

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux.....	xi
Liste des figures	xii
Remerciements.....	xiv
Problématique	1
Organisation du travail.....	2
Contexte organisationnel du CSSS de Maskinongé.....	10
Type et but de la recherche	15
Cadre théorique	17
Modèle Toyota	18
Philosophie.....	21
Standardisation des processus.....	21
Travail d'équipe	22
Amélioration continue	22
Concepts pour l'implantation de la méthode lean.....	25
Premier concept : la cartographie	26
Deuxième concept : le juste-à-temps	26
Troisième concept : le kanban	27
Quatrième concept : l'activité kaizen	27
Cinquième concept : 5S	28

Implantation du lean healthcare	30
Recension des écrits	31
Lean healthcare	32
Conditions facilitantes du lean healthcare	38
Barrières et défis du lean healthcare	39
Importance d'un chargé de projet dans la gestion du changement et dans l'implantation du lean	41
Effet du lean dans les hôpitaux au niveau mondial et au Québec.....	41
Organisation du travail.....	48
Rôles, tâches et responsabilités des infirmières.....	52
Organisation du travail à l'urgence.....	56
Intégration des infirmières auxiliaires dans les urgences.....	61
Environnement physique	62
Méthodologie	66
CSSS de Maskinongé.....	67
Devis de recherche	68
Approche définir, mesurer, analyser, implanter et contrôler (DMAIC)	69
Description du milieu.....	70
Population	71
Échantillon	73
Critères d'inclusion.....	74
Déroulement de la recherche.....	74
Collecte de données	75

Définitions opérationnelles	76
Activité à valeur ajoutée (AVA).....	76
Activité à non-valeur ajoutée (ANVA).....	77
Amélioration continue	77
Gestion du changement.....	78
Instruments de mesure	78
Critères de qualité de l'étude	79
Considérations éthiques	79
Limites de l'étude et biais possibles	80
Plan de l'analyse des données.....	81
Retombées attendues.....	82
Présentation des résultats	83
Portrait de l'urgence du CSSSM.....	85
Nombre de civières au permis.....	85
Délai d'attente.....	85
Durée d'évaluation au triage.....	88
Durée moyenne de séjour (DMS)	90
Patients sur civière	90
Patients ambulatoires	90
Nombre de patients ayant quitté sans avoir été vus par un médecin	90
Degré de gravité moyen des cas.....	93
Satisfaction des patients.....	95

Nombre d'intervenants par quart de travail	96
Heures de travail supplémentaire et main d'œuvre indépendante	96
Résultats obtenus à la suite de l'observation en temps réel	99
Infirmières du quart de travail de nuit.....	100
Infirmière ASI.....	100
Infirmière au poste urgence/triage	103
Infirmière au poste UCS/observation monitorée	105
Infirmière au poste de l'UCS	108
Infirmières du quart de travail de jour	111
Infirmière ASI.....	111
Infirmière au poste de triage	113
Infirmière au poste d'observation/monitorée.....	115
Infirmière au poste de l'urgence	117
Infirmière au poste de santé ambulatoire.....	119
Infirmière au poste de remplacement de pauses/approvisionnement	121
Infirmière au poste de clinique externe d'orthopédie	124
Infirmière au poste de clinique externe de chirurgie	126
Infirmière au poste de clinique externe d'ORL	129
Infirmières du quart de travail de soir.....	131
Infirmière ASI.....	131
Infirmière au poste de triage	133
Infirmière au poste d'observation	135

Infirmière au poste de l'urgence	137
Infirmière au poste de l'UCS	139
Préposé aux bénéficiaires du quart de travail de jour	141
Déplacements	143
Activité kaizen	143
Structure, procédures de travail et processus de soins	144
Signalisation.....	144
Visiteurs permis	145
Emplacements	145
Triage	147
Pharmacie.....	148
Communication.....	148
Communication interdépartementale	148
Liste de rappel.....	149
Protocoles et procédures	150
Transferts inter-établissements	151
Standardisation des processus.....	152
Alimentation	153
Pratique professionnelle : rôles, tâches et responsabilités	153
Infirmières.....	153
Assistante soins infirmiers	154
Formation et mentorat.....	155

Ressources humaines	157
Cliniques externes spécialisées	157
Matériel et équipements	159
Armoire à narcotiques	159
Dossiers médicaux	159
Civière	160
Génie biomédical	160
Entretien ménager	160
Changements survenus.....	161
Déménagement de l'UCS	161
Structure de travail à l'UCS.....	162
Structure de travail aux cliniques externes spécialisées	162
Aire de choc	164
Formation.....	164
Discussion	166
Environnement physique	168
Actions à valeur ajoutée (AVA) et actions à non-valeur ajoutée (ANVA)	175
Rôles, tâches et responsabilités des infirmières	177
Ressources humaines	179
Médecins	179
Infirmières.....	180
Leadership et suivi	183

Limites de l'étude	183
Conclusion	185
Références	189
Appendice A. Formulaire de consentement à la recherche.....	205
Appendice B. Grille d'observation pour chacune des actions avec AVA et ANVA pour les infirmières et PAB.....	211
Appendice C. Certificat d'éthique de la recherche	216
Appendice D. Plan d'action	219
Appendice E. Aménagement de l'urgence actuel et proposé.....	225

Rapport-Gratuit.com

Liste des tableaux

Tableau

1	Les 14 principes de base du modèle Toyota	20
2	Signification de la méthode 5S.....	30
3	Résumé des étapes de la méthodologie DMAIC (Définir, Mesurer, Analyser, Implanter, Contrôler).....	70
4	Effectifs infirmiers à l'urgence du CSSSM.....	72
5	Valeurs organisationnelles du CSSSM	158
6	Effectifs aux cliniques externes spécialisées.....	163

