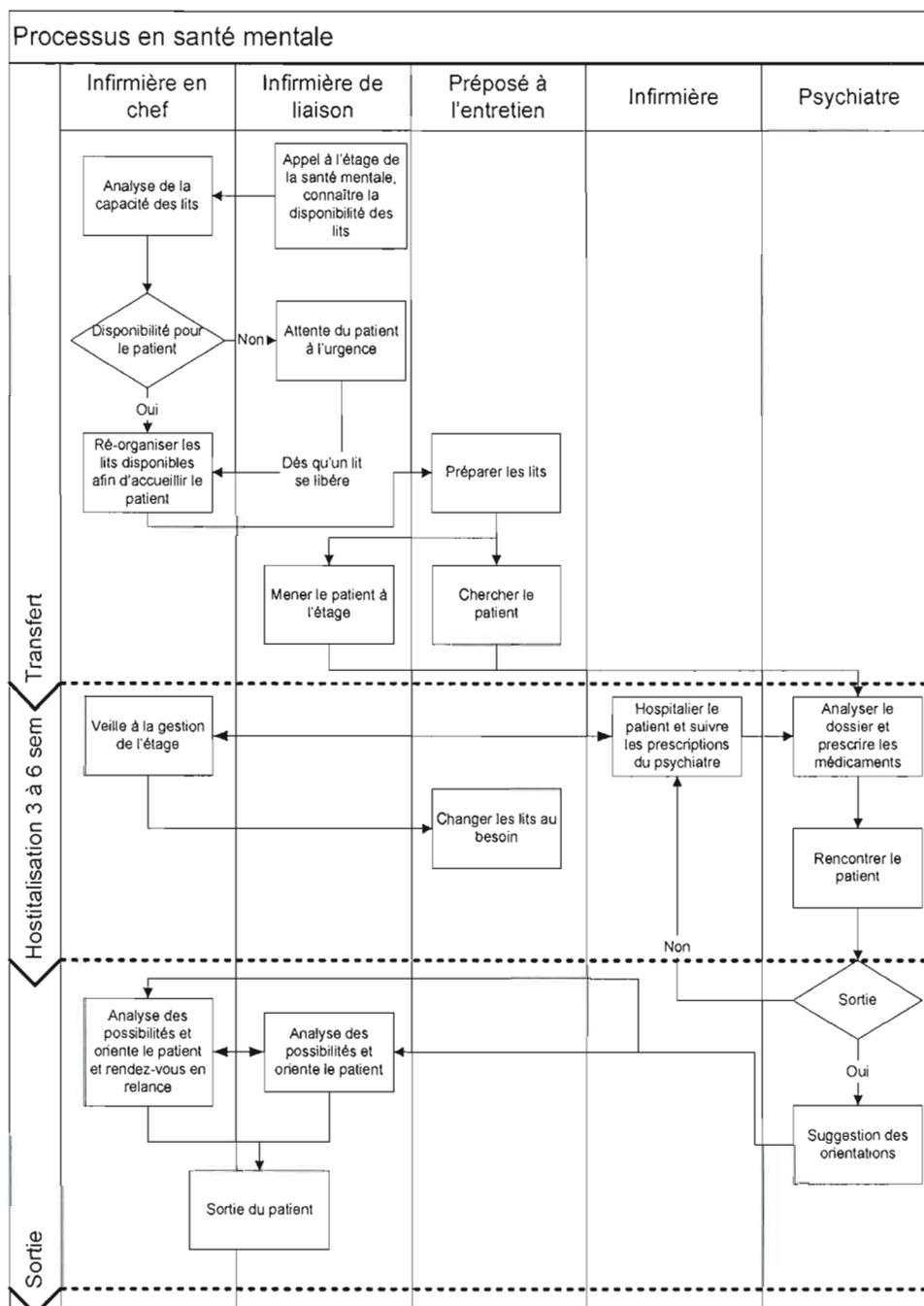


Figure 5.33 Processus en santé mentale

5.5.3 Causes de blocages en santé mentale

Les longs délais constatés à l'urgence sont dus à plusieurs causes. À la période 11, la durée entre l'admission et le transfert du patient atteint des sommets et il faut plus de 53 heures pour qu'un patient ait un lit à l'étage de la santé mentale. Ces délais s'expliquent par l'indisponibilité de lit causée par le manque de congé. En moyenne, la DMS des patients hospitalisés est de 3 à 6 semaines et la figure 5.34 les présente pour 35 périodes.

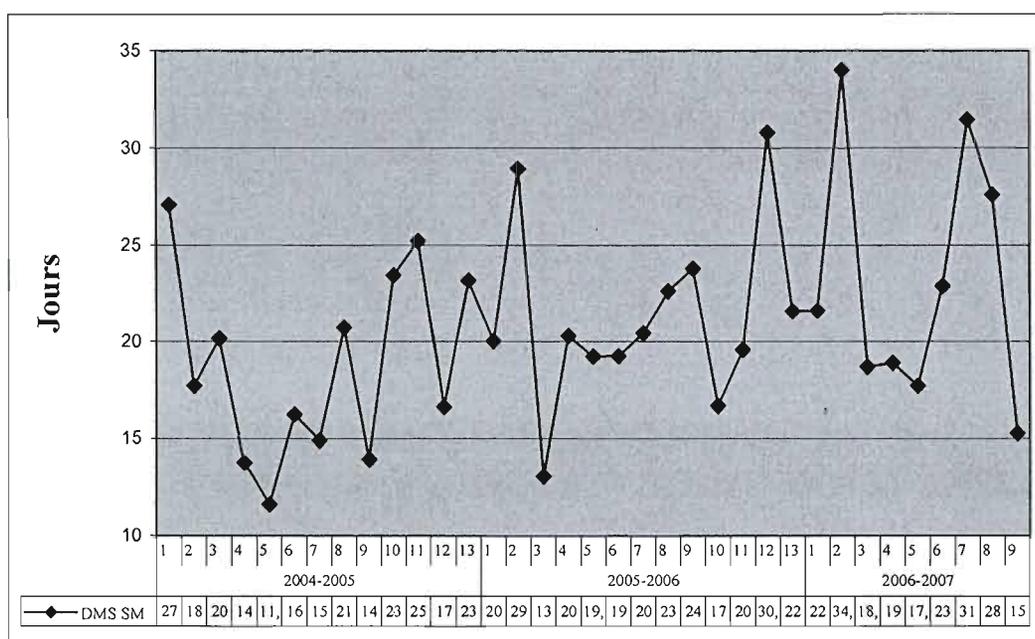


Figure 5.34 DMS des patients hospitalisés en santé mentale (ADRLSSS, 2005, 2006, 2007)

Nous relevons l'existence de cycles annuels avec de grands écarts et une tendance marquée à la hausse. Le bas du cycle se produit aux périodes 3, 4 et 5, et le haut du cycle se produit vers la période 10, jusqu'à la deuxième période de l'autre année. Les résultats pourraient permettre de mieux planifier les ressources humaines en santé mentale et nous abordons ce sujet à la section 5.6.1.2.

Lorsque les patients sont hospitalisés, les psychiatres prescrivent des médicaments et il faut du temps pour valider les effets qu'ils ont sur eux, car chacun réagit différemment. Si le médicament n'a pas l'effet escompté, le docteur ajuste la dose ou change le médicament et cette procédure se répète jusqu'au moment où il fait effet⁹³. Si le patient est connu des psychiatres, il est plus facile de repérer le type de médicament qui a des effets. Le patient reste hospitalisé jusqu'au moment où le psychiatre décide de lui donner son congé.

Les professionnels ont pour objectif d'orienter le patient afin qu'il puisse quitter l'hôpital et qu'il ne revienne pas dans les semaines qui suivent l'hospitalisation. Dans la situation où les congés sont émis trop rapidement (avant la réadaptation complète du patient), les patients risquent de revenir et de repasser par tout le processus d'admission (de l'urgence à l'étage). Cette situation a pour conséquence d'engorger le système, car le patient refait le même chemin, double l'utilisation des ressources et peut bloquer l'accès à un autre patient qui nécessite ce type de soins. Ainsi, le congé doit être émis seulement lorsque le patient est entièrement prêt à recevoir son congé.

Le délai d'hospitalisation en santé mentale est considéré comme un soin de courte durée. Conséquemment, les lits ne doivent pas être utilisés par des patients qui nécessitent des soins de longue durée. Toutefois, lors des observations, 6 patients (20% des patients) étaient aux soins de longue durée et monopolisaient des lits de courte durée. Ces patients bloquaient directement l'accès à des patients qui ont besoin de soins de courte durée. Pour comprendre les motifs et les causes des longs délais entre la demande d'admission et le transfert du patient à l'étage, la prochaine figure présente le diagramme de cause à effet d'Ishikawa.

⁹³ Ce délai ne peut être mesuré, à moins d'analyser un à un, les dossiers des patients.

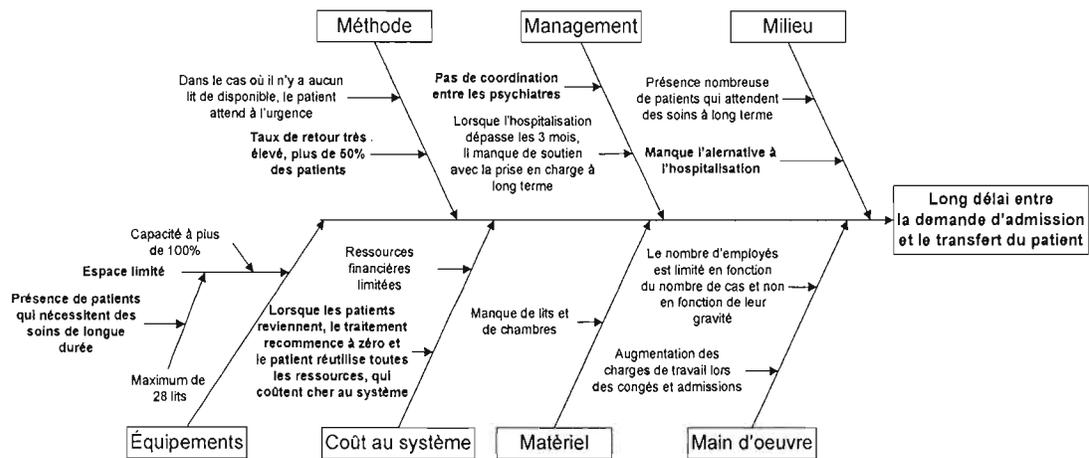


Figure 5.35 Analyse des causes du manque de lits

Le manque de lits est causé par plusieurs situations qui ne sont ni souhaitables, ni prévisibles. À cause de la contrainte de la capacité à 28 lits, ces derniers doivent être utilisés à bon escient. Lors des observations, 6 patients nécessitaient des soins de longues durées diminuant ainsi la capacité de lits à 22. Toutefois, est-ce que garder ces patients à l'étage de la santé mentale est le meilleur endroit pour leurs besoins ?

Près de 50% des patients sont des récidivistes et les professionnels les connaissent. Ce qui est considérable dans l'utilisation des ressources. Est-ce que d'autres ressources pourraient être utilisées ou existe-t-il des moyens pour diminuer le retour de ces patients ?

Dès que le patient est assigné à un psychiatre aucun autre professionnel, qui a des compétences équivalentes, ne suit son évolution. Les psychiatres gèrent le traitement des patients au mieux de leurs connaissances, mais lorsque le patient ne peut voir son psychiatre si besoin est, il y a risque d'allongement du temps du traitement ? Est-ce que les DMS varient d'un psychiatre à l'autre ? Est-ce que la collaboration d'un autre psychiatre peut aider au processus de soins en répondant aux besoins des patients lorsque le psychiatre désigné n'est pas disponible ? À noter qu'ici, nous ne voulons pas intervenir dans la relation entre le patient et le psychiatre qui est importante dans le processus de soins. Toutefois, comme il n'y a pas de coordonnateur dans cette spécialité, personne, autre que le psychiatre, ne peut s'occuper de la supervision des patients comme cela se fait en médecine générale. Nous nous

demandons si l'apport d'un coordinateur peut améliorer l'utilisation des ressources des patients hospitalisés.

En conclusion, cette analyse nous a permis de comprendre que les cas en santé mentale tendent à augmenter et à s'aggraver (suite à l'étude des DMS). La présence de cas dont la complexité est grande bloque l'accès à d'autres patients. De plus, malgré le manque de précision concernant certaines informations, le nombre de récidives semble très élevé et les causes sont récurrentes. Est-ce que cette situation reflète le manque de ressources alternatives ? Suivant cette analyse et notre compréhension générale du système, la prochaine section présente des suggestions afin d'améliorer ces situations.

5.6 Pistes de solutions

À l'égard des problèmes identifiés, nous proposons des solutions⁹⁴ qui peuvent être mises en œuvre à court et moyen terme afin d'améliorer le pilotage et l'architecture de certains processus. En augmentant leurs contrôles et en établissant des procédures qui améliorent leur fonctionnement, l'organisation donnera une meilleure offre de service, améliorera ses pratiques et ajoutera de la valeur à ces processus.

Les solutions présentées ont pour objectifs de favoriser le roulement des lits en santé mentale, d'améliorer certains processus de l'urgence dont le triage et l'analyse de la demande. Les moyens suivants sont suggérés pour les implanter et peuvent être modifiés.

5.6.1 Favoriser le roulement des lits en santé mentale

Un des principaux secteurs à améliorer s'avère être le processus en santé mentale, précisément la disponibilité des lits. Les solutions proposées visent à diminuer le nombre de patients qui utilisent un lit de courte durée mais qui nécessitent de soins de longue durée (ou des soins particuliers). Au moment où la capacité des lits en santé mentale est saturée en aval,

⁹⁴ Les recommandations reflètent le point de vue du chercheur et leur niveau de réalisme correspond autant que possible au contexte de cet hôpital. Également, selon les départements et les moments, la collaboration entre les professionnels et le chercheur fut plus ou moins grande.

le patient doit attendre à l'étage jusqu'au moment où une place se libère. Cet effet domino a des échos jusqu'à l'urgence et peut causer «des 48 heures». Ainsi, les améliorations sont centrées sur des moyens qui en rendent la gestion beaucoup plus efficace.

En tout, cinq solutions sont proposées. Elles sont présentées suivant cet ordre : la procédure pour dépister des patients de longue durée, la fonction du psychiatre coordonnateur, la création d'un système d'information en santé mentale, le suivi préventif après hospitalisation et finalement, l'impact de la gestion des ressources humaines.

1-La Procédure de dépistage de patients de longue durée

L'instauration de cette procédure a pour objectif de détecter rapidement les patients susceptibles de nécessiter des soins de longue durée afin de prendre tous les dispositifs pour les diriger en priorité vers les organismes en aval.

Cette solution consiste à faire un suivi attentif des patients qui ont des cas problématiques pour les orienter rapidement vers les ressources adaptées. Elle vise à améliorer les délais de prise en charge par les organismes de troisième ligne⁹⁵ tout en augmentant le roulement des lits et en diminuant les DMS.

Cette procédure s'organise en trois temps :

- Elle est déclenchée lorsqu'un patient est hospitalisé plus de 4 semaines⁹⁶. Une feuille (standard) est ajoutée au dossier médical. Elle contient les raisons pour lesquelles le patient demeure à l'hôpital, le degré de gravité de son cas, le traitement suivi et une évaluation de ressources alternatives. La fiche serait remplie par le psychiatre et complétée par les infirmières qui traitent les patients. Seuls les professionnels de cet étage en connaîtraient l'information.
- Lorsque le patient dépasse les 6 semaines d'hospitalisation, les professionnels doivent s'interroger sur les orientations possibles et commencer les investigations

⁹⁵ Ces organismes n'ont pas été prospectés, car cette étude se limite au CH, et non au réseau global du CSSS.

⁹⁶ Ce délai est nettement supérieur aux DMS en santé mentale, référence figure 5.34.

auprès des organismes de troisième ligne. Également, l'information de la feuille est mise à jour.

- À la 8^{ème} semaine, le processus d'accueil des organismes en aval est en cours pour le patient qui nécessite des soins de longue durée.

En procédant ainsi, les professionnels évitent d'attendre des mois avant de commencer, parfois dans l'improvisation, les investigations auprès des organismes en aval. De plus, cet outil de planification a des coûts faibles et indiquerait le nombre de patients qui dépassent les seuils de quatre, six et huit semaines d'hospitalisation.

2-La fonction du psychiatre coordonnateur

Dans le but d'avoir un responsable qui suit tous les patients hospitalisés, qui veille à ce que les patients qui entrent à l'étage en ressortent au bon moment et qui les dirige rapidement vers les ressources appropriées, un psychiatre coordonnateur pourrait agir au même titre que le médecin coordonnateur en médecine générale. Ce coordonnateur préviendrait les cas problématiques, conséquemment, les DMS diminueraient. Il s'occuperait d'optimiser la transition des patients admis vers les organismes en amont et en aval et trouverait les solutions qui répondent aux besoins des patients. Cette mesure vise également à favoriser le travail d'équipe entre les psychiatres concernant les orientations. Dans la situation où les psychiatres ne sont pas disponibles pour les patients qui nécessitent des soins urgents, le coordonnateur pourrait être une autre référence pour les patients, sans toutefois intervenir dans la relation qui lie le psychiatre au patient.

La création de cette fonction devrait suivre la procédure ouverte par le service des ressources humaines pour la désignation du coordonnateur médical en médecine générale. Cette fonction devrait être définie, structurée, ainsi que le rôle, les moyens d'action, les tâches, les pouvoirs et la prime qui lui est allouée. Par la suite, les RH sélectionnerait les candidats. Cette solution ne coûterait que la prime versée au titulaire de la fonction, toutefois l'avis des psychiatres ainsi que celui des professionnels en santé mentale devraient être considérés avant de mettre en oeuvre cette solution.

3-Créer un système d'information en santé mentale

Cette mesure a pour objectif de recueillir et structurer l'information sur les patients en santé mentale afin de mieux la partager entre les organismes du réseau, prévoir et planifier cette demande ainsi que de savoir en temps réel la disponibilité des ressources en troisième ligne.

Dans un premier temps, cette mesure vise à faciliter les efforts des professionnels du réseau en santé mentale. Tous doivent travailler ensemble afin de trouver des ressources adaptées et de favoriser le transfert rapide des patients qui nécessitent des soins de troisième ligne ou de longue durée. À ce jour, les travailleurs sociaux et infirmières de liaison doivent continuellement contacter les organismes de troisième ligne afin de trouver des endroits où le patient peut être transféré. Nous croyons que si cette information est centralisée et disponible en temps réel, elle pourrait favoriser un transfert plus rapide des patients vers ces ressources.

À la section 5.5.2, nous avons noté la présence d'un nombre important de patients connus des professionnels et dont les retours étaient dus à l'arrêt de la prise de médicaments. Toutefois, aucune donnée ne peut confirmer cette information et le système actuel ne permet pas à notre connaissance d'obtenir plus de précision à ce sujet. Un des problèmes avec le système de santé, c'est le manque de mémoire. Nous pensons qu'en enregistrant les données sur les patients qui se font hospitaliser et en les analysant, il est possible de trouver des solutions qui, avec des mesures préventives, feraient diminuer le nombre de ceux qui reviennent se faire hospitaliser. D'ailleurs, nous pouvons supposer que les patients P3 en santé mentale, entre 0 et 74 ans, qui utilisent des civières, qui sont admis et qui causent des 48 heures, sont peut-être des récidivistes. Le phénomène de récurrence a des coûts énormes sur le système de soins. En ciblant les causes des retours et la clientèle qui est susceptible de revenir, des moyens moins coûteux peuvent être mobilisés, mais avant, il nous faudrait connaître cette information.

Cette solution implique la disponibilité d'un outil d'aide à la décision. L'existence d'un système électronique d'informations partagées augmenterait la collaboration entre les organismes et favoriserait une meilleure gestion des patients et des ressources à l'intérieur du réseau. Ce système montrerait précisément ce qui s'y passe. Nous suggérons de bâtir une

base de données qui permettrait, par patient, de connaître en temps réel l'occupation des lits à l'hôpital et dans les organismes de troisième ligne.

Pour ce faire, un recensement de toutes les ressources de troisième ligne et des hôpitaux devrait être organisé par le CSSS. L'objectif serait de créer un lien informatique, à l'aide d'un serveur, entre le CSSS, les organismes de troisième ligne et les hôpitaux. Un processus d'accès à l'information devrait être instauré et le CSSS colligerait l'information pour la rendre disponible. La structure du système d'information prendrait la forme présentée à la figure 5.36.

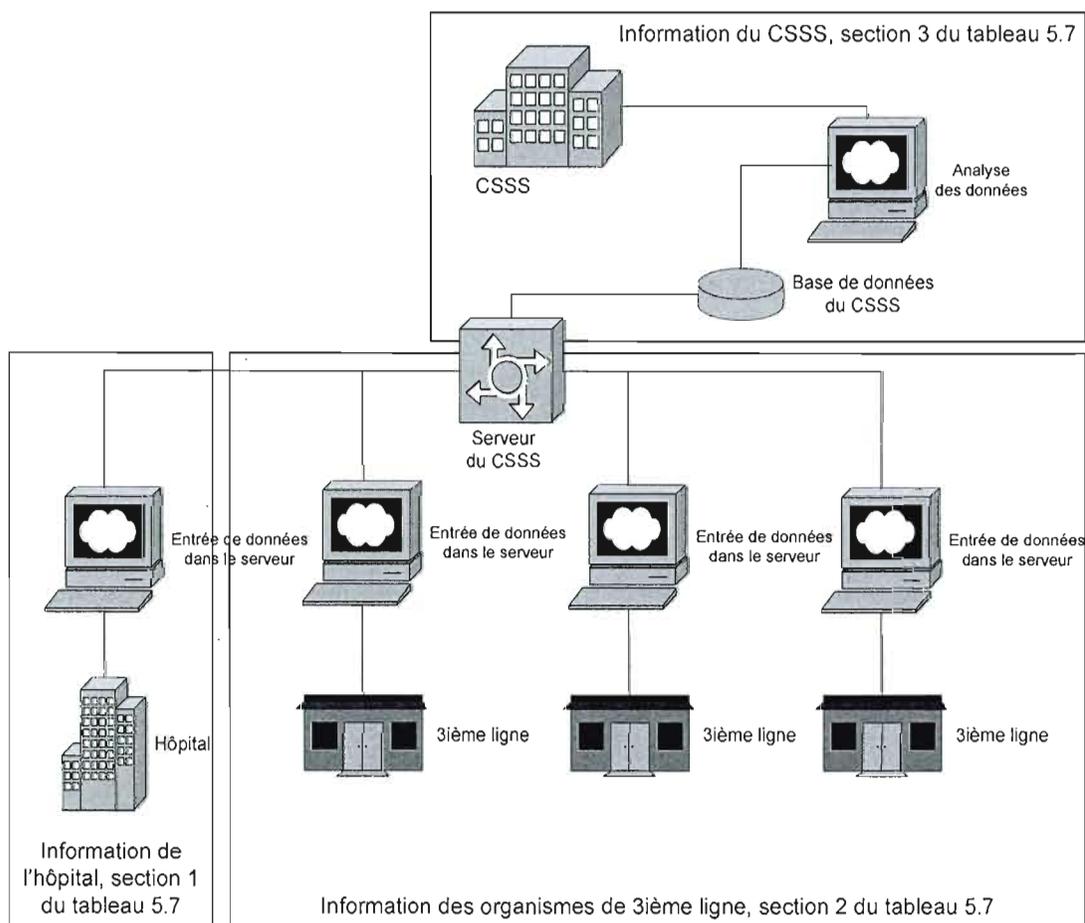


Figure 5.36 La structure du système d'information dans le réseau du CSSS

La construction d'un tel système requiert plusieurs informations qui se trouvent au tableau 5.7 et la figure 5.36 indique les sections du tableau auxquelles chaque organisme correspond. À notre connaissance, un tel système n'existe pas encore.

Les sections 1 et 2 sont divisées en deux, car l'hôpital et les organismes de troisième ligne vont générer de l'information qui sera disponible dans le réseau. La colonne de gauche est réservée à l'entrée de données. La colonne de droite présente le résultat de l'information générée par ce système ainsi que celle disposée par l'hôpital et les organismes de troisième ligne. La section 3 du CSSS montre, dans la colonne de gauche, l'information venant de la demande de l'hôpital et, dans la colonne de droite, celle des ressources disponibles en troisième ligne. Nous suggérons également de créer des catégories de maladies pour les patients en santé mentale. Elles en faciliteraient le classement et montreraient les types de maladies qui semblent être les plus fréquentes.

Tableau 5.7 Données du système d'information

Section 1 - Information de l'hôpital		
ENTRÉE D'INFORMATION	SORTIE D'INFORMATION	
Entrée de données par les professionnels en santé mentale	L'attente de service en 3^{ième} ligne	
<ul style="list-style-type: none"> • Information du patient : <ul style="list-style-type: none"> ○ Nom, Prénom ○ Adresse • Hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> ○ Date de début ○ Catégorie de maladie • Connus des professionnels ? O/N <ul style="list-style-type: none"> ○ Si oui : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cause du retour de ▪ Catégorie de maladie ▪ DMS ▪ Fréquence • Demande d'admission en 3^{ième} ligne ? O/N <ul style="list-style-type: none"> ○ Si oui : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Date ▪ Organisme demandé ▪ Priorité • Date de départ : 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de demandes • % par catégorie de maladie • DMS d'attente 	
	Information du réseau	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de lits disponibles en 3^{ième} ligne <ul style="list-style-type: none"> ○ Organisme ○ Nombre de places ○ DMS d'attente par organisme
	Information globale de l'hôpital	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de lits occupés <ul style="list-style-type: none"> ○ % occupation • DMS globale • % des patients hospitalisés par catégorie de maladie • % de retour • % de patient sans adresse

Section 2 – Organismes de 3^{ième} ligne	
ENTRÉE D'INFORMATION	SORTIE D'INFORMATION
Entrée de données par les professionnels en santé mentale	L'attente des hôpitaux
<ul style="list-style-type: none"> • Information du patient : <ul style="list-style-type: none"> ○ Nom, Prénom • Hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> ○ Date de début ○ Catégorie de maladie • Connus des professionnels ? O/N <ul style="list-style-type: none"> ○ Si oui : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cause du retour ▪ Catégorie de maladie ▪ DMS ▪ Fréquence • Date de départ : 	<ul style="list-style-type: none"> • Liste des patients en attente <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nom du patient ▪ Hôpital d'où vient la demande ▪ Date de la demande
Section 3 – Information du CSSS	
Demande venant des hôpitaux	Disponibilité en 3^{ième} ligne
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de demandes • % par catégories de maladie en attente 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de demandes • DMS d'attente • DMS par organisation

La création de ce système va créer une mémoire informationnelle pour la santé mentale et faciliter la gestion des patients en fonction de la demande et des services disponibles. En connaissant mieux les principales catégories de maladies, les causes et les usagers qui reviennent, nous pourrions faire une analyse selon la loi de Pareto et trouver des mesures préventives structurées qui diminuent le nombre de patients qui sont les plus hospitalisés et qui entrent à l'urgence. Cette solution mènerait à une meilleure compréhension et gestion du comportement des patients.

De plus, nous serions en mesure de faire des simulations. En disposant des dates d'entrée et de sortie de tous les patients sur une année, nous échafauderons des scénarios avec l'utilisation des ressources humaines et matérielles. Ces scénarios pourraient être l'ajout de lits, de personnels supplémentaires, de ressources en amont, etc. On en calculerait les coûts et les gestionnaires prendraient de meilleures décisions.

La solution que nous proposons se veut proactive et a pour but d'augmenter la fluidité des patients dans le réseau de soins. En connaissant ce type d'information, le CSSS pourrait prendre des décisions pour trouver ou débloquent des ressources qui répondent aux besoins des patients et aux endroits où ils en manquent. N'oublions pas que sa mission est de connaître les besoins de leur population afin d'y retrouver toutes les ressources dont ils ont besoin à l'intérieur de leur réseau.

Cette solution pourrait être applicable autant en santé mentale que pour la médecine générale et le contexte s'y prête parfaitement. D'une part, elle viendrait sûrement renforcer le programme « Inforoute santé » du gouvernement fédéral qui vise la création des dossiers informatisés des patients où près de 400 millions de dollars sont investis dans ce projet qui a justement pour objectif de réduire les délais d'attente et diminuer les risques d'erreurs (Breton, 2007) ; d'autre part, elle faciliterait l'application des nouvelles réformes en santé mentale des deux paliers de gouvernement avec la plateforme d'information pour faciliter la coordination entre les organismes à l'intérieur du réseau de soins.

4-Les mesures préventives pour les patients hospitalisés

Lorsque le patient reçoit son congé, il a automatiquement un rendez-vous à la clinique externe avec un psychiatre. Toutefois, le délai du rendez-vous peut être entre une semaine et deux mois. Cette attente est due à l'augmentation de la demande alors que le nombre de professionnels demeure inchangé. Après ce rendez-vous, peu de ressources sont disponibles pour le patient et, si c'est nécessaire, il sera pris en charge par son médecin de famille, s'il en a un, ou le CLSC. De son côté, le psychiatre peut décider de l'inscrire à un programme de suivi intensif à domicile (SIM⁹⁷). Ce programme consiste à suivre l'évolution de la réhabilitation du patient dans son milieu naturel par un travailleur social⁹⁸ qui le rencontrera une fois par semaine. Mais, peu de patients bénéficient de ce type de service et il faut une prescription du psychiatre. Ce dernier donne la priorité au patient qui nécessite une intervention en urgence et dont les risques de récurrence sont grands.

⁹⁷ Selon le centre hospitalier, ce service peut s'appeler le SIME, i.e. le suivi intensif à domicile en équipe.

⁹⁸ Le travailleur social s'occupe de 8 à 12 patients.

Nous croyons qu'il serait souhaitable d'ajouter des ressources pour ce service, car il sert de mesure préventive aux rechutes. Selon les professionnels, elles ne sont pas souhaitables pour les patients, car plus ils rechutent, plus leur cas s'aggrave, ce qui réduit les chances de guérison tout en augmentant les risques qu'ils dépendent du système. Dans la situation où les ressources sont limitées et tendent à être plus rares, il faudrait investir dès maintenant dans la prévention, car dans le temps, elle s'avère moins coûteuse que l'hospitalisation.

Estimation sommaire des coûts d'hébergement à l'hôpital

Cette proposition peut se justifier à partir de l'hypothèse que le coût d'hébergement par jour d'un patient hospitalisé est de 1000\$⁹⁹. De plus, l'ouverture d'un dossier à l'urgence coûte près de 500\$ en frais administratifs, sans compter la prise en charge par le médecin, le psychiatre et les infirmières. Donc, estimons la visite à l'urgence à 1000\$. En ajoutant ce montant au 1000\$ d'hospitalisation par jour, un patient hospitalisé pendant 4 semaines aura coûté au système de santé environ 30 000\$ rien qu'en hébergement à l'hôpital. Un patient de longue durée va coûter 180 000\$ en frais d'hébergement s'il est hospitalisé plus de six mois. Si près de 50% des patients hospitalisés sont des récidivistes, et que d'autre part 20% des lits sont utilisés par des patients qui nécessitent des soins de longue durée, l'hôpital ne disposant que 28 lits en santé mentale, le coût de ces patients s'avère énorme et affecte grandement l'utilisation des ressources. Toutefois, le coût réel est différent puisque le système fonctionne par attribution d'un budget de fonctionnement aux hôpitaux et autres organismes de la santé. Néanmoins, nous croyons qu'il serait effectivement moins coûteux et plus avantageux pour la société d'investir dans des mesures préventives que de supporter une augmentation continue de la demande.

À noter que la santé mentale affecte 20% des Canadiens et les autres 80% seront affectés par une maladie mentale soit chez un membre de la famille, un ami ou un collègue (Santé Canada, 2002)¹⁰⁰. Donc, la prévention n'est pas un luxe, mais une nécessité. En augmentant la capacité de réponse du programme SIM à plus de patients, l'on pourrait arriver à réduire

⁹⁹ Ce coût est chargé aux patients qui ne sont couverts par le régime d'assurance maladie ou non résident canadien.

¹⁰⁰ Cette référence est la seule qui fut obtenue lors de cette recherche.

considérablement le nombre de patients obligés d'être réhospitalisés ou de devenir dépendants du système.

Ce préambule mène à notre dernière solution. Sachant que le service du SIM est offert à un nombre limité de patients, nous pensons qu'un travailleur social ou une infirmière devrait être disponible pour les autres patients. À l'aide du système d'information élaboré plus haut, ce professionnel ciblerait les patients susceptibles de revenir et ferait un suivi téléphonique au minimum une fois tous les 15 jours. Lors des appels, il s'assurerait de l'état de santé du patient et s'assurerait qu'il prend toujours ses médicaments. Lors d'une anomalie, cet intervenant devra prendre les mesures adéquates pour que ces patients puissent recevoir rapidement les soins afin d'éviter une rechute. Cette mesure seule pourrait arriver à briser l'isolement pour certains. En outre, cette personne deviendrait une référence en cas de besoin et serait en mesure de pouvoir orienter le patient en cas de nouvelle rechute. Cette recommandation peut s'inspirer d'Urgence Santé, qui dispose d'un numéro de téléphone donnant accès à une infirmière. Elle coûterait le salaire d'un à deux travailleurs par année¹⁰¹. Nous pensons que l'ajout de ces personnes est moins onéreux que le coût des patients récidivistes. En diminuant l'achalandage, le personnel s'en trouverait moins sollicité et débordé. Il pourrait ainsi s'occuper mieux des patients, ce qui contribuerait à la qualité du service.

5-Impact de la gestion des ressources humaines

Nous avons mentionné précédemment que la figure 5.34 nous éclairait sur la gestion du personnel en santé mentale. Les périodes où la DMS est faible (période 3, 4 et 5), nous suggérons d'allouer des professionnels aux mesures préventives. En offrant un service qui va aider plusieurs d'entre eux à ne pas rechuter, nous supposons qu'en augmentant la prévention lors de ces périodes, l'achalandage et la gravité des cas pourraient baisser lors des périodes les plus achalandées. Également, lors des périodes où la gravité est moindre, nous croyons que c'est le moment idéal pour encourager les congés annuels des travailleurs, car entre les périodes 10 et 2, les DMS sont plus élevées et l'aide de tout le personnel est requise.

¹⁰¹ Nous estimons le coût à 50 000\$ par employé de plus.

La figure 5.37 prend en compte les présentes solutions et inclut les nouveaux processus dans la mesure où les professionnels adhèrent aux changements. La colonne de la fonction du coordonnateur a été ajoutée et les encadrés gris foncé représentent les solutions. Cette figure montre que leur mise en application ne dérangerait pas le déroulement actuel des processus, mais l'améliorerait.

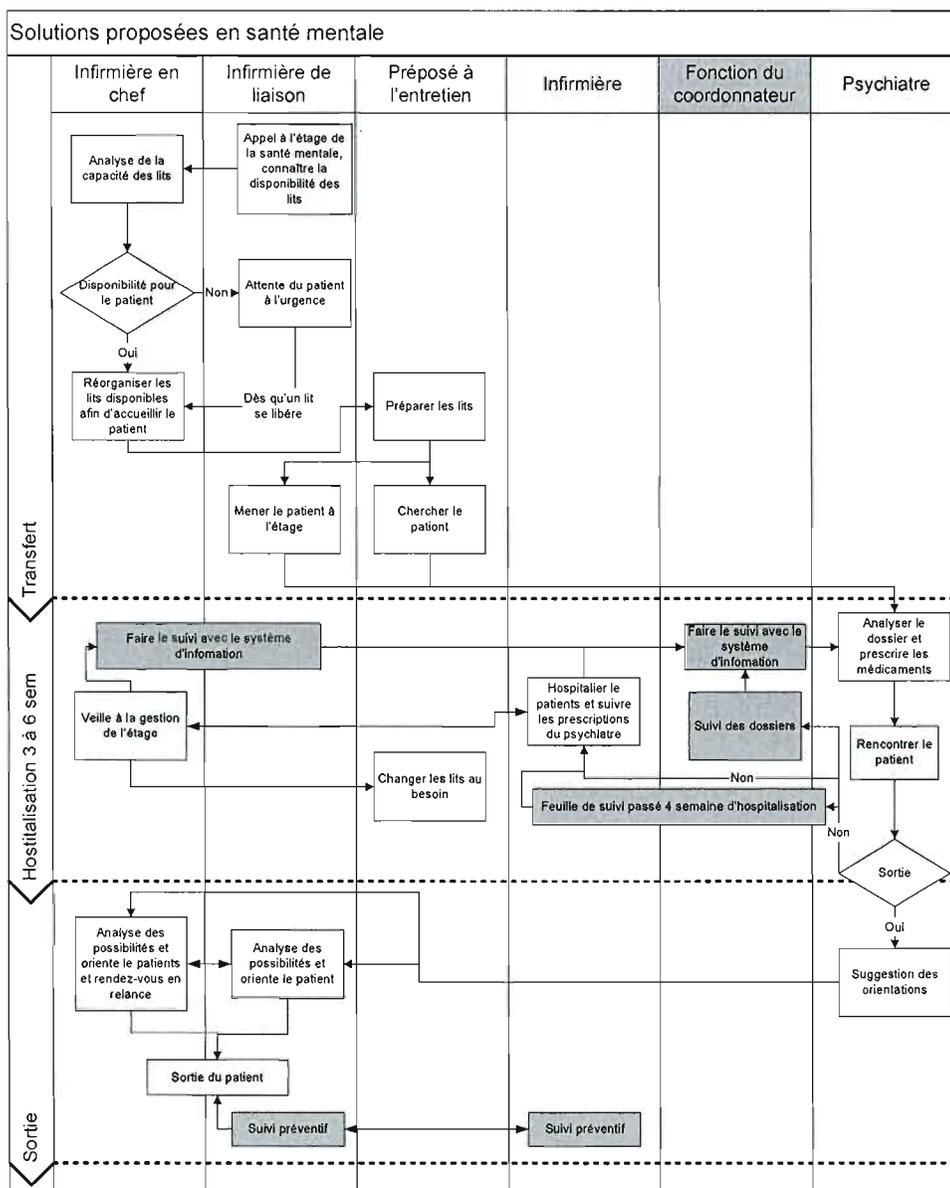


Figure 5.37 Processus en santé mentale suite à l'application des solutions

Ces mesures ont pour objectif d'améliorer le fonctionnement en santé mentale et peuvent être complémentaires les unes des autres. Nous avons émis des solutions pour améliorer la gestion actuelle et suggérer des pistes d'action pour diminuer l'achalandage en augmentant des moyens de prévention. Une grande majorité des patients hospitalisés sont connus des professionnels et en diminuant leur nombre, les ressources actuelles seront moins sollicitées et occasionneront moins d'engorgements sur le système. Notre raisonnement mène à comprendre l'effet domino que peut produire le manque de lits sur la performance de l'urgence. Pour en favoriser un meilleur roulement, le centre a besoin de ressources performantes en aval afin que les lits soient disponibles rapidement pour accueillir les nouveaux patients de l'urgence. L'existence et la disponibilité de ces ressources peut diminuer le nombre de patients avec la cote P3 entre 0 et 74 ans en santé mentale qui sont la cause de près de 52% des 48 heures et qui représentent 1,6% des patients sur civière (référence, tableau 5.6).