Liste des figures

Figure

1	Modèle Toyota selon les quatre catégories de principes	23
2	Délai moyen entre le triage et la prise en charge.....	87
3	Durée moyenne d'évaluation au triage.....	89
4	Nombre de départs avant la prise en charge	92
5	Nombre de triages selon les priorités à l'ETG.....	94
6	Temps supplémentaire volontaire, temps supplémentaire obligatoire et main d'œuvre indépendante en heures chez les infirmières	98
7	Activités observées chez l'infirmière ASI du quart de travail de nuit.....	102
8	Activités observées chez l'infirmière du quart de travail de nuit à l'urgence/triage.....	104
9	Activités observées chez l'infirmière du quart de travail de nuit à l'UCS/observation monitorée lorsque l'UCS est fermée.....	107
10	Activités observées chez l'infirmière du quart de travail de nuit à l'UCS lorsque l'UCS est ouverte.....	110
11	Activités observées chez l'infirmière ASI du quart de travail de jour	112
12	Activités observées chez l'infirmière du quart de travail de jour au triage.....	114
13	Activités observées chez l'infirmière du quart de travail de jour à l'observation	116
14	Activités observées chez l'infirmière du quart de travail de jour à l'urgence.....	118
15	Activités observées chez l'infirmière du quart de travail de jour en santé ambulatoire	120
16	Activités observées chez l'infirmière du quart de travail de jour au remplacement des pauses/ approvisionnement.....	123

Figure

17	Activités observées chez l’infirmière du quart de travail de jour travaillant en clinique externe d’orthopédie	125
18	Activités observés chez l’infirmière du quart de travail de jour en clinique externe de chirurgie	128
19	Activités observées chez l’infirmière du quart de travail de jour en clinique externe d’ORL	130
20	Activités observées chez l’infirmière ASI du quart de travail de soir	132
21	Activités observées chez l’infirmière du quart de travail de soir au triage	134
22	Activités observées chez l’infirmière du quart de travail de soir à l’observation	136
23	Activités observées chez l’infirmière du quart de travail de soir à l’urgence	138
24	Activités observées chez l’infirmière du quart de travail de soir à l’UCS	140
25	Activités observées chez le PAB du quart de travail de jour.....	142

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de recherche, Madame Liette St-Pierre, pour le temps, l'énergie, l'encouragement et le soutien tout au long de mon projet ainsi que pendant la rédaction de mon mémoire. Ses précieux conseils ont su guider ma recherche dans un domaine moins exploré par les sciences infirmières.

Je tiens à remercier grandement le Centre de santé et des services sociaux de Maskinongé où la recherche a pu se dérouler. Un merci particulier au directeur des soins infirmiers, Monsieur Jocelyn Milot, à la précédente et à l'actuelle chef de programme Mesdames Diane Bertrand et Martine Deziel, ainsi qu'à l'assistante infirmière chef de l'urgence, Madame Catherine Laquerre. J'aimerais également remercier toutes les infirmières et employés de l'urgence pour leur participation au projet. Sans eux le projet n'aurait pu voir le jour. Je désire aussi souligner la collaboration hors pair de Monsieur Mathieu Héту, étudiant en génie industriel. Son expertise a permis d'élargir les horizons de ce mémoire en sciences infirmières. Merci également aux lecteurs officiels, Monsieur Denis Lagacé et Madame France Cloutier.

Je voudrais rappeler ici les encouragements de la part de ma famille et mes amis et mentionner tout particulièrement le soutien de mon conjoint, Pierre-Luc Perreault Caron, dont la présence active et solidaire n'a pas peu contribué à l'aboutissement de ce travail.

Enfin, tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail trouvent ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

Problématique

Un aperçu de l'organisation du travail dans le milieu de la santé ainsi que le contexte organisationnel de soins, plus particulièrement à l'urgence du Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé (CSSSM), sont présentés dans ce premier chapitre.

Organisation du travail

L'organisation du travail en milieu hospitalier est au cœur des préoccupations gouvernementales actuelles (Dubois & D'Amour, 2011). Depuis les dernières années, la restructuration et les restrictions budgétaires ont entraîné d'énormes changements dans le système de santé québécois sans que l'organisation du travail n'ait nécessairement été revue (Castonguay, 2012; Paillassard & Castro, 2010; Viens, Hamelin-Brabant, Lavoie-Tremblay, Brabant, 2005). Plusieurs départements d'urgence font face à des problèmes organisationnels ayant une influence directe sur des problèmes majeurs dont la surpopulation (encombrement) dans les salles d'attente, de longs délais d'attente, une augmentation du besoin de ressources humaines, matérielles et financières et une incidence sur la qualité des soins (Forero & Hillman, 2008; Sinclair, 2007; Trunkey, 2007; Van Vonderen, 2008). De plus, les départements d'urgence étant considérés comme le cœur des hôpitaux, leur dysfonctionnement peut contribuer négativement à l'ensemble de l'organisation (Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2010). Il est important pour les organisations de tenter de comprendre les

sources du dysfonctionnement dans les hôpitaux pour, par la suite, parvenir à y remédier.

Plusieurs facteurs contribuent à l'inefficacité des organisations de santé tels que certains facteurs d'ordre structurel et d'autres liés à des processus inefficients (Holden, 2011). Certains facteurs liés à la structure de travail, dont les structures de postes, peuvent être responsables de l'inefficacité des organisations. L'utilisation non optimale des ressources humaines ainsi que des pratiques de dotation inadéquates, telles qu'un manque de personnel ou le recours à des heures supplémentaires, sont des éléments qui peuvent entraîner des problèmes dans l'organisation du travail de certains Centres de santé et de services sociaux. Par exemple, sur certaines unités de soins, il existe un important déséquilibre de ressources humaines. En effet, il peut être possible d'avoir du personnel infirmier en surplus sur certains quarts de travail et du temps supplémentaire exigé sur le quart de travail suivant (Massicotte, 2009).