5.6.2 Processus de l'urgence, dont le triage et l'analyse de la demande

En plus du processus de la santé mentale, nous soumettons plusieurs autres pistes d'amélioration. Nous les avons ciblées lors des entrevues et de l'analyse des indicateurs. Les voici succinctement résumées :

- Les prochains processus qui devraient être améliorés sont ceux qui ont un impact sur les délais des résultats des tests (soit l'imagerie médicale et le laboratoire), la rapidité de la prise de décision et les délais des consultations. Également, les corridors de service diminueraient le temps de traitement pour les spécialités médicales qui sont absentes.
- Concernant la gestion des lits, les congés médicaux devront être émis le plus rapidement possible. La connaissance en temps réel de la disponibilité des lits (l'occupation) pourrait aider à la prise de décision. Tous ces processus devront faire partie de projets d'amélioration continue.

- Pour effectuer une meilleure analyse, les délais entre l'arrivée du patient et l'attribution de la cote au triage ainsi que de la prise en charge du médecin, devraient être mesurés de façon plus précise.
- Également, doivent être examinées en priorité, l'analyse entre l'offre et la demande, les données sur les patients en santé mentale (à l'urgence) et la qualité de la cote au triage. L'amélioration de ces processus contribuerait à l'amélioration de la qualité de service ainsi qu'à un meilleur fonctionnement de l'urgence.

Les prochains paragraphes présentent les arguments des deux derniers points :

Pertinence de la mesure du délai entre l'arrivée et l'attribution de la cote

Elle révélerait le temps réel pour être évalué au triage. Cette donnée indiquerait précisément les moments où ce processus est le plus occupé.

Pertinence de la mesure du délai entre l'attribution de la cote et la prise de décision

Comme mentionné à la section 5.3.2 et montré à la figure 5.20, ce délai ne respecte pas le temps imposé par l'ETG pour la majorité des cas¹⁰². Une mesure plus précise de ce temps permettrait de réévaluer les patients qui ne sont pas pris en charge selon le délai imposé par la cote, car leur état de santé peut se dégrader entre la réception de la cote et la prise en charge.

La distinction entre ces processus peut démontrer la performance réelle du triage et de la prise en charge. Le premier délai devrait être inférieur à 15 minutes¹⁰³, cependant lorsque l'urgence reçoit un nombre important de patients, ce temps peut être plus long et faire augmenter le temps total de prise en charge. À ce jour, aucun outil ne calcule le cumul de ces temps. Cette analyse validerait si le nombre d'infirmières au triage et de médecins à l'évaluation sont suffisants, en plus de connaître les moments où l'achalandage est supérieur à l'offre.

¹⁰² Cette mesure présentait le temps entre le triage et la prise en charge et non entre le moment où le patient arrive à l'urgence et le moment du triage.

¹⁰³ Le guide de gestion ne suggère pas de délai précis, mais ce temps fut mentionné par l'infirmière en chef de l'urgence.

Pertinence de l'analyse de l'offre et de la demande

Les figures à la section 5.3.2 sur l'évolution de la clientèle montrent les moments où l'urgence est la plus achalandée. Nous constatons que les prises en charge se font majoritairement lorsqu'il y a deux médecins à l'urgence, entre 12h et 21h et atteignent un sommet vers 16-17h. Les lundis, mardis et vendredis sont les journées les plus achalandées, contrairement aux samedis, dimanches et jeudis. Ainsi, l'ajout d'un autre médecin lors des périodes achalandées augmenterait le respect de la cote du triage, permettrait de prendre en charge un plus grand nombre de patients et diminuerait le temps d'attente, pour qu'en fin de journée, le nombre de patients soit moins élevé. À ce jour, c'est plutôt en fin d'après-midi que se concentrent les prises en charge les plus nombreuses. Le patient qui se présente à l'urgence le matin et reçoit la cote de P3, P4 ou P5, pourrait être pris en charge plus tard dans la journée ce qui viendrait grossir la file dans la salle d'attente. Si le patient doit être couché sur civière, il le sera en fin de journée et risque d'attendre au lendemain pour avoir une consultation ou des tests spéciaux (référence au long processus à la figure 5.5, section 5.2.1.4). Ce qui a pour conséquence d'allonger les DMS. Ainsi, l'ajout d'un médecin raccourcirait le délai de prise en charge et le nombre d'infirmières devrait être ajusté en conséquence.

Les données sur les patients en santé mentale

Le patient en santé mentale qui entre à l'urgence devrait être compté dans les données de l'achalandage au même titre que les personnes âgées et les patients qui arrivent en ambulance. En outre, ce type de patients requiert des services de deuxième ligne, ce qui diffère de la médecine générale. Une séparation devrait se produire dès son arrivée au triage. D'ailleurs, plusieurs informations existent en santé mentale concernant les DMS et les 48 heures ; l'ajout du nombre de patients à l'analyse de l'achalandage pourrait aisément s'ajouter dans les documents qui existent.

La qualité de la cote au triage

La fiabilité de l'attribution des cotes au triage est-elle représentative de la gravité des cas qui se présentent à l'urgence ? Cette interrogation vient du fait que les patients qui sont le plus

hospitalisés ont reçu la cote P3. Cette question fut soulevée à la section 5.3.3 avec l'analyse de la figure 5.27 et du tableau 5.5. Nous ne possédons pas de compétence en médecine et nous ne pouvons pas émettre de conclusion, mais les personnes qui ont l'autorité et le savoir-faire devraient l'analyser plus sérieusement. Nous suggérons un moyen d'analyse de la cote en deux ou trois temps (selon les cas).

- Premièrement, une feuille est insérée au dossier médical dès le triage. Après une première rencontre entre un patient et son médecin, ce dernier confirme la cote du triage.
- Après le diagnostic et la réception des tests, est reconfirmée la cote initiale au triage (deuxième confirmation).
- Si ce patient est couché sur civière, le médecin confirmera de nouveau la cote après la prise de décision (dernière confirmation).

L'analyse de cet écart donnera un premier regard critique sur la qualité de la cote et peut remettre en cause la validité de l'ETG. Plus l'écart sera grand, plus les infirmières devront être compétentes. L'objectif de cette analyse permettrait d'avoir une cote juste et équitable pour les patients, et de raccourcir le temps d'arrivée aux soins (référence figure 5.5). Avec un bon triage dès l'arrivée, la qualité du service augmente et le nombre de patients sur civière peut diminuer, car près de 65% des patients sur civières quittent l'urgence (référence tableau 5.5).

En conclusion, nous croyons que tout processus peut être amélioré et c'est le rôle de tout professionnel d'améliorer constamment ses pratiques et sa méthode. Le modèle et les outils déployés dans ce projet peuvent aider à atteindre cet objectif.

5.7 Synthèse

Nous avons réuni plusieurs informations que les professionnels pourront utiliser afin d'améliorer le fonctionnement de certains processus. L'apport au domaine démontre l'application concrète de la démarche d'amélioration continue à l'intérieur d'un centre hospitalier. À notre connaissance, aucune étude sur le sujet n'avait été entreprise au Québec. À l'aide des outils de l'amélioration continue, les prémisses managériales de la recherche

conduisent à l'identification des problèmes liés aux processus qui causent des dysfonctionnements au système de l'hôpital.

Voici les principaux faits saillants de la démarche :

- À l'aide des graphiques des processus, cinq chemins ont été décrits et ils sont utilisés par plus de 95% des patients.
- Près de 22% des patients qui se présentent à l'urgence sont couchés sur civière et 9% d'entre eux sont hospitalisés.
- Les patients avec la cote P3 sont les plus grands utilisateurs des civières, et ce, autant pour les patients admis que pour les 48 heures.
- Au niveau statistique, les patients de plus de 75 ans sont les plus susceptibles d'être hospitalisés, et ce, indépendamment de la cote.
- La majorité des DMS sont issues de moyennes qui voilent la performance réelle de certains indicateurs. Cette situation a l'avantage de laisser présager une meilleure performance du système sans toutefois représenter les processus fautifs.
- Ajouter le nombre de patients en santé mentale à l'analyse de l'achalandage.
- Le délai de l'arrivée des données du MSSS force les CH à utiliser des systèmes de données internes. Ainsi, deux systèmes de mesures démontrent la performance du système même si certaines données peuvent différer.
- Les délais entre l'arrivée du patient et le triage, ainsi qu'entre le triage et la prise en charge ne sont pas adéquatement mesurés. Conséquemment, il n'est pas possible de tirer de conclusion à ce niveau, mais il est fortement suggéré au CH de créer des mesures fiables.
- Aucun processus de réévaluation de la cote au triage n'est effectif lorsque le patient attend plus longtemps que le délai imposé par la cote de l'ETG.
- Suivant l'analyse de l'achalandage, ainsi que de l'offre et de la demande, il est conseillé d'ajouter des effectifs les lundis, mardis et vendredis, entre 10 et 20 heures.
- Les indicateurs montrent que la gravité des cas en santé mentale est plus importante entre les périodes 8 à 11, et le nombre de 48 heures et la DMS sont plus élevés. Alors que le nombre de demandes d'admission reste stable.

- Les P3, entre 0 et 74 ans, et en santé mentale, représentent le type de patients qui causent le plus de 48 heures.
- Les patients qui présentent des problèmes du système digestif et des problèmes de peau, tissu sous-cutané et sein, arrivent au deuxième et troisième rang des catégories de patients qui causent le plus de 48 heures (qui ont eu la cote P3).
- Le blocage en santé mentale se situe à l'attente entre l'urgence et l'étage.
- L'analyse des processus à l'étage en santé mentale démontre que la cause du blocage est liée à un manque de disponibilité des lits. Dans la situation où aucun congé n'est prévu, la demande à l'urgence est refoulée et par conséquent, le nombre de 48 heures augmente.
- Des patients qui nécessitent des soins à long terme utilisent des lits à court terme.
- Les solutions suggérées sont : la création d'un poste de coordonnateur en psychiatrie et d'un document de dépistage des patients qui nécessitent des soins à long terme, la connaissance de la disponibilité des ressources en aval en temps réel, la création d'un système d'information sur les utilisateurs en santé mentale, et le suivi après l'hospitalisation.
- L'analyse chronologique des DMS montre l'achalandage par période et favorise une meilleure planification des ressources humaines. Lorsque l'achalandage est moindre, les employés peuvent consacrer leur temps aux mesures préventives afin de faire diminuer le nombre de patients lors des périodes plus occupées.
- La création d'une base de données dévoilerait les habitudes d'utilisation des ressources de la part des patients et ciblerait les rechutes.
- Augmenter les mesures de suivi des patients après l'hospitalisation afin de diminuer le nombre de retours à l'hôpital et à l'urgence. Donc, investir plus dans la prévention.
- La connaissance en temps réel des ressources disponibles en troisième ligne ou pour les soins de longue durée faciliterait la rapidité de transfert des patients et la coordination entre les organisations du réseau.
- Les DMS au triage devraient être mesurées avec plus de précision, ainsi que la validité des cotes.

CHAPITRE VI

CONCLUSION

Cette recherche illustre la méthodologie et l'utilisation d'outils de l'amélioration continue à l'étape de la planification du modèle du PDCA à l'intérieur de l'unité d'urgence d'un hôpital. Ce projet mène à la gestion intégrée des processus de l'hôpital, car suite à l'étude du système, nous comprenons la complexité du réseau dans lequel interagit l'urgence avec ses ressources en amont et en aval.

La démarche mène à l'analyse détaillée des processus et des indicateurs de performance pour cibler le type de patient qui diminue la performance de l'urgence. La classification des catégories de maladie indique précisément celles qui sont à l'origine de l'engorgement du système. De cette façon, cette méthode permet d'identifier les endroits où se situent les problèmes et d'établir un ordre de priorité pour les traiter. Par la suite, nous avons proposé des solutions pratiques et applicables au contexte étudié. Elles ne consistent pas seulement en l'ajout de ressources, mais également à mieux organiser celles que possède l'organisation. Nous sommes convaincu qu'elles peuvent réellement contribuer à résoudre ce que nous avons identifié comme problématique.

Au cours de notre étude, nous avons appris que la démarche du modèle de l'amélioration continue s'applique au système de santé au Québec et viendrait renforcer les propositions du guide de gestion de l'unité d'urgence. Cette méthode se distingue des méthodes existantes, utilise des outils qui s'adaptent à tous les contextes par l'élaboration de solutions personnalisées. En utilisant cette démarche, les CH pourraient agir sur la source des problèmes d'engorgement, peu importe la disponibilité des ressources.

Des dirigeants d'autres centres hospitaliers de la région de Montréal avec lesquels nous nous sommes entretenus ont mentionné avoir utilisé la démarche de l'amélioration continue et certains de ses outils. Nous pensons qu'un document devait être élaboré pour présenter et

expliquer les grandes lignes de notre démarche et ses principaux outils. Il pourrait servir de référence supplémentaire comme modèle d'action.

Finalement, nous croyons que sans imposer une mentalité de gestion de la qualité totale aux organisations en santé, les outils de l'amélioration continue et la structure du PDCA peuvent être utilisés à l'occasion de tout projet d'amélioration de la qualité. Cette démarche proactive montre le maillon le plus faible du processus où les efforts doivent être concentrés pour augmenter leur efficacité et ajouter de la valeur au service. Également, la formation d'équipe multidisciplinaire peut se pencher sur les problèmes rencontrés dans la pratique quotidienne et trouver des solutions ingénieuses adaptées au contexte de l'organisation. Cette mesure favorise la coopération entre les professionnels et de cette collaboration pourrait résulter un nombre considérable de solutions préventives ou réactives qui réduiraient les causes d'engorgement de l'urgence.

Limites de la recherche

Nous ne pouvons confirmer si cette démarche peut réellement contribuer à la diminution des facteurs d'engorgements. Nous constatons que l'étape de la planification du modèle de PDCA permet d'identifier les problèmes et nous avons émis des solutions personnalisées qui ont pour objectif de réduire l'engorgement des urgences. Dans la mesure où les propositions seraient acceptées, la démarche conduirait à l'étape suivante du cycle PDCA. En contrôlant leur mise en oeuvre et en les analysant, nous serons en mesure de répondre à ce questionnement. Le statu quo n'est pas souhaitable. La mise en place des solutions devrait améliorer la situation actuelle.

Sommaire des recommandations de l'étude

Cette étude nous a permis de formuler 8 recommandations qui vont modifier l'architecture et le pilotage de certains processus. Cinq d'entre elles sont liées au processus en *santé mentale* et les trois autres sont sur le fonctionnement de *l'urgence*.

Les recommandations en santé mentale :

Elles misent sur l'augmentation du roulement des lits et favorisent les mesures préventives ainsi que l'utilisation des outils d'aide à la décision pour réduire le nombre de patients qui surutilisent le système. En voici le rappel :

L'établissement d'une procédure de dépistage pour les patients de longue durée ;

L'élaboration d'une telle procédure favorise la gestion des lits à court terme. Lorsqu'un patient est hospitalisé plus de 4 semaines, un processus de suivi est systématiquement déclenché et le patient est considéré comme une priorité par les professionnels.

La création de la fonction du psychiatre coordonnateur ;

Ce dernier s'occupe des patients avec un dossier complexe et optimise l'utilisation des lits à l'étage de la psychiatrie.

La création d'un système d'information en santé mentale ;

Cet outil d'aide à la décision servirait aux professionnels de la santé mentale pour connaître l'information de leurs patients. En créant une base de données centralisée qui cumulerait l'information des utilisateurs, des causes d'hospitalisations, des raisons du retour et des ressources disponibles en aval, les professionnels ajusteraient le service pour répondre à leurs besoins.

Les mesures préventives avec un suivi pour les patients qui ont leur congé ;

Suivant l'hospitalisation, ce service assure un suivi téléphonique qui permet aux professionnels de s'informer de l'état de santé du patient, de s'assurer qu'ils ne manquent pas de ressources et qu'ils prennent leurs médicaments pour éviter qu'ils rechutent.

La réorganisation de la gestion des ressources humaines ;

Pendant les périodes précédant les « rushs » qui sont bien identifiées par le graphique 5.34, le personnel peut être affecté aux activités de prévention où il y a moins d'achalandage.

Les recommandations à *l'urgence* concernent le pilotage de certains processus.

L'analyse du temps de prise en charge ;

Suivi des délais de l'arrivée à l'urgence jusqu'à la prise en charge pour réévaluer les ressources humaines affectées à la prise en charge au triage et à l'évaluation, en plus de démontrer précisément le respect des délais imposés par l'ETG.

L'analyse de l'offre et la demande ;

En ajoutant un médecin les matinées achalandées, le respect de la cote au triage augmenterait, les DMS diminueraient et le nombre de prises en charge serait équilibré toute la journée et non condensé en fin d'après-midi.

L'analyse de la qualité de la cote au triage ;

Cette analyse donne un regard critique sur la qualité de la cote et peut remettre en cause la validité de l'ETG.

Avenues de recherche

Les avenues identifiées sont : la construction de la base de données pour l'étude des patients qui utilisent le système, l'évaluation de la qualité de la cote au triage, la définition de mesure pour le temps de triage, l'analyse en amont et en aval des ressources dans le réseau des patients en santé mentale pour y construire un système d'information qui montre l'utilisation des ressources en temps réel et finalement la construction d'une simulation en santé mentale.