Toujours en lien avec la structure de travail, un manque de définition dans les rôles, les tâches et les responsabilités des travailleurs de la santé laisse place à l'ambiguïté dans leurs fonctions se traduisant par un manque de productivité et de rendement (Kulkarni, 2008). À ce jour, une certaine proportion du temps du personnel infirmier n'est pas utilisée adéquatement. Le personnel infirmier réalise parfois des tâches qui ne correspondent pas à sa formation (Werj, 2009). La réduction de la variabilité dans les méthodes de travail et la standardisation des processus de soins et de travail

correspondent à de meilleurs soins et doivent inévitablement être traitées dans le but d'optimiser le fonctionnement des unités de soins (Blackmore, Mecklenburg, & Kaplan, 2011; Brackett, Comer, & Whichello, 2013). Il faut s'assurer que le personnel infirmier réalise des bonnes tâches au bon moment dans l'optique de fournir de meilleurs soins à moindre coût. L'avènement de la loi 90 en 2002 a obligé différents professionnels de la santé, dont les infirmières, à revoir leur rôles, tâches et responsabilités (MSSS, 2002). Quelques années auparavant, le cloisonnement professionnel ne permettait pas d'optimiser le partage de compétences mais aujourd'hui, ce partage est primordial (MSSS, 2010). Dans le domaine des soins infirmiers, la loi 90 a apporté les changements les plus importants (Vallée, 2002). Le décloisonnement des actes réservés et l'augmentation de la souplesse apportés par la loi 90 a permis aux infirmières de se voir libérer de certaines tâches et cela a indirectement contribué à faire évoluer la profession infirmière. Par tâche à non-valeur ajoutée, sont désignées l'ensemble des tâches qu'effectue une infirmière qui ne sont pas en lien direct avec l'exercice de sa profession. Les infirmières accomplissent de nombreuses fonctions qui ne sont pas nécessairement en lien avec le soin au patient. Elles accomplissent fréquemment des tâches administratives et non reliées aux soins infirmiers (Viens et al., 2005).

La loi 90 a permis aux infirmières œuvrant dans les urgences, plus particulièrement au triage, « des coudées plus franches », en initiant, par exemple, des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance collective (Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ), 2003). La loi 90 reconnaît également davantage la

nécessité de faire confiance au jugement clinique infirmier, notamment en ce qui a trait à l'évaluation de la condition physique et mentale de personnes symptomatiques se présentant à l'urgence (OIIQ, 2003). Cependant, malgré la révision des rôles, tâches et responsabilités des professionnels de la santé par la loi 90, les infirmières se retrouvent malheureusement encore trop souvent à effectuer des tâches qui ne contribuent pas à tirer profit de leur compétence et d'améliorer le fonctionnement de l'organisation. De plus, certains facteurs tels que l'achalandage, l'engorgement, la surcharge de travail et le manque de connaissances associés à l'urgence font en sorte que les infirmières ne pratiquent pas toujours leur profession de façon exemplaire (OIIQ, 2008). L'OIIQ (2008) dénote plusieurs facteurs organisationnels qui ne sont pas favorables à la qualité des soins à l'urgence, dont les facteurs suivants :

[...] le manque de procédures pour réduire le délai d'attente avant le triage; le manque d'ordonnances collectives permettant d'initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, lesquelles pourraient contribuer au désengorgement; le manque de formation des infirmières et le manque d'outils pour la surveillance des patients recevant des médicaments ayant un effet dépressif sur le système nerveux central; les lieux physiques peu favorables à la surveillance des clients et à la prévention de la transmission des infections; la durée de séjour et l'environnement non adapté occasionnant une difficulté à répondre aux besoins d'assistance et à prévenir les chutes plus particulièrement chez les personnes âgées (p. 1).

Malgré ce contexte de travail ardu, les infirmières travaillant à l'urgence démontrent une conscience professionnelle et font preuve de dévouement envers leurs patients (OIIQ, 2008). Leurs connaissances de divers monitorages, le respect des normes du processus de triage, la planification et les soins et traitements qu'elles prodiguent ainsi que les moyens pour prévenir le passage à l'acte des clients agressifs et suicidaires

représentent les aspects les plus positifs de l'exercice de leurs fonctions. L'infirmière travaillant à l'urgence doit mobiliser l'éventail de toutes ces compétences. Ce déploiement lui permet de prodiguer des soins de qualité aux patients ainsi que de créer un environnement de pratiques favorables qui lui permet d'exercer son leadership, d'innover et de travailler en collaboration avec les autres professionnels de la santé, dont les médecins.

Dans certaines régions en milieu rural, il existe une pénurie de médecins omnipraticiens (Massicotte, 2008). Les urgences doivent faire appel à des médecins remplaçants pour assurer la pérennité des services. Ces médecins, appelés dépanneurs, sont des médecins omnipraticiens qui pratiquent normalement à l'extérieur de ce territoire mais qui accomplissent la tâche habituelle du médecin sur place dans le but de maintenir l'accessibilité aux soins urgents et essentiels à la population. Les infirmières travaillant en milieu rural doivent donc soutenir et encadrer le médecin dépanneur qui ne connaît pas les particularités d'une urgence spécifique. Cela représente une des raisons pour lesquelles les infirmières travaillant en milieu rural doivent avoir une excellente connaissance de leur milieu et doivent d'autant plus exercer leur leadership. Une des façons de s'assurer de cela est de favoriser la formation continue et le rehaussement des compétences chez le personnel infirmier.