APPENDICE A

DOCUMENT DE TRAVAIL

A.1 Information sur le sujet de mémoire

Un modèle dynamique de gestion intégrée des processus de l'unité d'urgence dans un hôpital, est le titre du projet de mémoire d'un étudiant au MBA Recherche à l'UQÀM. Rattaché au département de Management et Technologie, l'étudiant veut démontrer l'effet de l'amélioration continue dans le système hospitalier, précisément dans les urgences. L'objectif du mémoire est de mettre le chercheur en situation de pratique, favorisant ainsi l'apprentissage des connaissances acquises lors des cours du MBA et du B.A.A. Comme tout processus opérationnel, le milieu hospitalier offre un terrain d'investigation favorable au chercheur dans sa démarche. Les expériences déjà acquises dans ce type d'organisation, notamment dans certaines urgences, constituent des laboratoires incontournables que tout intervenant doit scruter à la loupe pour d'abord mieux comprendre les mécanismes de fonctionnement en cours, dégager les forces et les faiblesses et ensuite tenter de dégager un modèle systémique applicable à toute unité d'urgence.

Pour notre recherche, nous sommes intéressé à connaître comment les hôpitaux utilisent l'amélioration continue et comment se gère la qualité pour les hôpitaux qui n'utilisent pas directement cet outil. Nous aimerions connaître la démarche utilisée pour être capable d'appliquer cet outil et de comprendre comment il permet d'améliorer constamment le fonctionnement des processus de l'organisation. L'étude de ces hôpitaux aiderait le chercheur à mieux comprendre comment une urgence, qui utilise l'amélioration continue, performe et quels en sont les indicateurs. Nous sommes conscient que l'urgence est un processus influencé par un réseau complexe de services en amont et en aval sujet à un flux de clientèle aléatoire dont certains indicateurs permettent de mieux le contrôler et le prévoir. Ultérieurement, notre recherche nous conduira à l'utilisation de la démarche. Ainsi, nous

aurons une expertise pratique du sujet qui pourrait nous amener à développer un modèle systémique de gestion des urgences.

Pourquoi le système de santé? L'intérêt d'appliquer l'amélioration continue à ce secteur vient du succès de cet outil dans plusieurs autres domaines des services et du secteur manufacturier. Les directeurs de recherche de cette étude sont des experts dans le domaine de l'amélioration continue et qui ont une forte implication dans les programmes MBA (cadres) à l'UQÀM. L'urgence, en particulier, est un sujet non seulement d'actualité, mais il est révélateur de l'état de l'organisation des soins de santé avec des répercussions économiques et sociales importantes. Nous voulons capitaliser les expériences acquises ici et là pour bâtir un modèle de gestion intégrateur profitable à tout gestionnaire confronté directement ou indirectement aux urgences des systèmes hospitaliers. Selon le chercheur et les 2 directeurs de recherche, nous croyons que cet outil permettra grâce à la synergie des parties prenantes de faire de réelles améliorations spécifiques à chaque établissement hospitalier. L'amélioration continue donne une place de choix à la dimension humaine du travail qui est essentielle à la conception, à la mise en œuvre et au contrôle des processus opérationnels. Elle permet d'avoir une vision systémique de l'urgence et de l'environnement dans lequel elle évolue.

Il est important de mentionner que cette recherche a pour fonction primaire de permettre au chercheur de maîtriser l'amélioration continue appliquée à un système opérationnel existant. Il est important aussi de comprendre que cette recherche initiée par l'UQÀM s'inscrit dans le cadre de rédaction de mémoire (MBA) et obéit à des objectifs académiques : la recherche est publique, toute partie intéressée peut consulter le futur document, la confidentialité des acteurs (et des hôpitaux) est respectée; l'étude est strictement universitaire et est indépendante de toute instance extérieure à l'université. Certes, le chercheur et les directeurs de recherche ont des contacts dans les régions et agences de la santé, mais ils sont tenus par la neutralité et l'objectivité face aux données obtenues et examinées

Recherche, problématique et hypothèse

Nous croyons qu'une fois l'urgence ciblée, nous pourrions démontrer que l'analyse des processus et la démarche de l'amélioration continue permettront de mieux cibler certains problèmes et de trouver des solutions à des causes précises d'engorgements et de dysfonctionnement dans l'unité d'urgence. Mieux encore, nous pourrions contribuer à renforcer une culture en émergence de veille structurée propice aux réflexes d'amélioration continue au bénéfice des usagers. Cette étude veut mener les chercheurs à construire un modèle d'analyse et un cadre de travail permettant aux gestionnaires ou autres parties concernées, de structurer et d'utiliser l'outil de l'amélioration continue dans les urgences.

Pour synthétiser la vision de cette recherche, notre démarche et objectif vont garder le fil conducteur sur les points suivants :

- Conserver l'optique des usagers (attente, qualité de soins attendus)
- Définir et comprendre les processus et procédures
- Trouver les sources de problèmes ou d'engorgements et de comparer les résultats provenant de l'amélioration avec la situation de départ
- Trouver des solutions pour diminuer les coûts de non-qualité.

Question de recherche

- Est-ce que la méthode de gestion de l'amélioration continue (outil) va permettre d'améliorer la performance et désengorger les urgences?
- Est-il possible de construire une méthodologie flexible et applicable à l'implantation des programmes d'amélioration continue dans les urgences?
- Est-ce que les urgences détiennent les facteurs de succès permettant le changement organisationnel?

Hypothèse

Montrer que l'application de l'amélioration continue dans une urgence est un outil de gestion performant qui permet d'identifier, cibler et d'éliminer ou réduire l'ampleur des causes

d'engorgement, diminuant ainsi les coûts de non-qualité, tout en augmentant la performance et la qualité des services de l'unité d'urgence. La généralisation du modèle implique le choix de deux hôpitaux pilotes au moins.

Attentes de la recherche

Nous croyons que notre recherche pourra susciter l'intérêt de plusieurs professionnels de la Santé. Leur collaboration indispensable permet d'avoir l'heure juste sur le sujet et d'émettre des conclusions qui pourront aider de façon concrète à améliorer les processus d'urgence.

Nous aimerons avoir accès à un terrain d'observation favorable et disposer de l'information pertinente, relativement aux pratiques de gestion et d'amélioration continue existantes, pour dessiner un portrait vivant de la situation actuelle, identifier les forces et faiblesses et formuler des propositions.

Pourquoi s'intéresser à ce type de recherche? C'est pour permettre, selon le contexte :

- Une amélioration des processus de fonctionnement de l'urgence.
- Une diminution des problèmes d'engorgements.
- L'augmentation de la qualité de services aux usagers.
- Des coûts faibles versus un consultant.
- Une meilleure connaissance et sensibilisation face à l'amélioration des processus de gestion.
- Une application de cet outil à l'hôpital
- La réalisation d'une recherche universitaire sur les méthodes de gestion.
- De donner une vision de la réalité hospitalière à des étudiants en gestion et les sensibiliser aux problèmes actuels des urgences.
- Des changements et ouverture dans la culture de l'entreprise.

Dépendamment de l'ouverture organisationnelle de l'hôpital, le fait d'explorer l'utilisation de cet outil, ne signifie pas absolument l'application de l'amélioration continue.

Concrètement, ce que nous aimerons :

- Avoir de l'information sur le sujet et les démarches existantes.
- Avoir accès aux sources de l'information.
- Avoir accès à un terrain de recherche.
- Avoir les autorisations nécessaires et connaître le protocole pour faire de l'observation, tout en respectant le travail d'autrui et les règlements en vigueur.
- Aviser les parties prenantes (acteurs), de la nature de la recherche (confidentialité des acteurs, etc.).
- Faire de l'observation sur le terrain.
- Avec la collaboration des acteurs, identifier des dysfonctionnements et trouver des solutions réalisables en fonction des moyens et ressources disponibles tout en respectant l'intégrité des parties prenantes.

A.2 Résumé du projet

Ce document a été mis à la disposition des employés lors des observations.

<p>Définition du projet de mémoire, Niveau : maîtrise en administration des affaires, MBA Recherche, UQÀM, option Management et Technologie Chercheur : Julien Hébert Informations générales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Titre : Un modèle de gestion intégrée des processus de l'unité d'urgence dans un hôpital. • But : Projet de mémoire (MBA), cette étude poursuit un objectif universitaire de maîtrise de l'amélioration continue, de la qualité de service. • Finalité du projet : Création d'un modèle d'implantation de l'amélioration continue dans l'unité d'urgence. <p>Début : le 12 juillet 2005 Fin : Mai 2006 Budget : financement de recherche par l'Université du Québec À Montréal</p>
<p>Acteurs du projet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chercheur : Julien Hébert. • Directeurs de recherche : Jean-Marie Bourjolly et Khaled Mokhtari, UQÀM. • Directeur et responsable du site de XX, XX répondant institutionnel. • Infirmière en Chef du service de l'urgence : XX, répondante principale. • Collaborateurs avisés et participants : <ul style="list-style-type: none"> ○ Dr XX, chef médical intérimaire du service de l'urgence ○ Dr XX, chef intérimaire du département de médecine générale

<ul style="list-style-type: none"> ○ Dr XX, chef coordonnateur de l'urgence des admissions et du séjour. ○ DSI : XX
Objectif du projet
<ul style="list-style-type: none"> • Objectif du chercheur : création du modèle. Maintien de la confidentialité des informations cliniques et personnelles (assermenté officiellement le 29 juin 2005) • Objectif du Directeur et responsable du site de l'Hôpital XX et DSP : acceptation de participer à ce type de projet. • Infirmière en Chef du service de l'urgence et autres collaborateurs : diriger le chercheur au travers sa démarche.
Produit du projet
<ul style="list-style-type: none"> • Définir les paramètres à considérer pour implanter un programme (modèle) visant l'amélioration continue. <p>L'élaboration sommaire de la démarche d'amélioration continue</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyse générale du processus • Identification du problème • Objectif d'observation (développement du projet avec les parties concernées) • Objectif ultime, suggestion d'amélioration (avec les parties concernées) • Retour au problème (rétroaction), application ou refus.
Principales contraintes anticipées du projet
<ul style="list-style-type: none"> • Effort de négociations avec les acteurs de l'hôpital et tout autre partie non habitués au dialogue. • Respect de la cohérence globale du management de l'hôpital. • Diffusion de l'information et compréhension de l'étude. • Implication des employés dans le nouveau projet de l'établissement.

APPENDICE B

RÉSULTAT DÉTAILLÉ DES OBSERVATIONS DU PROCESSUS DE L'URGENCE

Processus de l'urgence.

Ce document fut validé et corrigé par l'infirmière en chef de l'urgence.

Triage

Dès son arrivée à l'urgence, le patient est dirigé au triage. L'infirmière au triage est la première personne rencontrée. Rares sont les cas où cette infirmière ne voit pas le patient. L'objectif du triage est de voir le patient le plus tôt possible pour prioriser les soins. Idéalement, il devrait être vu dans les 15 premières minutes suivant son arrivée à l'urgence. Mais dépendamment de l'achalandage, le temps d'attente peut être plus long. Le patient ambulatoire prend un numéro à l'entrée. Il passe au triage en suivant l'ordre de prise de numéro, soit le premier entré va être le premier à être vu. Sauf dans les cas où les patients arrivent dans un piteux état.

Une fois le patient appelé dans la salle de triage, l'infirmière doit classer le patient en fonction de la priorité des soins. À cette étape, le patient est évalué selon une côte P1 à P5 et P9, soit du plus urgent au moins urgent.

À son arrivée dans la salle de triage, l'infirmière ouvre le dossier médical (informatique) du patient avec l'aide du numéro de dossier. Si le patient détient la carte bleue de l'hôpital, il sera plus facile de trouver le dossier dans le système SIURGE, car il y a le numéro de dossier du patient. Sinon, elle peut toujours trouver le numéro de dossier avec la carte d'assurance maladie. Cette opération permet d'avoir de l'information primaire sur patient, aidant ainsi l'infirmière à mieux trier et prioriser les soins. Ce dossier informatique contient de l'information sur les allergies, médicaments et la raison de la dernière visite du patient. Si le

patient n'a pas de dossier à l'hôpital, l'infirmière entrera dans le système : le numéro d'assurance maladie (au cas où il y a un dossier existant), son nom, prénom et le questionnera pour savoir s'il y a des allergies et la liste des médicaments.

Ensuite, l'infirmière évalue l'état du patient. Cette évaluation est en fonction des barèmes de l'ETG. L'information obtenue par le patient est saisie dans le système de gestion SIURGE. Selon la description des symptômes du patient, l'infirmière précise la nature médicale de la visite du patient. Donc, avec la description et l'entrée de données faite par l'infirmière dans le système, le logiciel classe et suggère une côte, qui priorisera les soins du patient.

À des fins de compréhension, on peut faire le parallèle de l'entonnoir. Le patient arrive avec des symptômes (et une raison de visite) et l'échelle de triage suggérera une priorité de soin avec l'évaluation de l'infirmière. Selon son jugement, l'infirmière peut toujours changer la côte, dépendamment de l'état du patient (soit, le cas est plus grave ou moins grave). La côte obtenue déterminera le temps d'attente. Plus la côte est urgente, plus le patient sera vu rapidement. Le personnel qui travaille a un impact significatif sur le temps d'attente. Le facteur humain est important à considérer. Certains acteurs sont plus rapides que d'autres.

Ensuite, ayant la côte du triage, l'infirmière met à jour les informations de la dernière visite (si le dossier existe), soit les allergies, médicaments et antécédents. S'il s'agit d'une première visite, l'infirmière entrera les informations nécessaires. Ces étapes sont simultanées au diagnostic et peuvent être différentes à chaque patient. Dépendamment de la nature de la visite et des antécédents du patient, les P2, P3 et P4, risquent fortement d'avoir des prétests faits au triage, soit : la pression, la température et le niveau de sucre. Ces étapes ne sont pas obligatoires, mais il est préférable qu'elles soient effectuées au triage, ce qui facilite le travail de l'évaluation. Les résultats de ces tests sont électroniques et ils sont automatiquement mis sur la feuille de triage.

Selon la nature de la consultation demandée, l'infirmière au triage peut demander le dossier antérieur du patient. Cette étape s'effectue si le patient a été hospitalisé dernièrement ou s'il présente des symptômes similaires à la dernière hospitalisation. Le médecin pourra mieux

connaître les antécédents des patients (d'ailleurs, le dossier pourra être demandé à une étape ultérieure). Le dossier est demandé pour la majorité des patients. Si l'infirmière au triage couche le patient, elle demandera automatiquement le dossier antérieur. Si le dossier n'est pas demandé et que le patient est couché après avoir été consulté à l'évaluation, le commis (où l'AIC) demandera ce dossier.

La feuille de triage représente l'évaluation faite par l'infirmière. Sur cette feuille, il y a l'heure où l'infirmière a vu le patient (de là commence le compteur de la durée de séjour du patient), les résultats des tests faits au triage, la côte selon l'ETG, une explication de l'infirmière, la mise à jour des allergies, médicaments et description de la dernière visite. Cette feuille est très importante pour le processus de soins du patient et elle suivra le patient tout au long de son séjour à l'hôpital.

Avant d'imprimer cette feuille, l'infirmière doit glisser sa carte dans le système pour s'identifier. Cette signature représente l'ouverture de l'inscription du dossier pour le patient. Sans cette opération, le patient ne peut pas ouvrir de dossier. Une fois que la carte de l'infirmière est glissée, l'accueil - d'ouverture de dossier reçoit l'information (dans le système SIURGE) de l'infirmière au triage. Sans cette information, l'accueil ne pourra pas ouvrir un dossier pour le patient. À cette étape, le patient peut toujours prendre la liberté de quitter l'urgence avant d'ouvrir le dossier (soit pour les frais ou l'attente de l'urgence).

Les patients qui arrivent par ambulance sont triés comme tous les patients. L'arrivée par ambulance ne priorise pas les patients pour voir un médecin ou d'avoir accès à une civière. La priorité des cas est jugée au triage. Également, pour les ambulances, il peut s'agir de transfert de patient, comme suite à une appartenance au centre hospitalier. Ces patients sont attendus par le personnel médical en place, soit l'infirmière de liaison, l'assistante-infirmière chef et ou le coordonnateur médical.

Voici une explication sommaire des côtes : pour les patients entre P2 (cette côte est encore jugée « très urgent »), P3, P4, P5 et P9, ils seront souvent dirigés dans la salle d'attente (sauf si le patient se lamente). La côte P9 représente une consultation du médecin d'urgence, le

patient revoit le médecin suite à des tests effectués où à une re-consultation pour s'assurer de l'état du patient (est-ce qu'il est stable ou non). Le patient pourra être vu par le médecin entre deux rendez-vous. La côte P1 sera expliquée à la section de la salle de choc (immédiat).

Pour les autres patients, il faut mentionner qu'en tout moment, l'infirmière au triage a toujours la possibilité, selon son jugement, de coucher sur une civière tout patient qu'elle juge ne pas être pas en état d'aller dans la salle d'attente. Ils peuvent être mis sur une civière dans la salle d'observation, ou sur les civières d'attentes A et B (avant d'être consulté). De plus, elle peut décider de prioriser un patient et l'installer rapidement dans une salle d'évaluation (où s'effectue la consultation). Le patient peut aller aussi dans la salle de choc ou dans la salle polyvalente (pour ECG (électro cardiogramme), stabilisation respiratoire).

Salle de choc

Le patient ayant la côte P1 est presque toujours installé dans la salle de choc. Il est priorisé par toute l'équipe médicale de garde. L'infirmière au triage est appelée par les ambulanciers (ou Urgence Santé) avant l'arrivée du patient et pour l'attendre dans la salle de choc. Il est instable, en arrêt respiratoire, crise cardiaque, etc. L'inscription de ce patient se fait en même temps que son arrivée. L'infirmière au triage entre un nom (soit le nom réel ou fictif) et sort une feuille de triage. Pour ouvrir un dossier, il faut connaître au minimum le nom du patient (soit par les ambulanciers, la carte d'assurance maladie ou autres), le cas échéant, l'infirmière au triage peut entrer dans le système M. X et simultanément, le commis à l'accueil se déplacera pour voir le patient. Une fois stabilisé, ce patient est dirigé dans la salle de moniteur (moniteur cardiaque) à l'observation.

L'accueil et l'ouverture de dossier.

Après le triage, le patient est dirigé vers l'accueil pour son ouverture de dossier. Cette étape est obligatoire à chaque visite et nécessite la visite préalable au triage, sinon le patient est retourné automatiquement au triage. À ce stade, l'infirmière au triage a dû passer sa carte pour que le département de l'accueil et ouverture du dossier ait accès au dossier du patient.

Le patient arrive au bureau d'inscription. Souvent, il détient sa carte d'hôpital. Celle-ci est présentée avec la carte d'assurance maladie (gratuité des soins). Le commis s'assure de l'identité du patient. Ensuite, il ouvre le dossier dans le système SIURGE à l'aide du numéro de dossier. Le commis valide l'information personnelle du patient, soit l'adresse, la case postale, le numéro de téléphone, les parents du patient et de son état civil (car le patient peut déménager ou autres).

Si le patient a sa carte d'assurance maladie et il n'a pas sa carte d'hôpital, le commis à l'accueil effectue systématiquement une recherche dans la base de donnée de l'hôpital. Cette étape permet de s'assurer que le patient n'a pas de dossier, évitant ainsi le doublement de dossier. Premièrement, la recherche s'effectue à l'aide de son numéro d'assurance maladie. Si cette recherche est négative, le commis demande le nom du patient avec sa date de naissance.

Si le patient a un dossier, le commis met à jour l'information comme il est expliqué précédemment (ici, le patient a perdu, égaré ou omis sa carte d'hôpital) et remet une nouvelle carte. Si le patient n'a pas de dossier et que les recherches sont négatives, un nouveau dossier sera créé (à l'aide du numéro d'assurance maladie et de la date d'expiration). Dans ce cas, les informations personnelles seront prises, soit l'adresse, la case postale, le numéro de téléphone, les parents du patient et de son état civil.

Si le patient n'a pas de numéro d'assurance maladie (perte, oubli de renouvellement, vol, étranger, non assuré, assurance hors province ou hors pays), il y a une procédure spéciale. Pour les résidents québécois (ou autres canadiens) qui n'ont pas la carte d'assurance maladie (pour des raisons X), le commis doit justifier pourquoi le patient n'a pas sa carte. Soit le commis justifie la raison (pour X raisons), ou il doit appeler la régie de l'assurance maladie (RAMQ). Souvent il y a une entente entre le patient, le commis et le répondant de la RAMQ. Dans ce cas, une nouvelle ouverture de dossier s'effectue. Il arrive fréquemment que le patient résidant au Québec, ne puisse pas avoir sa carte et qu'aucun arrangement avec la RAMQ n'ait été pris, le patient devra payer alors pour les soins. Pour les non assurés, ils sont inscrits et ils sont référés au service de la comptabilité, pour ainsi faire une facture qui leur sera chargée, soit à leurs assureurs ou à la personne directement. Dans certains cas, les

patients partent, mais dépendamment de la gravité des cas, il peut arriver que le patient soit quand même traité (question de conscience professionnelle). Cette situation est source de conflit d'intérêt et de litige, car certains acteurs ne sont pas payés et peuvent refuser de traiter un patient. Pour les patients non canadiens (avec un VISA, visiteur, voyageur, etc.), la facture sera multipliée par 300%. Cette politique est élaborée par le MSSS. Il y a une facturation différente pour les résidents hors Québec et pour la CSST. Ces patients ne paient pas, mais une facture est envoyée à la province en question ou à la CSST. À toutes ces étapes, dès que le patient est inscrit, les informations personnelles sont prises.

Pour les patients qui sont placés sur civière dès leurs arrivées, ceux qui ont une priorité P1 (arrivée par ambulance, police) ou ayant une incapacité physique de se déplacer, c'est le commis de l'inscription qui doit avoir à se déplacer vers l'infirmière au triage ou vers le patient (à l'endroit physique où il se trouve). Pour le patient au choc, l'infirmière au triage entre un nom dans le système et un signal avertit le commis à l'accueil, pour compléter l'information du patient concernant l'ouverture du dossier. Les procédures d'inscriptions sont les mêmes que celles expliquées précédemment, soit pour le dossier actuel du patient ou un nouveau patient.

Si le patient arrive par ambulance, c'est l'ambulancier qui procède à l'inscription du dossier. L'opération au triage étant faite, l'ambulancier possède toute l'information personnelle nécessaire pour faire l'ouverture de dossier.

Une fois les informations personnelles prises, le commis demande la nature de la visite, soit si c'est une visite due à la santé du patient (cause médicale) ou si c'est un accident (de travail ou personnel, question de formalité et de dossier). Si c'est en rapport avec la CSST, il y a une facturation spéciale. Si le patient n'a pas sa carte d'hôpital ou c'est l'ouverture d'un nouveau dossier, une carte sera imprimée. Ensuite, le commis imprime le dossier d'inscription, la feuille AH-280 (l'ouverture du nouveau dossier pour tous les patients). Ce document représente la feuille de consentement que le patient s'engage à signer pour la consultation médicale, dégageant ainsi le médecin de toute poursuite juridique concernant la pratique

médicale. Le commis imprime également la carte de l'hôpital, qui sera rajoutée au dossier du patient pour son ouverture.

Le commis a l'information nécessaire pour procéder à l'ouverture officielle du dossier. Il prend physiquement un dossier. Si le patient a un dossier à l'hôpital, le commis prend un dossier beige, si le patient est nouveau, il a un dossier mauve. Cette distinction concerne l'information. Avec un dossier beige, le médecin pourra toujours demander le dossier complet des antécédents du patient (dans le cas échéant). Ce qui est impossible avec un dossier mauve. Il met à l'intérieur de l'ouverture du dossier, la feuille de consentement, la copie de la carte de l'hôpital et finalement, si le patient a plus de 75 ans, il y aura une feuille d'évaluation concernant le dépistage des personnes âgées en perte d'autonomie que l'infirmière de liaison complète si nécessaire.

Une fois que le dossier est ouvert et que le patient est enregistré, le commis à l'ouverture de dossier va porter physiquement le dossier du patient à la salle de triage pour donner le dossier à l'infirmière du triage. Celle-ci ajoute au dossier la feuille du triage. Elle va ensuite porter les dossiers à l'infirmière de l'évaluation. Également, le commis à l'ouverture de dossier peut prendre les rendez-vous pour la clinique externe. Le patient doit systématiquement avoir un papier médical (jaune) pour avoir un rendez-vous et doit passer par l'urgence.

L'attente

Ensuite, le patient est dirigé dans la fameuse salle d'attente. Dépendamment de sa codification, de P1-P5 et P9, l'attente peut varier en fonction de l'achalandage. En tout moment, le patient peut être mis sur une civière ou à un endroit jugé nécessaire (comme expliqué précédemment). Des civières sont réservées pour les patients ne pouvant pas attendre assis dans la salle d'attente. Ces civières sont installées entre la salle d'observation et de l'évaluation des patients. Les patients qui viennent en psychiatrie n'attendent pas toujours dans la salle d'attente (les cas plus lourds). Les cas sont différents selon les patients et ils peuvent être pris plus rapidement en charge par les infirmières, médecin et l'infirmière de liaison en psy.

L'évaluation et investigation

Les dossiers sont transmis par l'infirmière au triage. Ils sont empilés dans une étagère qui contient 5 compartiments, soit les priorités P1 à P5. Pour le dossier P9, les tests sont ajoutés au dossier du patient et appelés entre 2 consultations (une décision sera prise par le médecin concernant l'état du patient, soit le congé ou la garde en observation). L'infirmière de l'évaluation va classer les dossiers des patients en fonction des priorités P1-P5. Les nouveaux dossiers sont mis à la suite des autres dossiers en cours. Le dossier antérieur du patient est souvent demandé au triage. La demande informatisée est envoyée directement aux archivistes. Le dossier est transporté au poste de l'évaluation par les commis (ou préposés) et empilé sur le bureau de travail. Il est accessible aux infirmières et aux médecins.

Le choix (soit l'ordonnancement) du patient est influencé et déterminé par 2 raisons principales, soit :

- La priorité du triage soit P1-P5 et P9, du plus urgent au moins urgent.
- L'heure d'arrivée et le temps d'attente.

Le temps d'attente est un facteur qui est considéré, car malgré les priorités, chaque côte a une échelle de temps d'attente à respecter. Exemple, il est 11 h 30 min, un patient ayant la côte P4 est arrivé à 9 h, il devrait passer avant le patient qui a une côte P3, mais qui est arrivé à 11 h. Les données internes de l'urgence démontrent que les temps ne sont pas toujours respectés, car l'achalandage est plus fort que la capacité de répondre au délai suggéré par l'ETG. Deux raisons peuvent démontrer ce fait, soit les ressources en place (le nombre de médecin, d'infirmière et de la disponibilité de lit) et le facteur humain (le nombre de cas lourd, le ratio patient médecin, etc.). Il n'y a pas de recette d'ordonnancement, la priorité des soins est déterminée par le premier arrivé, premier traité.

Avant de convoquer le patient, l'infirmière (ou médecin) consulte le dossier du patient pour connaître la raison de la visite, pour savoir où placer le patient et s'il y a une étape à effectuer avant que le patient rencontre le médecin. Exemple : si le patient doit enlever un pansement, ou pour une douleur quelconque, le patient doit dévêtir la partie du corps qui sera à observer,

etc. Cette étape de pré consultation sert à ce que le patient soit prêt lorsque le médecin arrive dans la salle de consultation. L'infirmière assiste le médecin dans le processus de soin.

Médecin à l'évaluation

Le patient est appelé à voir le médecin à l'évaluation dans une des 5 salles disposées à cette fin. Le choix de la salle s'effectue en fonction de la nature de la consultation et de la disponibilité. Chacune est adaptée pour des fonctions particulières, soit la salle 1 est pour l'ORL, la salle 2 pour la psychiatrie, la salle 3 pour l'ophtalmologie, la salle 5 pour la gynécologie. Les fonctions ne sont pas nécessairement respectées, car les patients peuvent en tout temps être dans une de ces salles, mais si le cas d'un patient l'exige, il sera dirigé dans la salle correspondante.

Le patient peut partir et ne pas revenir, le patient a son congé. Le patient fait des tests et il retourne dans la salle d'attente. Il attend et le médecin le revoit dès qu'il reçoit les résultats. Le patient peut avoir son congé, avoir un rendez-vous en relance ou aller sur une civière. Si le patient est installé sur une civière après avoir vu le médecin, il a besoin de se faire stabiliser ou il aura besoin de voir un consultant pour être hospitalisé¹⁰⁴ ou avoir simplement l'avis du spécialiste. Sinon, après l'avis médical, le patient a son congé. Il peut se faire recommander d'aller dans un centre spécialisé, par manque de ressources cliniques à l'hôpital.

Quand le patient reçoit son congé, il quitte l'urgence. Le médecin place le dossier sur une filière (installée sur un mur à l'évaluation) et l'infirmière de l'évaluation enlève le nom du patient dans le système de SIURGE¹⁰⁵. Ce qui met un terme à la durée de séjour du patient.

¹⁰⁴ L'hospitalisation signifie que le patient va être transféré dans un lit sur un étage de l'hôpital et recevoir les soins nécessaires à sa maladie.

¹⁰⁵ N.B. L'étape d'enlever le nom du patient dans le système est très importante, car elle indique la durée que le patient a pris pour qu'il puisse partir. Le compteur commence dès le passage au triage et se termine dès que l'infirmier (dépendamment de la sortie du patient) enlève le nom du patient dans le système SIURGE. Cette étape est effectuée à chaque étape du processus de l'urgence **quand le patient a son congé de l'urgence**. Donc, dès que le patient a son congé, son nom est enlevé dans le système et le temps de traitement arrête. Cette statistique est compiler dans les archives (données statistiques).

Chaque fois qu'un patient quitte l'urgence, son chronomètre (dans STURGE) est arrêté. L'infirmière dépose le dossier sur une tablette (prévue à cet effet) pour le retour aux archives.

Si le patient fait des tests et que les résultats prennent quelques jours, il sera invité à prendre un rendez-vous en relance¹⁰⁶. Rares sont les cas où le patient va revenir voir un médecin à l'urgence pour recevoir les résultats, sauf pour les cas urgents d'échographie ou autres. À plus de 80 % du temps, le patient attend dans la salle d'attente pour les résultats, mais si le patient attend des tests pour le bactériologue ou serologue (qui nécessite plus de 48h de délai), il sera retourné chez lui.

En tout temps le patient peut se faire couché sur une civière¹⁰⁷ et être mis en observation, car les résultats des tests ne sont pas satisfaisants. À cette étape, le docteur doit établir une ordonnance pour garder le patient et l'infirmière complète sa demande. Cette étape envoie directement le patient dans la salle d'observation. Il y aura une prise de décision concernant l'hospitalisation ou de congé. Également, le rôle d'un consultant pourra être nécessaire pour prendre une décision concernant la demande d'hospitalisation.

Les tests effectués sont de plusieurs natures, soit des radiographies, tests sanguins (aux labos) ou autres. Il y a un délai d'attente avant d'avoir les résultats. Indépendamment de ce qui peut arriver et selon la procédure établie, les délais peuvent varier. Les tests ne sont pas effectués par le personnel de l'urgence.

Après chaque consultation, le médecin complète le dossier du patient en notant : la raison de la visite, son questionnaire, l'élaboration de son examen primaire, diagnostic, son bilan. Si le patient doit passer des tests, il fait les prescriptions nécessaires, tout en complétant sa démarche dans le dossier médical. Ces prescriptions sont effectuées par les infirmières à l'évaluation. En soi, le médecin, prescrit des tests, il fait des actes médicaux en fonction de la nature de la visite et l'infirmière soigne le patient en fonction de la prescription médicale et de l'acte effectué. Les infirmières remplissent les documents nécessaires pour faire les tests

¹⁰⁶ La relance est le terme utilisé pour que le patient revienne voir un médecin d'urgence à la clinique externe.

aux patients et font parvenir la documentation aux personnes concernées par les tests. Elles classent les dossiers en fonction des tests demandés, soit par département (radio X, et laboratoire). Si le patient est mis en observation, les tests seront remplis par le commis de l'observation et la saisie de données sera effectuée par l'assistante-infirmière en chef. Les tests peuvent être effectués par l'infirmière à l'évaluation ou par l'infirmière attirée au patient.

Le laboratoire

L'impact de ce département débute dès que le médecin fait une prescription concernant les tests pour le laboratoire. Soit une prise de sang ou tout autre prélèvement. À l'aide de la prescription, l'infirmière effectue le prélèvement. Sur le bordereau de la prescription du laboratoire, elle y ajoute le code-barre qui est assigné au dossier du patient. Ce bordereau à un numéro de requête (les tests à faire). L'ajout du numéro de dossier du patient sur le code-barre permet d'éviter les erreurs médicales concernant les tests des patients et le mélange des tests avec d'autres patients. Ensuite, le test est pris en note dans le dossier médical du patient et il est envoyé par courrier interne (pneumatique)¹⁰⁸ au laboratoire.

Le laboratoire reçoit les tests par pneumatique. Le département d'urgence a la priorité sur les autres activités du laboratoire. Il y a en moyenne 25 % des tests qui viennent de l'urgence. 25 % des tests qui viennent des patients hospitalisés et 50 % des autres tests viennent de la clinique externe, des GMF et autres organismes de la région du CSSS de Montréal Nord et Authnsic.

Au département du laboratoire, dès que les données sont entrées dans le dossier, le technicien procède aux tests demandés par le médecin. En moyenne, selon la nature des tests, les résultats sont prêts dans l'heure suivant la réception de la demande. Le résultat est saisi dans le dossier du patient du laboratoire. Le résultat est retourné à l'urgence par le courrier interne. Sur la feuille des résultats, il y aura le numéro de requête et le numéro de dossier du patient. Il peut y avoir un transfert d'information informatique.

¹⁰⁷ Être couché sur une civière signifie la même chose que d'être sous observation.

L'infirmière prend connaissance des résultats et avertit le médecin que les résultats sont arrivés. Il peut exister un délai entre le temps que l'infirmière entre les données dans le système et que le médecin voit le patient avec les résultats. Les infirmières ont l'option d'ajouter l'information au dossier, mais elles ont l'habitude d'ajouter les résultats dans le cartable (le dossier de la visite en cours).

L'imagerie médicale (la radiologie)

Quand le médecin fait une prescription pour l'imagerie médicale, il y a deux cas possibles, soit que le patient est sur civière ou « sur pied ». Pour le patient « sur pied », avec sa requête, il va directement en imagerie médicale. Comme pour le laboratoire, les patients à l'urgence sont priorisés, mais ce département a deux particularités différentes des laboratoires, car il reçoit des patients de l'urgence et il a des rendez-vous. Toutefois, étant priorisé, il peut attendre à cause d'un rendez-vous. Également, le centre d'imagerie médicale répond à la clientèle du CSSS de Montréal-Nord et Aunthsic.

Le patient doit arrêter à l'inscription de l'imagerie médicale. Le code-barre sera imprimé avec le nom du patient, le numéro de dossier, la date de la visite et un numéro entre 1 et 1 000 000 (pour avoir un chiffre unique qui sera sur le numéro de dossier avec la date). Ces mesures permettent d'identifier les résultats du patient au bon dossier. Le patient est invité à attendre son tour. Le technicien en radiologie appelle le patient et fait les radiographies. L'impression prend environ de 2 minutes par feuilles. Ensuite, le technicien donne les copies (ou films) de l'imagerie médicale au patient, qui retourne en salle d'attente. Il déposera les résultats dans un boîtier prévu à cet effet sur la porte de l'infirmière au triage. L'infirmière au triage donne les résultats à l'infirmière de l'évaluation. Le médecin est avisé que les résultats sont arrivés. Les radiographies sont ensuite toujours vérifiées par le radiologiste. Celui-ci confirme la décision médicale du médecin d'urgence. Si le radiologiste est en accord avec la décision du médecin d'urgence, il confirmera la décision et donnera les résultats au commis

¹⁰⁸ C'est un système d'envoi par pneumatique électronique, où les tests se promènent automatiquement dans l'hôpital.

qui les ajoutera au dossier, sinon il mentionnera que la décision est non conforme et il communiquera avec le médecin qui a pris la décision. Par la suite, le patient sera contacté.

Si le patient est sur civière, sa requête sera envoyée par l'infirmière en utilisant le courrier interne (le pneumatique). La personne à l'inscription de l'imagerie médicale procédera à la même procédure d'ouverture. La procédure reste la même, sauf que le patient sera amené, par l'assistant-technicien, à l'imagerie médicale. Les résultats seront acheminés au commis de l'urgence, qui remettra ces résultats à l'infirmière du patient. Le reste de la procédure est pareille que pour les patients « sur pied ».

Salle d'observation

La salle d'observation est l'endroit où les patients sont stabilisés ou en attente d'hospitalisation. Il y a plusieurs acteurs qui sont interpellés à ce processus. Le patient peut arriver à l'observation par 2 moyens, soit : de la salle de choc dès son arrivée au triage ou couché après avoir vu le médecin à l'évaluation. Comme mentionné précédemment, le patient peut être couché pour 2 raisons, soit qu'il doit être stabilisé (sans hospitalisation) ou qu'il doit voir un spécialiste pour une éventuelle demande d'hospitalisation. Les deux objectifs de la salle d'observation sont de stabiliser le patient et de le diriger le plus rapidement possible vers les ressources appropriées.

La capacité au permis du ministère de l'urgence de cet hôpital est de 18 civières, en plus des civières de débordements. Toutefois, ce nombre est souvent dépassé et le nombre de civières limite est de 32. Ces civières sont dans 2 salles à pression négatives, une salle d'isolement pour les cas de psychiatrie, 4 civières munies d'un moniteur cardiaque et 3 cubicules fermés pour les cas de techniques. Les 18 civières sont munies de gaz médicaux. Il existe 3 postes de gestion des patients civières, soit le A-B-C.

L'assistante infirmière en chef (AIC)

L'assistante-infirmière chef (AIC) est toujours mise au courant lorsqu'on doit coucher un patient. Le rôle de l'AIC est d'assigner une civière au patient selon ses ressources et les besoins des patients (moniteur, oxygène). Elle avisera l'infirmière qui s'occupera du patient.