Face à ce contexte de soins particulier ainsi qu'en regard de la situation actuelle des urgences, les infirmières sont appelées à obtenir de la formation continue dans le but de

maintenir leurs compétences à jour. À cet effet, depuis janvier 2012, l'OIIQ exige obligatoirement que chaque infirmière déclare, au moment de son inscription au Tableau, sa participation à un minimum de vingt heures d'activités de formation continue pertinente à sa pratique professionnelle, c'est-à-dire au milieu où elle pratique (OIIQ, 2011). Selon l'OIIQ (2011), les infirmières ont le devoir d'actualiser et de développer des compétences propres aux soins infirmiers et/ou également des compétences transversales nécessaires à l'exercice de leurs fonctions. L'OIIQ (2011) a affirmé :

La formation continue permet non seulement la mise à jour des connaissances et le maintien des compétences, mais elle est aussi intimement liée à l'évolution de la pratique infirmière, au développement de la profession, et à l'amélioration de la qualité des soins (...). Le développement scientifique et technologique, la modernisation des lois professionnelles et l'émergence de nouveaux rôles infirmiers exigent l'acquisition de nouvelles connaissances, le développement de nouvelles compétences, ainsi que le renouvellement des pratiques cliniques basées sur des résultats probants (p. 4).

Le manque de ressources humaines et financières sont parfois des embûches à la formation continue et à l'application et à l'adaptation de cette modernisation qui contribue, conséquemment, à une organisation du travail inefficace (Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), 2009). Les effectifs infirmiers étant souvent à leur minimum, les ressources humaines se voient parfois contraintes de libérer le personnel infirmier pour obtenir de la formation et pour une mise à jour de leurs connaissances. D'ailleurs, à la lumière de certains écrits recensés par l'OIIQ en 2011, certains facteurs freinent les infirmières à la participation à des activités de formation continue. Parmi ces facteurs, on dénote un manque de ressources financières, un manque

de soutien de l'employeur, des difficultés d'accès à la formation, une fatigue liée à la surcharge de travail, un manque de temps ainsi qu'une pénurie de personnel. Dans certains hôpitaux québécois en région où la pénurie se fait sentir davantage, la formation continue ne fait bien évidemment pas partie des priorités pour l'organisation. Les infirmières étant épuisées et à bout de souffle ne priorisent pas non plus la formation (St-Pierre, Leblanc, Hébert, Bélanger, & Gauthier, 2009; St-Pierre, Leblanc, & Lagacé, 2008). Afin que la problématique de ressources humaines infirmières s'atténue, l'organisation du travail doit être revue de manière à utiliser, de façon optimale, les compétences du personnel et à encourager la formation continue.

D'autres facteurs, plutôt reliés aux processus de travail contribuent aussi à l'inefficacité du système de santé (Ben-Tovim, Dougherty, O'Connell, & McGrath, 2008). Les différentes procédures de soins présentent des lacunes à plusieurs niveaux et cela occasionne de multiples problématiques, dont de longs délais d'attente. Selon le Commissaire à la santé et au bien-être (2013), la performance reliée à la production du système de santé et des services sociaux québécois est directement en rapport avec l'accessibilité aux services. Les processus de soins inefficients et un manque de fluidité dans les processus de soins contribuent aux délais et aux débordements des urgences (Juneau, Pelletier, Bergeron, Bouchard, & Rousseau, 2011). En mai 2013, un temps moyen de 17 heures et 30 minutes est nécessaire avant de pouvoir consulter un médecin aux urgences et dans certains centres du Québec, cette attente atteint même au-delà de 30 heures (Cameron, 2013). Pourtant, il a été démontré que des processus standardisés et

plus uniformes apportaient des résultats très positifs pour une organisation de soins de santé (Mayer & Madore, 2012).

De plus, il existe une évolution de la demande de services de santé au Québec dû, entre autres, à la population vieillissante et à la chronicisation des maladies. Cela contribue au besoin d'augmentation de mobilisation de plusieurs ressources telles que des ressources financières et des ressources humaines (Poksinska, 2010). Cependant, il arrive que, dans certaines organisations, les ressources humaines soient épuisées. Les hôpitaux doivent alors solliciter leur personnel infirmier à effectuer du temps supplémentaire ou encore recourir à l'utilisation de main d'œuvre indépendante (MOI), c'est-à-dire des infirmières provenant d'agences privées. Cette problématique occasionne des millions d'heures supplémentaires effectuées par le personnel et de grands coûts défrayés par les établissements de santé à chaque année. En 2009, ce sont 3,6 millions d'heures que les infirmières ont travaillé en dehors de leurs heures de travail régulières (Champagne, 2010). L'exécution d'heures de travail supplémentaire est une problématique touchant l'ensemble des secteurs du domaine de la santé mais plus particulièrement l'urgence en raison du besoin de main d'œuvre spécialisée dans ce secteur. Lorsque les urgences ont épuisé leur personnel en temps régulier et en temps supplémentaire, ils font appel à de la MOI dans le but de couvrir les besoins. Le recours à la main d'œuvre spécialisée provenant d'agences privées contribue à pallier temporairement au manque de ressources humaines mais ne doit pas présenter une solution à long terme. Non seulement la MOI engendre d'importantes dépenses pour

l'organisation (MSSS, 2010) mais elle est moins autonome et productive du fait qu'elle connaît moins les lieux physiques et qu'elle est moins habituée de fonctionner avec les procédures particulières au lieu de travail. Ce contexte de temps supplémentaire et d'utilisation de la MOI est une problématique vécue à grande échelle mais qui crée encore plus de préoccupations aux organisations en milieux ruraux en raison de la pénurie de personnel qui est accentuée dans les régions.

Les problèmes de structure et de processus de travail, de pratique infirmière mal définie, de temps supplémentaire et d'utilisation de MOI énumérés dans ce présent chapitre sont tous des réalités qui sont vécues dans plusieurs organisations de santé au Québec. Le Centre de santé et des services sociaux de Maskinongé (CSSSM) fait partie de l'une d'elles. Les problématiques vécues incitent cette organisation localisée en milieu rural à revoir l'organisation du travail.

Contexte organisationnel du CSSS de Maskinongé

Le CSSSM est compris dans l'ensemble des huit centres associés à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Le CSSSM dessert douze municipalités, ce qui représente environ 23 645 citoyens. Il regroupe quatre points de services répartis sur son territoire. Parmi ces quatre points de service, le centre de service Avellin-Dalcourt situé à Louiseville est compté. Ce nouveau bâtiment, réaménagé en 2010 compte tenu de nouvelles réalités, est greffé à la résidence en hébergement. Ce point de service comprend, entre autres, un département d'urgence

qualifié d'urgence de stabilisation et qui est ouvert 24 heures/ 7 jours. Cette urgence est un centre de première ligne qui traite en majorité des cas de complexité moyenne, c'est-à-dire des patients médicalement stables. Lorsqu'il survient une situation où le niveau de gravité excède les possibilités d'intervention reliées aux installations ou encore nécessitant une qualification plus avancée, les patients sont transférés, via un corridor de service préétabli, au Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières (CHRTR). De plus, le point de service Avellin-Dalcourt compte des cliniques externes spécialisées en orthopédie, en cardiologie, en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie générale. Finalement, un service d'analyse de laboratoire, une pharmacie ainsi qu'un service d'imagerie médicale font partie de ce point de service. Lors du réaménagement de l'urgence, l'administration a dû revoir le plan de cette dernière et prendre une décision définitive sur la façon dont elle allait être construite (CSSSM & Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2010).

À la suite d'un processus d'évaluation des besoins, de financement, d'achalandage grandissant de la municipalité et d'évaluation géographique en raison de la composition des sols à Louiseville, une décision a été prise quant aux plans de la future urgence. C'est en 2006 qu'une équipe d'architectes et d'ingénieurs engagée par le CSSSM a proposé un aménagement sur deux étages (Plante, 2007). Les gestionnaires du CSSSM et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) se sont rencontrés par la suite pour prendre une décision relativement aux plans. Le CSSSM a alors soulevé son désaccord à ce que l'urgence soit construite sur deux étages. Les gestionnaires ont

justifié leur choix en expliquant au MSSS que cela ne faciliterait pas l'organisation du travail puisque les deux postes de travail des infirmières seraient trop éloignés l'un de l'autre. Selon le contexte de soins d'une petite urgence, ils ont fait valoir que le personnel infirmier était diminué le soir et la nuit. Cela impliquerait qu'un seul membre du personnel se retrouverait au poste du deuxième étage le soir et la nuit et que cela ne serait pas sécuritaire pour les infirmières ainsi que pour les patients. Malgré l'opposition du CSSSM, le MSSS a convenu que l'urgence serait tout de même configurée sur deux étages.

Avant le début des travaux de construction de l'urgence du CSSSM, l'OIIQ (2008), avait constaté que les urgences du Québec qui avaient été rénovées de façon majeure dans les dernières années bénéficiaient de caractéristiques facilitant la surveillance des patients. Il est, par contre, illégitime de relever ce fait de la nouvelle configuration de l'urgence au CSSSM car depuis sa construction, l'inefficacité départementale ne cesse d'augmenter. Holden (2011) relève, dans ses écrits, que la façon dont est conçue une unité de soins peut préconiser des problèmes d'ordre structurel responsables de la désorganisation des services et des soins de la santé. Nantsupawat et al. (2011) démontrent aussi qu'un environnement de soins favorable au travail des professionnels de la santé a plusieurs effets positifs non négligeables dont la satisfaction au travail du personnel infirmier et la qualité des soins aux patients.

En plus de problèmes importants reliés à l'aménagement des lieux physiques, le service de l'urgence fait face à une problématique reliée à la main d'œuvre infirmière. Dans la région de la Mauricie, plus de 226 000 heures de temps supplémentaire ont été travaillées en 2010-2011, ce qui représente un peu plus de cent soixante millions de dollars de dépense (MSSS, 2011a). Au 31 mars 2010, le CSSSM a enregistré un taux de 6 % d'heures supplémentaires travaillées par les ressources humaines infirmières. De plus, 4,30 % des heures travaillées pendant l'année précédente représentaient celles de la MOI. Le CSSSM s'était engagé à réduire à, respectivement, 5,62 % et 1,53 % le temps supplémentaire et la main-d'œuvre indépendante du personnel infirmier en 2010-2011. En plus de devoir travailler des heures supplémentaires, les infirmières sont exposées à une surcharge de travail en raison du manque de personnel. La charge de travail étant élevée et le nombre de ressources étant diminué, le personnel doit augmenter sa cadence de travail. La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2001) démontre que cette augmentation de cadence améliore la productivité à court terme mais alourdit la possibilité de conséquences négatives sur les infirmières et sur les soins. À long terme, ces lourdes tâches de travaux créent du stress et des problèmes de santé chez les infirmières et cela occasionne une réduction de la productivité. Selon la Corporation d'hébergement du Québec (2011a), le personnel de l'urgence subit beaucoup de pression et les conditions de travail sont souvent une des problématiques en cause. Cette pression vécue au quotidien peut mener à d'importants risques d'erreurs et peut aussi contribuer à l'insatisfaction au travail du personnel infirmier, ce qui peut éventuellement mener ces professionnels de la santé à quitter leur profession (Santé Canada, 2007). Dans le but

d'empêcher l'épuisement professionnel, le CSSSM doit revoir les rôles, tâches et fonctions de chaque professionnel et non-professionnel et assurer de la formation pour une mise à jour des fonctions de chacun.