Son rôle est de gérer les lits à l'urgence, autant pour les congés des patients que pour leurs arrivées. L'AIC est la personne qui est en contact avec les médecins d'urgence, les spécialistes (consultants), les infirmières, l'infirmière en chef et le coordonnateur de l'urgence. C'est l'infirmière qui centralise l'information des patients qui sont en observation. Ces informations se situent sur le tableau de gestion des patients. Elle doit veiller à ce que la DMS (Durée moyenne de séjour) ne dépasse pas 48 heures.

Elle doit vérifier si le patient a une appartenance. Elle reçoit le dossier du commis à l'observation et entre dans le système SIURGE les prescriptions et les tests demandés par le médecin. Si le patient a déjà des résultats, elle complète l'entrée de données. Avec l'information entrée dans le système, l'AIC sort une feuille synthèse du patient qui est ajoutée au dossier. Ensuite, l'AIC donne le dossier à l'infirmière soignante.

Le tableau de gestion des patients est normalement tenu à jour par l'assistante-infirmière en chef. Il sert de vision globale de la gestion des lits. Ce tableau inclut la cause de la visite, les médecins et spécialistes ayant consulté le patient, les examens spéciaux, les transferts et les congés. Il est important qu'elle connaisse l'information pertinente qui explique les raisons de l'attente du patient.

Le commis

Le dossier « est complété » par le commis à l'observation. Il reçoit la feuille AH-280 (l'ouverture de dossier), la feuille de triage et la prescription du médecin. Il procède à « une ouverture » du dossier en complétant les feuilles de laboratoires et des tests demandés par le médecin. Le dossier est complété dans un cartable bien identifié à la civière du patient. Dans le système SIURGE, le commis entre le numéro du lit (assigné par l'assistante-infirmière en chef) et imprime le bracelet (# de dossier, allergies). Si le dossier antérieur n'est pas demandé, il en fera la demande. Également le commis « fax » les feuilles de demande d'appartenance, le cas échéant c'est l'assistante-infirmière en chef (AIC) qui en a fait la demande. À ce stade, la demande d'appartenance est importante. Cette procédure est effectuée soit par l'AIC ou le commis. Cependant, que le patient ait une appartenance ou non, il sera mis en observation et stabilisé. Les hôpitaux ont 2 heures pour répondre à une

demande d'appartenance. S'il y a une demande de consultation, la demande sera placée sur un classeur mural. Le consultant est un spécialiste ou un médecin de médecine générale. Le commis appelle ces consultants et il les avise qu'il y a un patient à voir. Dès que le consultant a vu le patient, le commis (où l'AIC) l'indique sur le tableau de gestion des patients.

Procédure de l'appartenance du patient à un hôpital

Si le patient a été hospitalisé dans les 6 derniers mois, il appartiendra à l'hôpital où il a été hospitalisé et il y sera transféré si c'est nécessaire. S'il y a une appartenance confirmée, le patient sera stabilisé à l'hôpital où il est. Ensuite, il sera transféré avec le résumé de son dossier. À chaque prise en charge, le personnel doit demander au patient s'il y a une appartenance avec un autre hôpital. Pourquoi l'appartenance? Le personnel médical connaît le patient et ses antécédents, ce qui permet au patient de se faire soigner en fonction de ses besoins plutôt que de recommencer l'investigation et le diagnostic à chaque hôpital. Normalement, l'hôpital de référence est souvent à proximité géographique de la résidence du patient, ce qui rapproche le patient des services en amont et en aval de l'hôpital dans son CSSS. C'est également la nouvelle mission des CSSS de créer un réseau de soins pour les patients, rendant les ressources plus accessibles. L'hôpital peut également recevoir des transferts des autres hôpitaux. L'hôpital qui reçoit le patient est avisé du transfert.

Si le patient appartient à un autre hôpital, l'infirmière de liaison s'occupera de faire le transfert. Le commis appellera l'accueil pour demander une ambulance. Le commis s'occupera de photocopier le dossier, tout en incluant les films de la radiologie et dans le cas où le patient n'est pas stable, il donne un billet de taxi pour l'infirmière du patient, qui peut être appelée à accompagner le patient.

L'infirmière en chef

Elle est la personne qui est responsable de l'urgence. Elle s'assure que le déroulement est normal. Elle est au courant de tout ce qui se passe. Elle gère les problèmes de fonctionnement et du personnel. Elle aide les médecins coordonnateurs. Bien qu'elle ne soit pas directement impliquée aux soins cliniques du patient, elle s'assure que l'organisation et la structure de l'urgence soient fonctionnelles. Son rôle est essentiel au fonctionnement de l'urgence.

Infirmières

Elles sont toujours en lien avec le patient, soit au triage, à l'évaluation ou à l'observation. Elles travaillent en équipes. Il y a une équipe qui est en rotation au triage-évaluation et une autre équipe pour les infirmières à l'observation. Chaque infirmière à l'observation est responsable de son patient. Le ratio patient/infirmière est de 5 patients civières. Cependant, pour les infirmières au monitoring, elles ont 2 patients sur moniteur et 2 autres dans les corridors (total de 4 patients), car les patients au monitoring peuvent être moins stables que les autres patients.

Le patient placé en observation peut être couché au triage sans être vu par le médecin à l'évaluation, ou il peut venir de l'évaluation et être couché après avoir été examiné par le médecin. Cette distinction fait une différence pour le traitement du patient.

Souvent, le patient est directement couché au triage, car il est : soit instable, non apte à aller dans la salle d'attente ou que l'infirmière, avec son expérience et ses compétences, sait que le patient sera couché à l'évaluation. Dans ce cas, l'infirmière au triage informe l'AIC, qui lui assigne un lit à l'observation. Ensuite, le commis de l'accueil se déplacera pour compléter l'ouverture du dossier. L'AIC informe l'infirmière qu'elle aura un nouveau patient couché et qu'il n'a pas été vu par un médecin. Simultanément, le médecin est mis au courant pour le cas du patient. Souvent l'infirmière procède à une prise de sang et lui met un soluté¹⁰⁹. À cette étape, il y aura une prise en charge médicale du médecin. Ensuite, on retrouve les mêmes étapes que dans la situation où que le patient arrive de l'évaluation. Certes, il ne faut pas oublier l'arrivée d'un patient de la salle de choc.

Le médecin fait le diagnostic provisoire du patient. Il prescrit les tests, labo et radio qui lui permettront de confirmer son diagnostic. L'infirmière effectue ce qui est prescrit. Soit les prescriptions médicales et elle soulage le patient si nécessaire. Les tests de laboratoires seront

¹⁰⁹ Le soluté est souvent (à savoir : toujours) mis aux patients, car il permet de conserver une veine ouverte, au cas d'administration de médicaments. C'est une solution à base d'eau saline.

dirigés aux laboratoires respectifs par le courrier. Les résultats sont envoyés par courrier interne à l'infirmière.

Chaque acte posé par l'infirmière est noté au dossier avec l'heure. L'infirmière effectue les prescriptions médicales et notera au dossier ces prescriptions médicales. Avec ces notes, le médecin peut vérifier ce qui a été effectué par l'infirmière.

Les préposés

Le préposé s'assure la propreté des lits dès l'arrivée du patient et lorsqu'il quitte la salle d'observation. Son travail consiste à aider et accommoder les patients.

L'entretien ménager

Les préposés se chargent de la propreté des lieux et ils désinfectent l'urgence. Leur rôle est important pour diminuer le risque de transmission d'infections (incluant les nosocomiales).

La pharmacie et autres tests

La pharmacie de l'hôpital fournit tout médicament prescrit par les médecins. Si les départements nécessitent un médicament STAT (immédiatement), on retrouve à l'urgence une mini pharmacie. Le département de la pharmacie est composé de 3 à 4 pharmaciens, ainsi que des techniciens. Le pharmacien reçoit la prescription, il saisit la prescription du médecin dans le dossier du patient. Systématiquement, il évalue si les médicaments sont compatibles entre eux et le dosage de la prescription. Une fois que cette étape est franchie, une technicienne reçoit la commande. Elle effectue la saisie dans l'ordinateur et une « machine » effectue la commande. Cette « machine » effectue automatiquement la prescription. Chacun des médicaments est inséré dans un sac identifié (nom du médicament) pour le patient. Exemple, si le patient a besoin de 5 médicaments différents, il y a 5 sacs identifiés au nom du patient avec le nom du médicament.

Cette « machine » diminue énormément les erreurs de médicament, elle est plus rapide que les techniciens et évite toute forme de doublement de commande. Une fois que les prescriptions sont sorties de la « machine », elles sont séparées par département (car la

pharmacie reçoit la demande des médicaments de tout l'hôpital), un autre pharmacien s'assure que la commande est bien identifiée aux patients et qu'il ne manque pas de pilule. Un autre pharmacien vérifie le dossier du patient pour s'assurer qu'il n'y a pas d'erreurs de prescription. Les pilules sont ensuite transférées aux départements respectifs. Pour l'urgence, il utilise le pneumatique, mais pour les autres étages, il utilise un chariot qui fait la tournée sur tous les étages.

Infirmières de liaison

Dans cet hôpital, il y a 2 infirmières de liaison, une pour les personnes âgées et une pour les malades psychiatriques. Le rôle de l'infirmière de liaison pour les personnes âgées commence dès que les patients sont sur civière dans la salle d'observation. Dès que le patient arrive sur la civière, elle planifie déjà son départ vers des ressources adaptées en amont ou en aval de l'urgence. Cette infirmière a plusieurs rôles soit de s'assurer que les patients ont les ressources nécessaires en aval de l'urgence et elle s'occupe de l'appartenance.

Pour l'appartenance, dès qu'un patient est pris en charge et qu'il est placé sur civière, on lui demande s'il y a une appartenance à un autre CH. Si la réponse est positive, l'hôpital en question fera la demande à l'hôpital d'appartenance du patient. L'hôpital a deux heures pour répondre à la demande. L'infirmière de liaison répondra aux demandes d'appartenance des autres hôpitaux, s'occupera de faire la liaison et elle planifiera les transferts des patients pour leur arriver au CH. Pour savoir si le patient a une appartenance à l'hôpital, elle vérifiera à l'aide des archives.

Il y a une distinction à faire entre la nature des deux transferts possibles, soit le transfert médical (clinique) ou le transfert administratif. Le coordonnateur médical s'occupe des transferts médicaux. Cette situation est pour les cas où l'hôpital n'a pas les ressources pour soigner le patient. Le transfert administratif est pour le cas de l'appartenance d'un patient à un autre hôpital.

L'infirmière de liaison commence sa journée en analysant la liste des patients sur civière. Elle soustrait les cas psychiatriques. Elle ne s'occupe pas des patients qui seront hospitalisés, car

ces patients attendent un lit sur un autre étage. Elle s'occupe du cas où les patients ne seront pas hospitalisés et elle a un impact important pour les personnes âgées. Il est important de vérifier si le patient est en perte d'autonomie. L'infirmière de liaison regardera les antécédents du patient et les ressources qu'il utilise, soit les CLSC, CHSLD, maison privée, etc. Plus les patients sont âgés, plus ils ont des antécédents. Le dossier du patient est riche d'information. L'infirmière peut repérer facilement les personnes ressources qui connaissent le patient et s'assure que le patient a les ressources nécessaires (selon le cas du patient) à la sortie de l'hôpital.

En santé mentale, son rôle est similaire à l'infirmière de liaison médicale, mais sa clientèle est pour les patients de psychiatrie. Il faut mentionner que la majorité des patients en psychiatrie sont du « cas par cas ». Normalement, ce type de patient passe par le même processus que les autres patients. Souvent, l'infirmière de liaison peut connaître le patient et à ce stade, elle peut faire des suggestions pour le cheminement de certains patients. Le temps d'attente peut varier en fonction du niveau de gravité de cas. Est-ce que le patient est accompagné, stable, en crise, violent, un cas d'ordre de cours? Et plus, etc. Si le patient doit être vu rapidement, il est installé dans la salle d'observation # 2 à l'évaluation. Cette salle est prévue à cet effet. Il y a une fenêtre pour voir le patient et il n'y a aucun objet dangereux pour sa vie. Chaque patient qui arrive à l'urgence doit absolument être vu par le médecin d'urgence, même pour les cas psychiatriques. Après un examen médical, le patient peut être amené à voir un psychiatre, avoir une prescription médicale ou recevoir son congé.

Le patient qui est vu par le psychiatre n'a plus à revoir le médecin d'urgence. Mais, si le patient est vu pour des raisons médicales et psychologiques, le médecin d'urgence devra automatiquement revoir le patient pour lui donner son congé. Dès que le patient est en observation, l'infirmière de liaison vérifiera l'appartenance du patient et vérifie si le patient a un dossier au CH. Le cas échéant, le dossier médical permet de connaître quelles sont les ressources utilisées par le patient. La famille peut également être une source d'information concernant l'état du patient. L'infirmière de liaison s'occupe de l'environnement du patient et de trouver les ressources adaptées qu'il utilisera lors de sa sortie. Elle est, la plus part du temps, en communication avec les centres d'aide en amont et en aval de l'urgence. Son

travail est très corrélé avec les psychiatres. Elle peut prioriser les patients en fonction de la nature des soins. De plus, elle s'occupe de tous les transferts. Pour l'appartenance, le processus est semblable à celui des patients pour les causes médicales.

Le psychiatre

Il voit le patient qui est pris en charge. Son évaluation (diagnostic) permet de faire un plan d'action pour le patient qui peut avoir une hospitalisation au deuxième étage (l'aile de la psychiatrie), aller en désintoxication, au centre de crise, dirigé vers d'autres services sociaux, en hébergement, au CLSC, avoir son congé (sauf si le patient avait une raison médicale), voir un spécialiste, faire une réévaluation des médicaments, etc. Ce travail est très corrélé avec l'infirmière de liaison en psychiatrie.

Le médecin et consultants

À l'évaluation, le médecin doit faire un diagnostic bref et précis dans un délai de 5 à 10 minutes. Il demandera des tests pour faire le bilan du patient. Selon les résultats, le médecin pourra donner congé au patient avec une prescription médicale et/ou garder le patient afin de se faire stabilisé et/ou être pris en charge par un spécialiste. Ainsi, selon l'évaluation du médecin à l'urgence, le patient peut rester sur une civière pour se faire stabiliser. Il ne sera pas hospitalisé et c'est le médecin de l'urgence qui s'occupe du patient. Si le médecin de l'urgence croit que le patient doit se faire hospitaliser, il demandera l'avis d'un consultant. Ce consultant pose un diagnostic selon sa spécialité. Si le patient nécessite ses services, il l'hospitalisera et fera une demande d'admission. Ensuite, ce spécialiste avisera le médecin d'urgence que le patient sera hospitalisé et qu'il le prendra en charge. Le médecin d'urgence ne s'occupera plus du dossier du patient. Cependant, si le spécialiste évalue que le patient n'a pas besoin de sa spécialité, il en informera le médecin de l'urgence. Le médecin d'urgence pourrait demander l'avis d'un autre spécialiste. Cette boucle peut se répéter jusqu'à ce que la cause du patient soit trouvée. Si les spécialistes pensent que le patient n'a pas besoin d'être hospitalisé, ils aviseront le médecin d'urgence que le patient peut recevoir son congé. Le médecin de l'urgence décidera le moment propice pour donner congé. Durant cette procédure, un consultant peut demander des investigations supplémentaires, ce qui a pour effet d'augmenter la DMS, mais ces investigations sont nécessaires pour trouver la raison de

la visite du patient. Il n'est pas possible de penser diminuer le nombre d'investigation, car le médecin doit bien cibler la nature de la visite du patient, ce qui entraîne un service normal de visite à l'hôpital.

La prise de décision et hospitalisation

Cette expression exprime la décision concernant le diagnostic du médecin. Est-ce que le patient reçoit son congé ou il est hospitalisé ? Quand le patient rencontre le médecin pour la première fois, le médecin fait un diagnostic bref. Ensuite, il fait des prescriptions (tests, radiographies, etc..) pour pouvoir confirmer son diagnostic. Si les tests sont concluants et confirment son diagnostic, le médecin prend une décision concernant le traitement du patient. Cette décision concerne le congé médical une prescription médicale d'hospitalisation, voir un spécialiste, aller au bloc opératoire, aux soins intensifs ou complexes, etc. Après avoir confirmé son diagnostic indéniablement, il prend ce type de décision.

Demande d'admission interne, hospitalisation

Le spécialiste qui a vu le patient à l'urgence décide d'hospitaliser le patient. Il prendra en charge ce patient. Le spécialiste fera une demande d'admission interne et en avisera le médecin de l'urgence. Le patient hospitalisé sera transféré à un étage, dès qu'un lit se libérera.

Le processus de transfert sur les étages commence dès que le médecin décide d'hospitaliser le patient. Il faut une demande à l'admission interne. Chaque matin, il y a une rencontre des infirmières-chefs de département pour connaître les disponibilités des lits, le congé possible des patients, etc. Dès qu'un lit sur un étage se libère, le commis à la demande d'admission interne reçoit un avis de départ. Ce commis s'occupe de gérer les demandes d'admission des patients en attente d'hospitalisation à l'observation. Le commis assigne un lit au premier patient qui attend sur la liste. La priorité dépend soit de l'ordre d'arrivée des demandes : le premier arrivé est le premier hospitalisé ou en fonction du degré d'urgence du patient. Le temps cumulatif d'attente est également important à cause des 48 heures. Habituellement, l'ordre de la demande et l'assignation du lit concordent. Également, un coordonnateur médical s'occupe du lien entre l'urgence et les étages.

Coordonnateur médical

Le travail du coordonnateur médical est important pour l'urgence. Son rôle commence dès qu'il y a une demande d'hospitalisation. Certes, il est conscientisé par les objectifs de performance de l'urgence. Il travaille en parallèle avec l'urgence dont l'AIC et les étages pour les patients hospitalisés. Son rôle est de faire bouger les patients là où il le faut. Les patients ne doivent pas attendre plus de 48 heures à l'urgence, la DSM avec hospitalisation doit être moins de 12 heures, la DSM sans hospitalisation doit être moins de 8 heures. Son rôle est de diriger le patient aux endroits où il sera pris en charge pour libérer les lits de l'urgence.

Le coordonnateur médical fait une « gestion serrée » des patients signifie que dès qu'un lit se libère sur un étage un patient en attente d'un lit en prendra possession. Ce qui rend dynamique cette gestion est que la DMS à l'urgence est moins longue que la DMS sur les étages. Sur les étages, le patient est hospitalisé, tandis qu'à l'urgence le patient ne doit pas attendre plus de 48 heures. Il n'y a pas de temps à perdre entre l'urgence et les étages. Le problème de l'urgence est l'aval, avec une gestion serrée des lits, il est possible d'avoir une meilleure gestion des lits dans l'urgence et dans l'hôpital. Le fait d'avoir des contraintes de temps dans l'urgence oblige une meilleure gestion des lits en aval.

Il est nécessaire que les coordonnateurs soient médecins, car le langage, les connaissances cliniques et médicales sont très importantes quand il s'agit de la gestion de patient. Ils pourront mieux diriger les patients là où les services vont répondre à leurs besoins. L'appartenance des patients pour des transferts cliniques ou administratifs en est un exemple spécial.

Leur commence le matin après la rencontre des infirmières-chefs de département. Il prend la liste de tous les patients présents dans l'hôpital. Il analyse le cas des patients hospitalisés avec les infirmières assistantes de chaque étage. Les congés, l'orientation du patient, les examens à venir seront discutés, etc. Le but est de savoir quand les lits vont être libres. Il ne faut pas qu'un patient « encombre » un lit. Si le patient doit avoir son congé, il devra partir et laisser

sa place à un autre patient. Le but des rencontres matinales est de prendre en ligne de compte toutes les demandes d'hospitalisations (in) et de faire la chasse aux congés (out). Chaque étage est passé au peigne fin pour libérer les lits, identifier les congés officiels et les congés possibles. Si la demande excède l'offre, il va essayer d'ouvrir des lits. Les congés possibles sont analysés et la pertinence du séjour du patient peut-être questionnée.

Le coordonnateur a le pouvoir de faire bouger les choses, tel un délai trop long pour un rendez-vous chez un spécialiste. Le titre de Dr peut toujours mettre une pression positive pour faire avancer les choses. Son rôle peut également diminuer les tensions entre les départements et les conflits internes. L'objectif d'un hôpital est de bien servir le patient et de donner les meilleurs soins possibles. Le patient n'est pas obligé de subir les tensions internes lors de son hospitalisation. Il résout des conflits, prend position et tranche pour faire avancer les choses. Il ne faut pas oublier qu'il est conscient qu'il gère des patients malades qui ont des besoins médicaux. Avant l'arrivée des coordinateurs médicaux, les problèmes tardaient à se régler, car personne n'avait le pouvoir et la responsabilité de s'occuper des conflits. Certes, c'est un des rôles du DSP, mais il n'est pas toujours disponible à s'occuper des conflits internes. Ce qui créait des tensions internes supplémentaires et des coûts substantiels.

La collaboration entre les centres hospitaliers est également primordiale pour améliorer la performance d'un hôpital. Les ressources peuvent être utilisées à pleine capacité pour un hôpital et non pour un autre centre. Cet hôpital a connu une bonne performance avec son urgence qui a bien collaboré avec les hôpitaux. Avec les mesures électorales du PQ en 2004, les urgences ont bénéficié d'un bonus pour améliorer leurs situations. La collaboration pourrait aider à développer des corridors de service pour les centres secondaires. Un CH tertiaire possède des spécialités que le centre secondaire n'a pas. Cette situation peut pénaliser le centre secondaire, car il ne peut pas répondre adéquatement aux besoins du patient qui est en attente d'un spécialiste du centre tertiaire. Un corridor de service améliorerait énormément la performance de la DMS du centre secondaire. Donc, l'aspect de collaboration entre les partenaires des CH et du CSSS est important. En région il y a les

corridors de services¹¹⁰ qui facilitent le mouvement des patients, mais cette optique à Montréal n'existe pas, même pour les centres secondaires.

Étages d'hospitalisation

Le patient qui est transféré sur un étage peut aller à plusieurs endroits. Le premier étage est pour les soins intensifs ou complexes. Il y a 4 lits aux soins complexes et 8 aux soins intensifs. L'intensité des soins nécessaires est définie par les soins complexes ou intensifs. Le patient qui arrive à la salle de choc est normalement transféré aux soins intensifs. Le patient intubé ou en attente des soins coronariens sera aux soins complexe. Donc, le niveau de complexité et de stabilisation détermine où ira le patient. Il est important que le patient soit stabilisé avant d'aller ailleurs dans le centre hospitalier. Également, au premier étage il y a la salle d'opération.

Le deuxième étage est pour la psychiatrie. Il y a de 24 à 28 lits disponibles. C'est un étage sous haute surveillance et sous clé. Le 3e étage est pour les cas de médecine générale et les patients pour le cœur. Il y a 21 lits et 11 lits de débordements pour un total de 32 lits. Le 4e étage est pour les ATTH (attente d'hébergements) et les soins subaigus. Il y a 34 lits de disponibles. Le 5e étage n'a aucun patient, ce sont des bureaux, comme la comptabilité, finance. Le 6e étage est les soins de courte durée, pour la période estivale. Cet étage ferme tous les soirs et la fin de semaine. Il reçoit les patients du bloc opératoire (les électifs), les patients d'un jour, etc. Durant le reste de l'année, soit de septembre à juin, il est ouvert du lundi au vendredi, jour et soir. Le 7e étage est pour les chirurgies d'un jour, les ACV et la gériatrie. La gériatrie est pour les cas des personnes âgées qui sont évalués sous tous les angles pour déterminer leur niveau d'autonomie. Il y a 34 lits et la moyenne de séjour est près de 18 jours. Le 8e étage est pour les cas d'orthopédie, les médecins de médecine générale. Il y a 34 lits.

¹¹⁰ Tout centre n'ayant pas les ressources pour soigner un patient, il sera transféré à un CH affilié avec l'hôpital en question.

Clinique externe

Cette clinique est pour tous les patients qui reçoivent un billet du médecin pour voir un spécialiste quelconque ou pour revoir un médecin d'urgence. Pour revoir un médecin d'urgence, le patient aura un rendez-vous en relance. Pour avoir un rendez-vous, il faut avoir absolument un billet du médecin d'urgence. Pour voir les spécialistes, ça prend un billet d'un médecin du CSSS. La clinique externe reçoit plus de patients que l'urgence, mais cette clinique fonctionne seulement sur rendez-vous.

APPENDICE C

RÉSULTAT DES ENTREVUES SEMI-DIRIGÉES

Résultats de 6 entrevues semi dirigées entre le 21 février 2006 et le 2 mars 2006.

Question 1 : Quelle est la mission de l'urgence?

Coordinateur et adjoint au directeur des services professionnels et hospitaliers :

L'urgence accueille les patients en situation aiguë et qui nécessitent des soins immédiats. Elle sert de ponts entre l'entrée du système et les autres services du réseau (l'orientation), à l'intérieur de délai précis. La lacune avec les urgences c'est qu'elles sont encore la porte d'entrée du système. Pour désengorger l'achalandage des patients P4-P5, il est important de développer les cliniques réseau. Ces cliniques permettront aux médecins de faire des tests médicaux sans référer les patients à l'hôpital, donc à l'urgence.

Coordonnateur médical :

La mission de l'urgence est de sauver des vies, de stabiliser l'état du patient et d'orienter ce dernier vers des ressources adéquates, soit de l'hospitalisation, la relance, ou le congé. La prise en charge permet de déterminer les raisons de la visite, de savoir pourquoi les patients reviennent à l'urgence et leur trouver des solutions à leurs problèmes. Tous ces points sont liés à l'optique de la qualité des soins et du respect des délais imposés par le ministère et l'agence.

Médecin, chef de service de l'urgence :

En théorie, il faut répondre aux personnes en situation de détresse, à savoir des P1-P2-P3. En pratique, il faut avoir un système efficace qui sert de « grosse » clinique externe sans rendez-vous. Cette pratique résulte du fait qu'il manque de médecin de famille, donc il faut répondre aux besoins de santé de la population en général.

Infirmière-Chef de l'urgence :

Être la première ligne de service pour tout patient qui veut des soins.

Assistante-infirmière-chef :

Évaluer et diriger les patients pour assurer une continuité de soins.

Question 2 : Quels sont les indicateurs que vous suivez?

Coordinateur et adjoint au directeur des services professionnels et hospitaliers :

- DMS des patients civières, avant la D/A et après la D/A
- Les 48 heures
- Les 0-24h et les 24-48 heures
- La disponibilité des lits ATTH, psy.

Coordonnateur médical :

- DMS des patients couchés avant la D/A et après la D/A
- Les 0-24h, 24-48h

Il aimerait savoir quand (l'heure) le patient a été vu, et ce, à chaque étape du processus de soin (de l'évaluation et aux consultations). Actuellement il y a un manque de collaboration des médecins. Cette option pourrait être réglée par un touch screen lorsque le médecin voit le patient. Avoir une carte de pointage entre l'entrée du patient et le délai d'attente pour le triage. Cette donnée permettrait de connaître l'achalandage et délai pour le triage des patients. Ainsi, il pourrait équilibrer l'achalandage avec les ressources humaines.

Médecin, chef de service de l'urgence :

- Le nombre de patients civières
- DMS à l'urgence
- Le délai avant la prise en charge
- Le respect du triage

Infirmière Chef de l'urgence :

- Les 48 heures
- La DMS
- Le délai de prise en charge

Assistante infirmière-chef :

- DMS
- Les 48 heures
- Les délais de prise en charge
- Les indicateurs qui permettent de connaître l'orientation du patient

Question 3 : Quels sont les processus qui devront être améliorés?

Coordonnateur médical :

- Chiffrer la clientèle ambulatoire, connaître ce type de client.
- Identifier les journées problématiques, les cibler et ajuster les ressources humaines en fonction de l'achalandage (selon lui, ce serait les lundis et vendredis).
- Faire travailler les médecins les plus rapides les journées achalandées (dont le lundi).
- Recevoir les résultats plus rapidement

Médecin, chef de service de l'urgence :

- Il n'y a pas de marge de manœuvre entre le délai d'attente et le manque de ressource médicale.
- Pour améliorer le délai, il faut avoir rapidement les résultats, pour certains résultats il faut attendre entre 2 h et 2 h 30 min, tandis que pour d'autres, ils sont disponibles en moins d'une heure.
- Les résultats pour la biochimie sont plus longs et pour les prises de sang et la radiologie sont moins longs, sauf quand le radiologue n'est pas là...

- Ces améliorations permettraient d'orienter le plus rapidement le patient, permettant ainsi de s'assurer de la validité du diagnostic.

Infirmière-Chef de l'urgence :

- Améliorer la prévention des infections (nosocomiales) et éviter les contaminations, car les infections représentent une grande partie des maladies et du retour des patients à l'urgence.
- Le respect du délai au triage. Il faudrait que les patients soient réévalués s'ils attendent plus longtemps que le délai prévu selon l'échelle du triage. Actuellement, cette activité ne se fait pas.
- L'évaluation entre le délai d'arrivée et le triage, permettrait de savoir s'ils ont besoin d'un autre docteur.
- Avoir des infirmières stables, car le tiers des infirmières vient de l'agence.
- Avoir les tests des diagnostics le plus rapidement possible.
- Diminuer le délai de prise en charge et l'achalandage avec les cliniques réseaux.

Assistante infirmière-chef :

- Le délai en radiologie, car pour certains examens, les résultats sont reçus plus tard. La cause de ce délai s'explique par le manque de radiologue. Entre 16h et 8 h, il n'y a pas de radiologiste.
- Certaines spécialités médicales (consultation) sont manquantes entre 16h et 8 h. Les médecins qui hospitalisent sont plus présents que les spécialistes.

Question 4 : Comment améliorer le processus du diagnostic médical

Coordinateur et adjoint au directeur des services professionnels et hospitaliers :

- Les scans,
- L'accessibilité médicale des tests.

Coordonnateur médical :

- Il faudrait avoir les résultats le plus rapidement possibles et analyser le processus d'acheminement des résultats.
- Si l'adéquation entre l'offre et la demande est plus précise, il y aurait moins d'attente. Le problème avec l'attente est dû à la réévaluation des dossiers. Les ressources sont utilisées à mauvais escient, car le personnel médical est débordé par un grand nombre de patients ambulatoires. Par conséquent, il est difficile pour l'urgentologue de réévaluer l'état des patients. Ces patients monopolisent des civières. L'adéquation entre l'offre et la demande permettrait de favoriser la prise de décision, diminuant ainsi la DMS avant la demande d'admission.
- Dès qu'il y a la confirmation médicale du diagnostic, le traitement du patient commence. Dans le cas où il est hospitalisé, le patient commence son traitement sur la civière et simultanément, il attend son lit sur les étages. Les infirmières de l'urgence qui sont attirées à des civières, commencent le traitement.
- Des problèmes subsistent avec l'accessibilité à certains tests reliés aux scans abdominaux et aux angioscans pulmonaires.
- Finalement, une meilleure collaboration médicale semble difficile entre les médecins et la révision des cas afin de faciliter les congés.

Médecin, chef de service de l'urgence :

- S'il y a un autre médecin à l'urgence, il devrait y avoir du personnel de soutien pour faire les prescriptions des médecins. Ainsi, il y aura une meilleure utilisation des ressources et un bon fonctionnement de l'urgence.
- Actuellement, 80 % des patients civières sont des patients hospitalisés. Ces patients commencent leurs hospitalisations à l'urgence. Le personnel médical (dont les infirmières) est affecté à des patients qui seront transférés sous peu. Dès que le patient a une D/A, il devrait être transféré dans l'heure suivant sa demande. La gestion des lits est un processus très important, donc il faut que les congés soient signés le plus rapidement possible pour faire place aux nouveaux patients.

Infirmière-Chef de l'urgence et l'assistante infirmière en chef :

- Améliorer le délai entre les tests et les résultats

- La radiologie est problématique.

Question 5 : Comment améliorer la disponibilité des consultants.

Coordinateur et adjoint au directeur des services professionnels et hospitaliers :

- Cet hôpital n'a pas de résident, donc le délai entre la demande de consultation et la consultation diffère selon la disponibilité des médecins spécialistes.

Coordonnateur médical :

- Pour remédier aux problèmes de disponibilité médicale, les corridors de service entre centres hospitaliers pourraient diminuer le temps d'attente et orienter rapidement le patient vers les soins nécessaires à son cas.
- L'offre de certaines spécialités diminue à certains moments de l'année, tels les anesthésistes. Ce problème est récurrent toutes les années durant la période estivale.
- Le problème avec la vision du CSSS et de l'agence est de diviser Montréal en deux régions, soit le côté francophone à l'est avec le CHUM et le côté anglophone à l'ouest avec McGill et le Jewish Hospital. Pour plusieurs petits centres, il existe des pénuries dans certaines spécialités. Séparant la ville en deux, l'agence voudrait favoriser l'accès médical par territoire. Toutefois, pour remédier aux manques, il devrait y avoir une révision des règles pour les budgets, politiques et pratiques, ainsi que des pénalités et pressions pour favoriser l'accès médical.

Médecin, chef de service de l'urgence :

- Quand il s'agit des patients P1-P2, la réponse est adéquate, mais pour les P3 et plus, la réponse dépend de la disponibilité des médecins.
- Cependant, l'hôpital a un manque quotidien de consultant soit en neuro, ORL et en plastie. Par conséquent, les patients nécessitant ces traitements sont transférés vers des centres hospitaliers où ils reçoivent les ressources médicales et retournent à l'hôpital pour leurs hospitalisations. Sans avoir un corridor de service structuré.

Infirmière Chef de l'urgence :

- Avoir des corridors de service inter hospitalier.
- Manque en ORL et Plasticie.
- Les P3 et plus ont leur consultation dès que le consultant peut.

Question 6 : Comment améliorer le délai entre la civière et le lit.

Coordinateur et adjoint au directeur des services professionnels et hospitaliers :

- Libérer les lits tôt dans la journée, car les lits sont plus disponibles en fin de journée.
- Que les médecins traitants, surtout en Médecine Générale, signent le congé plus rapidement possible.
- Il y a une pression sur les infirmières, car elles ne veulent pas avoir d'autres patients.
- Le coordonnateur favorise la signature de congé.

Coordonnateur médical :

- Désinfecter les lits afin de les avoir le plus rapidement.
- Problème avec l'admission : la majorité des transferts se font le soir.

Infirmière Chef de l'urgence.

- Idéalement, il faudrait donner les congés la veille. Les familles pourront s'organiser pour venir chercher les patients le lendemain.
- Donner le congé le plutôt possible, selon l'ancienne procédure.

BIBLIOGRAPHIE

- ADRLSSSS. 2004. *Cadre de référence pour l'implantation des Centres Médicaux Associés (CMA)*: Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 12 p.
- ADRLSSSS. 2004. *L'organisation des services médicaux de première ligne à Montréal - Centre de Santé et de Services Sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord*: Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 7 p.
- ADRLSSSS. 2004. *La gestion des salles d'urgences, une question de priorité*: Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 40 p.
- ADRLSSSS. 2004. *Le Centre de santé et de services sociaux : au coeur de la nouvelle organisation de services*: Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 10 p.
- ADRLSSSS. 2004. *Portrait de la population - Centre de Santé et des Services Sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord*: Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 28 p.
- ADRLSSSS. 2004. *Portrait de la Région de Montréal*: Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 18 p.

- ADRLSSSS. 2004. *Portrait du Centre de Santé et Services Sociaux - Ahuntsic et Montréal-Nord*: Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 28 p.
- ADRLSSSS. 2006. «Mission de l'agence». Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. En ligne. <<http://www.santemontreal.qc.ca/fr/Agence/mission.html>>. (Consulté le 06-05-06)
- Affleck, Andrew. 2003. «Access to acute care in the setting of emergency department overcrowding». *CJEM : Journal of the Canadian Association of Emergency Physicians*, vol. 5, no 2, p. 81.
- Afilalo, Marc, Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux et Association des hôpitaux du Québec. 2000. Guide de gestion de l'unité d'urgence. Québec, Montréal: Ministère de la santé et des services sociaux et Association des hôpitaux du Québec, 72 p.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (France). 1996. *Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé : Principe méthodologiques*. Paris: Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale, 67 p.
- Akao, Yoji , et Edward R. Chaplin. 2003. «Making hospitals more transparent». *The Quality Management Journal*, vol. 10, no 3, p. 25.
- Allaire, Yvan, et Mihaela E. Firsirotu. 2004. *Stratégies et moteurs de performance : les défis et les rouages du leadership stratégique*, 2e éd. Montréal: Chenelière/McGraw-Hill, xxiii, 566 p.
- AMUQ. 1998. «Les urgences au Québec en 1998 - Questions de fonds». In *Audiences publiques sur les urgences de la Régie Régionale de Montréal-Centre 1998*: L'Association des Médecins d'Urgence du Québec.

- Anderson, Craig A., et Robin D. Daigh. 1991. «Quality Mind-Set Overcomes Barriers to Success». *Healthcare Financial Management*, vol. 45, no 2, p. 20.
- Anderson, Howard J. 1992. «Updated Emergency Departments Stress Improved Access to Care». *Hospitals*, vol. 66, no 18, p. 34.
- Augustine, Norman R. . 2000. «Reconfigurer un secteur industriel : le cas de Lockheed Martin». In *Le changement* Michel Bon. Paris, Paris: Éditions d'Organisation, l'Expansion Management Review.
- Batalden, Paul B. , David P. Stevens et Kenneth W. Kizer. 2002. «Knowledge for improvement: Who will lead the learning?». *Quality Management in Health Care*, vol. 10, no 3, p. 3.
- Beckham, J. Daniel. 1987. «Getting A Grasp On Quality». *Healthcare Forum*, vol. 30, no 2, p. 12.
- Bellin, Eran , et Nancy Neveloff Dubler. 2001. «The quality improvement-research divide and the need for external oversight». *American Journal of Public Health*, vol. 91, no 9, p. 1512.
- Berger, Cédric, et Serge Guillard. 2000. *La rédaction graphique des procédures, démarche et techniques de description des processus*. Paris: Association française de normalisation, xvi, 250 p.
- Bernard, Claude Yves. 2000. *Le management par la qualité totale l'excellence en efficacité et en efficience opérationnelles*. Paris: Association française de normalisation, vii, 327 p.
- Berwick, DM 1989. «Sounding board : continuous improvement as an ideal in health care». *New Engl J Med*, vol. 320, p. 53-56.
- Berwick, Donald M., et Marian Gilbert Knapp. 1987. «Theory and Practice for Measuring Health Care Quality». *Health Care Financing Review*, p. 49.