Ces problèmes associés à des structures de travail déficientes et à des processus de travail inopérants ne sont pas propres qu'au domaine de la santé. Le domaine manufacturier traite depuis très longtemps des problèmes de la même espèce. Le lean manufacturier est une méthode d'amélioration continue employée dans les entreprises depuis de nombreuses années mais transposée dans le domaine de la santé en tant que lean healthcare¹ depuis seulement quelques années. Selon Landry (2010a), lorsque l'idée d'implanter le lean santé dans les organisations de santé du Québec a été présentée, la population a craint cette pratique novatrice de gestion empruntée du domaine industriel par peur de déshumaniser les soins. Par contre, selon le Dr Marcus Froehling, « c'est paradoxalement par l'industrialisation de la santé que l'on peut humaniser davantage les soins » (cité dans Landry, 2010a). Ce concept, qui se veut une philosophie à adopter, contient plusieurs concepts dont celui de production à valeur ajoutée et de fabrication au plus juste. L'application du lean dans le domaine de la santé aux États-Unis a obtenu un franc succès depuis plusieurs années. Dans le domaine de la santé, une des applications du lean se retrouve au niveau de la réduction des efforts dans les activités qui n'ajoutent aucune valeur à l'organisation. En réorganisant les activités dans lesquelles plusieurs

¹ Tout au long de ce mémoire de maîtrise, lean healthcare désigne la méthode de production Toyota déployée dans le système de santé. Le lean healthcare semble être une appellation consacrée qui est de plus en plus mentionnée en français dans les publications francophones (Dagenais, 2012; Friset & Provencher, 2009; Landry, 2010b, MSSS, 2011; Paillassard & Castro, 2010).

efforts ne sont pas bénéfiques, moins de ressources sont déployées et il est donc possible de réduire l'effet de la pénurie de la main d'œuvre chez les infirmières.

Type et but de la recherche

La recherche-action sera l'approche utilisée dans le cadre de ce projet d'optimisation de l'organisation du travail à l'urgence du CSSSM. Ce type de recherche, se caractérisant par une souplesse méthodologique et une marge de non-contrôle en fonction des à priori du milieu, se prête parfaitement à cette étude. L'interaction du chercheur avec le milieu permet d'adapter l'étude selon les problématiques particulières du milieu de travail en fonction de l'interaction avec le milieu (Valcarcel-Craig, 2009). La recherche-action vise à élargir la conscience collective, c'est-à-dire à mobiliser l'entité des membres d'une organisation afin de rendre possible le changement (Goyette & Lessard-Hébert, 1987).

La première partie de l'étude a comme objectif de dresser un portrait de l'organisation du travail à l'urgence du CSSSM de Louiseville. Par la suite, les données recueillies permettront de formuler certaines recommandations dans le but d'instaurer des changements de pratique et, par conséquent, d'optimiser l'organisation du travail. À ce jour, aucune étude sur l'organisation du travail à l'urgence en lien avec un aménagement sur deux étages n'a été réalisée. Le besoin d'optimiser les processus de soins, les processus de travail et, conséquemment, les ressources humaines afin d'améliorer la performance de l'urgence du CSSSM est plus que présent.

L'implantation de la méthode lean aurait tout avantage à être appliquée à l'urgence du CSSSM. L'objectif de ce projet de recherche est d'appliquer le lean healthcare au CSSSM et de voir comment la méthode pourra permettre de standardiser les rôles du personnel infirmier, d'en réduire l'ambiguïté, d'améliorer la fluidité des processus de travail et d'améliorer les pratiques de dotation pour réduire le temps supplémentaire fait par le personnel infirmier. Ce projet contribuera à vérifier la pertinence de l'aménagement d'une urgence sur deux étages.

Cadre théorique

Ce chapitre présente le cadre théorique utilisé dans ce projet de recherche. Le modèle Toyota, provenant du domaine manufacturier, est tout d'abord décrit suivi de l'approche lean healthcare et son application dans le milieu de la santé. Finalement, la façon d'entreprendre l'utilisation du lean healthcare au CSSSM et les effets bénéfiques escomptés sont énoncés.

Modèle Toyota

Le modèle Toyota est le cadre de référence qui sera utilisé dans ce projet. Puisqu'il s'agit d'un projet de réorganisation et d'optimisation du travail au CSSSM, le modèle Toyota est tout à fait approprié puisqu'il offre lui-même un cadre de référence axé sur l'organisation du travail et sur la participation active des employés. Depuis les deux dernières décennies, cette stratégie d'amélioration de la qualité et des processus de production de biens et de services, issue du milieu industriel, s'est graduellement transposée des secteurs manufacturiers au domaine de la santé. Sachant que les enjeux des industries sont comparables à ceux des hôpitaux en ce qui a trait aux objectifs de qualité de biens ou de services et à la diminution de coût de production, les outils du lean ont été métamorphosés au domaine hospitalier (Villeneuve, Bolduc, & Lavoie, 2008). Dans cette section, le concept de lean healthcare sera présenté et par la suite, ses outils et ses modalités d'implantation seront énoncés.

À la fin des années 1940, l'usine manufacturière Toyota a créé un système de production particulier afin de rendre possible la production de voitures en petites séries et à prix compétitifs (Liker, 2006). Le système de production Toyota (Toyota Production System, TPS) avait comme but de fournir un produit de qualité tout en réduisant les coûts de production et en utilisant le moins de ressources possibles (Ng, Vail, Thomas, & Schmidt, 2010). La fabrication était plutôt concentrée sur les processus de production et sur la qualité du produit que sur la production en masse comme plusieurs autres industries de l'automobile dont General Motor Company (GMC) et Ford, par exemple (Ben-Tovim et al., 2007). Certains auteurs ont, par la suite, décidé de renommer ce système de production lean pour qu'il soit relié spécifiquement à Toyota et non aux autres industries de l'automobile (Shah & Ward, 2007; Womack, Jones, & Roos, 1991). Étant à la fois un système de gestion et une philosophie, le lean met l'accent sur l'amélioration continue appelée *Kaizen* en japonais (Liker, 2006). Cette philosophie est guidée par 14 principes de base, lesquels sont mentionnés dans le Tableau 1, à la page suivante.

Tableau 1

Les 14 principes de base du modèle Toyota

-
1. Les décisions sont fondées sur une philosophie à long terme, parfois au détriment des objectifs financiers à court terme.
 2. Les processus sont organisés de façon à mettre les problèmes en évidence rapidement.
 3. La surproduction est à éviter.
 4. La production et les programmes sont « lissés », c'est-à-dire uniformisés (heijunka).
 5. La culture d'arrêter la production dès l'apparition d'un problème de façon à produire la qualité du premier coup doit nécessairement être intégrée.
 6. La standardisation des tâches est le fondement de l'amélioration continue et de la responsabilisation des employés.
 7. Le contrôle visuel est privilégié pour s'assurer qu'aucun problème ne reste caché.
 8. Seules des technologies fiables, longuement éprouvées et mises au service des collaborateurs et des processus sont utilisées.
 9. La formation des leaders qui connaissent parfaitement le travail et qui incarnent la philosophie est préconisée.
 10. Le développement des collaborateurs et des équipes de travail exceptionnels qui embrassent la philosophie de l'organisation est recherché.
 11. Le réseau de partenaires et de fournisseurs est respecté et ces derniers sont encouragés et soutenus dans leur progression.
 12. Pour comprendre une situation en profondeur, on préconise d'aller soi-même sur le terrain (genchi genbutsu).
 13. La prise de décisions est effectuée en prenant le temps nécessaire, par consensus, et en examinant en détail toutes les options. Les solutions choisies sont ensuite appliquées rapidement.
 14. L'organisation devient apprenante grâce à la réflexion systématique (hansei) et à l'amélioration continue (kaizen).

Selon le modèle Toyota, il y a quatre catégories de principes. Associés à ces quatre catégories, se retrouvent les 14 principes de base du modèle et explicités dans les sections suivantes.

Philosophie

Tout d'abord, la première catégorie de principe est qu'il importe de créer une vision philosophique du lean à travers l'organisation. Tous les membres de l'entreprise doivent avoir le même but, c'est-à-dire générer de la valeur pour le client. À travers l'application du TPS par l'ensemble de l'organisation, le gaspillage doit être réduit et éliminé dans le but de rendre chaque étape d'un processus de fabrication fluide.

Standardisation des processus

La deuxième catégorie de principes vise à faire en sorte que les processus de production de biens et de services soient optimaux dans le but d'obtenir les meilleurs résultats qui soient. Pour chaque tâche, le temps de cycle, la séquence de travail et les pièces ou actions nécessaires doivent être identifiés pour assurer un flux de travail continu et sans variabilité. La meilleure façon d'être en mesure de contrôler et de mesurer un processus est d'éliminer la variabilité car elle est souvent une cause de perte de temps et d'imprévis (Stansfield & Manuel, 2009). C'est cette catégorie de principes qui fait appel aux nombreux outils du TPS dont le système de flux tiré et poussé par exemple. Le système de flux tiré fait référence à organiser un système où les actions sont tirés ou requises par le client, uniquement selon les besoins du client. Contrairement au

flux tiré, le flux poussé désigne de produire un bien ou un service sur la base de la prévision des besoins du client, avant même que ce dernier ait exprimé ses besoins réels.

Travail d'équipe

La troisième catégorie de principes a trait à l'implication de tous pour valoriser l'organisation et optimiser son fonctionnement. Les gestionnaires de tous les niveaux ainsi que les employés concernés par les changements apportés doivent tous être impliqués dès les premières étapes du projet (Aherne, 2007; Manos, Sattler, & Alukal, 2006; Poksinska, 2010). Ces derniers doivent non seulement être impliqués mais doivent également être motivés à participer au projet et à prendre part aux activités d'amélioration. Chaque employé doit avoir la possibilité de prendre des décisions en regard des changements (Liker, 2006).

Amélioration continue

Enfin, la quatrième catégorie de principes consiste à ce que chaque personne de l'organisation soit présente sur le terrain, c'est-à-dire sur les lieux de travail pour être en mesure de guider la résolution de problèmes en prenant le temps nécessaire d'étudier attentivement en équipe toutes les options possibles et d'appliquer les prises de décisions le plus rapidement possible. Il importe que tous aient une réflexion systématique sur le processus et que l'amélioration de l'organisation soit en continu. Les catégories et principes sont illustrés à la Figure 1.