- Bolduc, Dr. Yves. 2007. «Bilan de santé des hôpitaux du Québec». *L'Actualité*, Mars 2007.
- Bon, Michel. 2000. *Le changement* Paris, Paris: Éditions d'Organisation, l'Expansion Management Review, ix, 258 p.
- Breton, Madeleine, et François Camirand. 1991. *Situation dans les salles d'urgence 1988-1991*. Coll. «Données statistiques et indicateurs». Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux 92 p.
- Breton, Madeleine, François Camirand et Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux. Direction générale de la planification et de l'évaluation. 1995. *État de situation dans les salles d'urgences 1991-1995*. Coll. «Données statistiques et indicateurs». Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, iv, 41, [26] p.
- Breton, Madeleine, Michel Tétreault, Jacques Brunet et Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux. Direction générale de la planification et de l'évaluation. 1995. *Salles d'urgence situation en santé mentale : questionnements et pistes d'action*. Coll. «Données statistiques et indicateurs 28». Québec: Ministère de la santé et des services sociaux Direction générale de la planification et de l'évaluation, vii, 84 p.
- Breton, Pascale. 2006. «Le palmarès des urgences du Québec». *La Presse* (Montréal), Le mardi 02 mai 2006, p. A2.
- Breton, Pascale. 2007. «Délais d'attente en santé, un coup de pouce aux provinces». *La Presse* (Montréal), mardi 20 mars 2007, p. A6.
- Breton, Pascale. 2007. «Les hôpitaux en état d'urgences, faire des urgences une priorité». *La Presse* (Montréal), mercredi 7 février 2007, p. A3.
- Breton, Pascale. 2007. «Les hôpitaux en état d'urgences, le ministre voit plutôt des progrès». *La Presse* (Montréal), mercredi 7 février 2007, p. A3.

- Brown, Bruce. 2004. *Les mesures de performance des urgences au Québec: considérations au delà de la gestion hospitalière*: Centre hospitalier de St-Mary, 48 p.
- Brunelle, Yvon. 2006. «Observations et questions soulevées par certains indicateurs». *Direction des services médicaux et médecine universitaire, Ministère de la santé et des services sociaux*, p. 14.
- Cardin, Sylvie, Raynald Pineault, Danièle Roberge, Eddy Lang, Michel Tétrault et Josée Verdon. 2001. *Modalités et qualité perçue de la prise en charge des personnes âgées à l'urgence : effet sur le risque de retour*. Coll. «Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé», 36 p.
- Carrière, Gisèle. 2004. «Utilisation des salles d'urgences ». *Le quotidien - Statistique Canada*, vol. 16, n1, p. 37-42.
- Cattan, Michel, et Association française de normalisation. 2001. *L'engagement de la direction*. Coll. «AFNOR pratique». Saint-Denis La Plaine: AFNOR, xviii, 114 p.
- Cattan, Michel, Nathalie Idrissi et Patrick Knockaert. 2003. *Maîtriser les processus de l'entreprise : guide opérationnel*, 4e éd. Paris: Éditions d'Organisation, xiv, 303 p.
- Chavret-Protat, Suzanne, Agnès Jarlier et Nathalie Préaubert. 1998. *Le coût de la qualité et de la non qualité à l'hôpital*. Coll. «Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé». Paris, 57 p.
- Chow-Chua, Clare , et Mark Goh. 2002. «Framework for evaluating performance and quality improvement in hospitals». *Managing Service Quality*, vol. 12, no 1, p. 54.
- Clancy, Carolyn M. . 2006. «informing quality health care». *Healthcare Financial Management*, vol. 60, no 3, p. 64.

- Clark, Karen M. 2005. «Early emergency department events and subsequent critical care unit outcomes for patients admitted to a critical care unit from an emergency department». Ph.D., United States -- Virginia, George Mason University.
- Cobb, Nikki. 2006. «Study: ER overcrowding not migrants' fault». *Knight Ridder Tribune Business News*, p. 1.
- Conseil canadien d'agrément des services de santé. 2006. «L'évolution de l'agrément à travers MIRE». En ligne.
<<http://www.ccass.ca/default.aspx?section=Evolving&group=2>>. (Consulté le 28-08-2006)
- Contandriopoulos, André-Pierre, Lucie Bélanger et Hung Nguyen. 1990. *Savoir préparer une recherche la définir, la structurer, la financer*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 196 p.
- Crosby, Philip B. 1986. *La qualité, c'est gratuit l'art et la manière d'obtenir la qualité*. Paris: Économica, 313 p.
- Dallaire, Clémence, et Sonia Normand. 2002. «Les changements et quelques paradoxes : une réflexion sur le personnel du système de santé ». Québec, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Université Laval, 22 p.
- Dasch, Martha L. 1995. «Hospital sets new standard as closure approaches: Quality is continuous». *Quality Progress*, vol. 28, no 10, p. 45.
- Deming, William Edwards. 1991. *Hors de la crise*. Paris: Économica, 352 p.
- Donabedian, Avedis. 1980. *The definition of quality and approaches to its assessment*. Coll. «Explorations in quality assessment and monitoring ; v.1». Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press, xiii, 163 p.

- Donabedian, Avedis. 1982. *The criteria and standards of quality*. Coll. «Explorations in quality assessment and monitoring ; v. 2». Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press, xvi, 504 p.
- Douglas, Thomas J. , et Lawrence D. Fredendall. 2004. «Evaluating the Deming Management Model of Total Quality in Services*». *Decision Sciences*, vol. 35, no 3, p. 393.
- Drummond, Alan J. 2002. «No room at the inn: overcrowding in Ontario's emergency departments». *CJEM : Journal of the Canadian Association of Emergency Physicians*, vol. 4, no 2, p. 91.
- Duck, Jeanie Daniel. 2000. «Gérer le changement : l'art de l'équilibre». In *Le changement* Michel Bon, p. ix, 258. Paris, Paris: Éditions d'Organisation, l'Expansion Management Review.
- Eckes, George. 2001 *«Objectif Six Sigma : révolution dans la qualité»*. Paris : Village mondial, 286 p.
- Escolan, Marie-Catherine. 2001. «Humain ressource management & Total quality management – A propos d'une étude de cas hospitalière». Montréal, Qualité, Évaluation, Organisation et Performance dans les établissements de santé, QUEOPS Université de Montréal, Université de technologie de Compiègne, École Nationale de la Santé Publique.
- Evans, David B 2002. «Évolution de l'approche de l'organisation mondiale de la santé en matière d'évaluation de la performance des systèmes de santé». In *Être à la hauteur : mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE*, p. 213 à 225. Paris: Santé Canada et Organisation de coopération et de développement économiques. En ligne. <<http://accesbib.uqam.ca/cgi-bin/bduqam/transit.pl?&noMan=18293701> >.

- Forrester, Nancy E. . 2003. «Accelerating patient-care improvement in the ED». *Healthcare Financial Management*, vol. 57, no 8, p. 38.
- Fracassi, Janice, et Barbara Faruggio. 1994. «Continuous quality improvement in emergency services». *Nursing Management*, vol. 25, no 5, p. 98.
- Gagnon, Lysiane. 2007. «Satisfaits, les Québécois?». *La Presse* (Montréal), Mardi 16 janvier 2007, p. A17.
- Gariépy, André, Jean Laterrière et Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux. 1992. *Introduction au système de santé et de services sociaux du Québec document destiné aux membres des conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, 55 p.
- Geer, Robert , et Jim Smith. 2004. «strategies to take hospitals off (revenue) diversion». *Healthcare Financial Management*, vol. 58, no 3, p. 70.
- Haddad, Slim, Danièle Roberge et Raynald Pineault. 1997. «Comprendre la qualité, en reconnaître la complexité». *Revue transdisciplinaire, Ruptures*.
- Haggerty, Jeannie, Raynald Pineault, Marie-Dominique Beaulieu, Yvon Brunelle, François Goulet, Jean Rodrigue et Josée Gauthier. 2004. «Continuité et accessibilité des soins de première ligne au Québec». *Fondation canadienne de la recherche sur les services de la santé*, p. 7. En ligne. <www.fcrrs.ca>.
- Hagland, Mark M. 1991. «ED Overcrowding Spurs Interest in Quality and Credentialing». *Hospitals*, vol. 65, no 14, p. 33.
- Haugh, Richard 2003. «Rethinking our pressure-packed emergency departments». *Hospitals & Health Networks*, vol. 77, no 6, p. 66.

- Herniaux, Gérard, et Didier Noyé. 2001. *Organiser et améliorer les processus introduction à la méthode EFPRO : l'efficacité des processus en environnement variable*, 3e éd. Paris: INSEP Consulting, 115 p.
- Hurst, Jeremy. 2002. «Mesure et amélioration de la performance dans les systèmes de santé de l'OCDE : Aperçu des enjeux et des défis». In *Être à la hauteur : mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE*, p. 39 à 60. Paris: Santé Canada et Organisation de coopération et de développement économiques.
- Institut canadien d'information sur la santé. 2005. *Le ratio 70/30 : le mode de financement du système de santé canadien*. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé = Canadian Institute for Health Information, viii, 129 p.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 2002. *Tool of performance in health care : a quick reference guide*. Oakbrook Terrace, Ill.: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 12 p.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 1990. *Joint commission primer on indicator development and application : measuring quality in health care*. Oakbrook Terrace, Ill.: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, vii, 124 p.
- Juran, Joseph M., et Frank M. Gryna. 1993. *Quality planning and analysis : from product development through use*, 3rd. New York ; Montréal: McGraw-Hill, xxi, 634 p. p.
- Kaplan, Robert S. , et David P. Norton. 1998. *Le tableau de bord prospectif pilotage stratégique : les 4 axes du succès*. Paris: Éditions d'Organisation, 311 p.
- Kaplan, Robert S. , et David P. Norton. 2004. *Strategy maps : converting intangible assets into tangible outcomes*. Boston, Mass.: Harvard Business School Press, xviii, 454 p.

- Kaplan, Robert S., et David P. Norton. 2001. *Comment utiliser le tableau de bord prospectif : pour créer une organisation orientée stratégie*. Paris: Éditions d'organisation, xvi, 423 p.
- Karpiel, Marty 2004. «Improving Emergency Department Flow». *Healthcare Executive*, vol. 19, no 1, p. 40.
- Klein, Donald , Jaideep Motwani et Beth Cole. 1998. «Quality improvement efforts at St Mary's Hospital: a case study». *Managing Service Quality*, vol. 8, no 4, p. 235.
- Kotter, John P. . 2000. «Conduire le changement : huit causes d'échec». In *Le changement*, Michel Bon, p. ix, 258. Paris, Paris: Éditions d'Organisation, l'Expansion Management Review.
- Lessard-Hébert, Michelle, Gabriel Goyette et Gérald Boutin. 1995. *La recherche qualitative fondements et pratiques*, 2e éd. Coll. «Éducation». Montréal: Éditions nouvelles, 124 p.
- Lozeau, Daniel 2002. «Les chemins tortueux de la gestion de la qualité dans les hôpitaux publics au Québec». *Gestion*, vol. 27, no 3, p. 113.
- Mahaffey, Samuel 2004. «Optimizing Patient Flow in the Enterprise». *Health Management Technology*, vol. 25, no 8, p. 34.
- Marley, Kathryn A. , David A. Collier et Susan Meyer Goldstein. 2004. «The Role of Clinical and Process Quality in Achieving Patient Satisfaction in Hospitals». *Decision Sciences*, vol. 35, no 3, p. 349.
- Martin, Roger. 2000. «Changer l'esprit de l'entreprise». In *Le changement*, Michel Bon, p. ix, 258. Paris, Paris: Éditions d'Organisation, l'Expansion Management Review.
- McElwain, Kristin Kaye. 1997. «Nonurgent patient use of the emergency department». M.S., United States -- Utah, University of Utah College of Nursing.

- McLendon, Mary Huston 2001. «What causes long waits, diversions and overcrowding in hospital EDs?». *Health Care Strategic Management*, vol. 19, no 5, p. 12.
- McNeil, Ronald. 1999. *Programme d'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction des usagers*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 60 p.
- Meliones, Jon. 2000. «Saving money, saving lives». *Harvard Business Review*, vol. 78, no 6, p. 57.
- Mitonneau, Henri. 2003. *Réussir l'audit des processus : un nouveau référentiel pour une nouvelle version de l'audit*. Saint-Denis La Plaine: AFNOR, 126 p.
- Morrison, Eileen, Debbie Mobley et Barbara Farley. 1996. «Research and continuous improvement: The merging of two entities?». *Hospital & Health Services Administration*, vol. 41, no 3, p. 359.
- MSSS. 2000. *Le système québécois de la santé et des services sociaux - Point de repère*, 29 p.
- MSSS. 2006. «Auto-évaluation de l'état de santé, population de 12 ans et plus, Québec et régions sociosanitaires (22-NOV-2004)». Banque de données des statistiques officielles sur le Québec, MSSS En ligne.
[<http://www.bdso.gouv.qc.ca/bdso/ken_tableabase.jsp?urlhaut=http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken/pgap.pp_aigu_page_simple%3FP_iden_tran=REPER6P7;;G43-858260675216q{zb%26p_modi_url=0507112627%26P_nom_page=STAT_DETL%26p_position=7&tableau=http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/ken_43976_369_fr.htm&urlbas=http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken/pgap.pp_aigu_page_simple%3FP_iden_tran=REPER6P7;;G43-858260675216q{zb%26p_modi_url=0507112627%26P_nom_page=STAT_DETL%26p_position=6}>. \(Consulté le 07-05-2006\)](http://www.bdso.gouv.qc.ca/bdso/ken_tableabase.jsp?urlhaut=http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken/pgap.pp_aigu_page_simple%3FP_iden_tran=REPER6P7;;G43-858260675216q{zb%26p_modi_url=0507112627%26P_nom_page=STAT_DETL%26p_position=7&tableau=http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/ken_43976_369_fr.htm&urlbas=http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken/pgap.pp_aigu_page_simple%3FP_iden_tran=REPER6P7;;G43-858260675216q{zb%26p_modi_url=0507112627%26P_nom_page=STAT_DETL%26p_position=6})

- MSSS. 2006. «Budgets de dépenses par grandes missions de programmes, 2005-2006». Ministère de la Santé et des Services Sociaux. En ligne.
<<http://206.167.52.1/fr/statisti/statinternet.nsf/519717ec5b3f8c8b852568ee0051b0f8/68de43151961fc91852568f00054127b?OpenDocument>>. (Consulté le 07-05-2006)
- MSSS. 2006. «Dépenses nationales totales de santé en proportion du PIB, Canada, territoires et provinces, 1975 à 2005». Ministère de la Santé et des Services Sociaux. En ligne.
<<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/statisti/statinternet.nsf/7397dea09f8b5e3585256cc0059385e/705582fd758a9ff0852568ef006cedbf?OpenDocument>>. (Consulté le 07-05-2006)
- MSSS. 2006. «Évolution des montants, 1990-1991 à 2005-2006». Ministère de la Santé et des Services Sociaux. En ligne.
<<http://206.167.52.1/fr/statisti/statinternet.nsf/519717ec5b3f8c8b852568ee0051b0f8/7b82872c97f20a7e85256dab004bf350?OpenDocument>>. (Consulté le 07-05-2006)
- MSSS. 2006. «Évolution par grand groupe d'âge, 1961 à 2051». Ministère de la Santé et des Services Sociaux. En ligne.
<<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/statisti/statinternet.nsf/7397dea09f8b5e3585256cc0059385e/487ea892d2cdb5e0852568ec0066f2a3?OpenDocument>>. (Consulté le 07-05-2006)
- MSSS. 2006. «Le système de santé et de services sociaux du Québec». Ministère de la Santé et Services Sociaux En ligne.
<<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/reseau/santebref.nsf/4e4f89a26c83b32285256de4006fb05b/feaef2d6fb32728c852568eb000bdbd8?OpenDocument>>. (Consulté le 06-05-06)

- MSSS. 2006. «Quelques indicateurs du secteur de l'hébergement et des soins de longue durée, selon la région sociosanitaire et l'établissement déclarant (28-OCT-2005)». Banque de données des statistiques officielles sur le Québec, MSSS En ligne. <[http://www.bdso.gouv.qc.ca/bdso/ken_tableabase.jsp?urlhaut=http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken/pgap.pp_aigu_page_simple%3FP_iden_tran=REPER3BR5H03732294156801r48\(q%26p_modi_url=0507120143%26P_nom_page=STAT_DETL%26p_position=7&tableau=http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/ken_57880_639_fr.htm&urlbas=http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken/pgap.pp_aigu_page_simple%3FP_iden_tran=REPER3BR5H03732294156801r48\(q%26p_modi_url=0507120143%26P_nom_page=STAT_DETL%26p_position=6](http://www.bdso.gouv.qc.ca/bdso/ken_tableabase.jsp?urlhaut=http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken/pgap.pp_aigu_page_simple%3FP_iden_tran=REPER3BR5H03732294156801r48(q%26p_modi_url=0507120143%26P_nom_page=STAT_DETL%26p_position=7&tableau=http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/ken_57880_639_fr.htm&urlbas=http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken/pgap.pp_aigu_page_simple%3FP_iden_tran=REPER3BR5H03732294156801r48(q%26p_modi_url=0507120143%26P_nom_page=STAT_DETL%26p_position=6)>. (Consulté le 07-05-2006)
- MSSS. 2006. «Quelques indicateurs du secteur des soins de santé physique et de gériatrie, selon la région sociosanitaire de l'établissement déclarant (12-MAI-2006)». Banque de données des statistiques officielles sur le Québec, MSSS En ligne. <http://www.bdso.gouv.qc.ca/bdso/ken_tableabase.jsp?urlhaut=http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken/pgap.pp_aigu_page_simple%3FP_iden_tran=REPER7@:DBN05-9093569900-l:fQ%26p_modi_url=0626050619%26P_nom_page=STAT_DETL%26p_position=7&tableau=http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/ken_01100_638_fr.htm&urlbas=http://www.bdso.gouv.qc.ca/pls/ken/pgap.pp_aigu_page_simple%3FP_iden_tran=REPER7@:DBN05-9093569900-l:fQ%26p_modi_url=0626050619%26P_nom_page=STAT_DETL%26p_position=6>. (Consulté le 26-06-06)
- Naveh, Eitan, et Zvi Stern. 2005. «How quality improvement programs can affect general hospital performance». *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 18, no 4/5, p. 249.