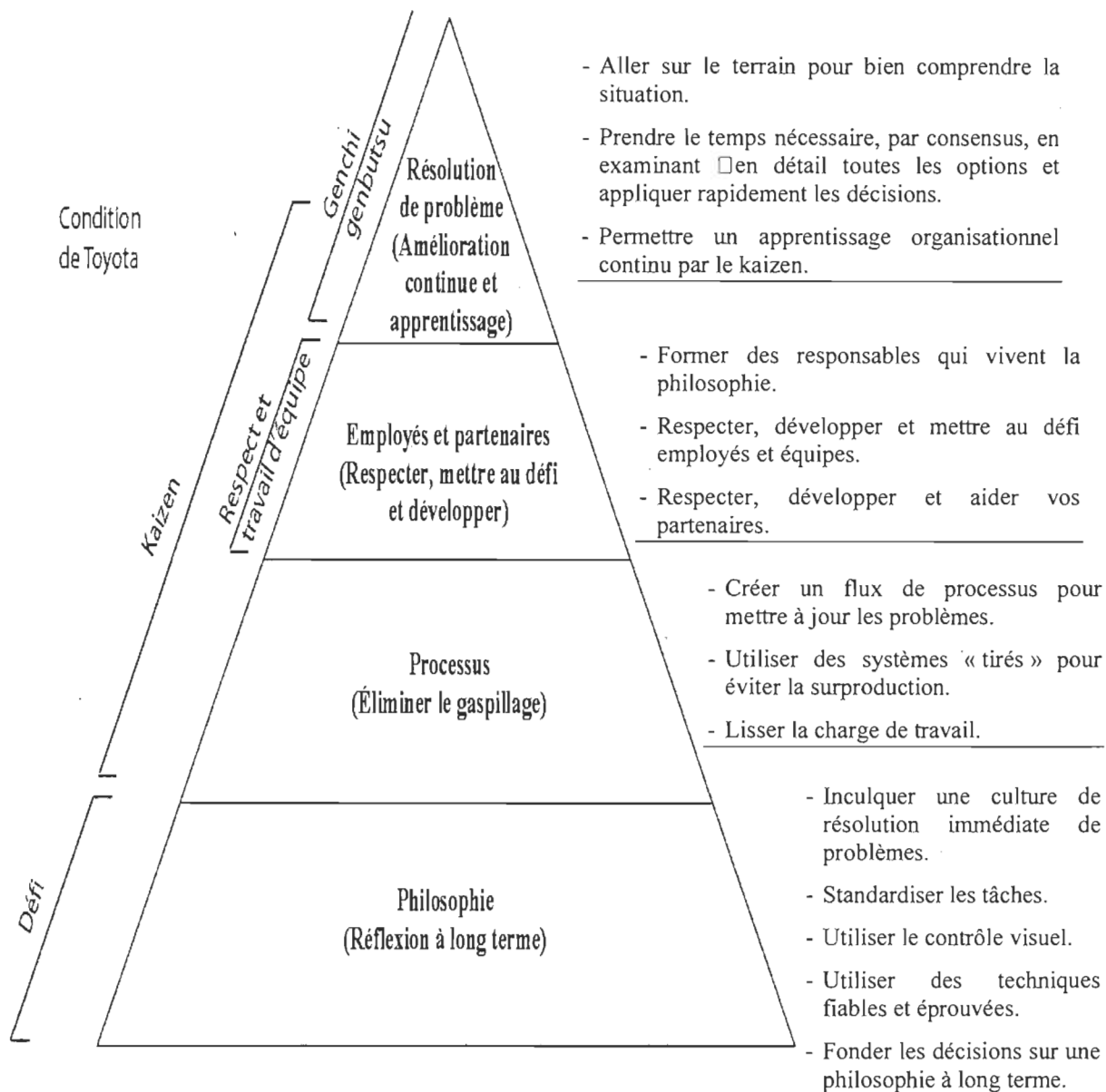


Figure 1. Modèle Toyota selon les quatre catégories de principes (Liker, 2006, p. 7).

Le lean vise à standardiser les processus de travail en utilisant les ressources sous toutes leurs formes de façon la plus efficiente possible (Kim, Spahlinger, Kin, & Billi, 2006). Il consiste essentiellement à analyser les processus de travail dans le but

d'identifier les sources de gaspillage *Muda*, en japonais, et de conserver uniquement la valeur ajoutée (Liker, 2006). La valeur ajoutée est définie comme étant ce qui apporte une plus-value à l'organisation. Dans tout processus de travail, il existe deux types d'actions, soit les actions qui contribuent à ajouter de la valeur au produit ou au service, c'est-à-dire des actions à valeur ajoutée (AVA), et celles qui utilisent du temps et des ressources humaines, matérielles et/ou financières inutilement donc qui n'ajoutent aucune valeur au produit ou au service. Les actions à non-valeur ajoutée (ANVA) sont des gaspillages sous plusieurs formes. Liker (2006) identifie huit types de gaspillage dans un processus de production, lesquels sont les suivants :

1. La surproduction. La surproduction est définie comme étant de réaliser plus de tâches que demandé ou de ne pas effectuer justement ce qui a été demandé. Cela peut engendrer des gaspillages dont des redondances d'examens ou de formulaires contenant la même information ou des surplus d'inventaires;
2. L'attente. Il peut s'agir de l'attente du personnel avant d'effectuer une prochaine étape dans le processus, par exemple l'attente de la désinfection d'une civière avant l'admission du prochain client. L'attente peut également être vécue par la clientèle avant d'accéder au service prévu;
3. L'inventaire. Ce type de gaspillage représente tout le matériel en surplus que peut avoir un département. Le matériel en surplus ayant des dates d'expiration représente un gaspillage de ressources financières;
4. Le transport. Le transport inutile peut avoir lieu lors du déplacement des patients ou de matériaux;

5. Les actions inutiles ou mal faites. Cet élément de gaspillage fait référence aux processus mal conçus ou encore à des outils dysfonctionnels;
6. Les mouvements. Cet élément de gaspillage réfère aux gestes inutiles qui sont faits par les employés et qui n'ajoutent aucune valeur tels que chercher de l'information, marcher entre différentes actions à faire. Ce gaspillage dans les hôpitaux est souvent dû à un environnement de travail mal conçu;
7. Les défauts. Cet élément de gaspillage réfère aux défauts qui correspondent à ce qui doit être revu, corrigé ou refait et qui représente une perte de temps considérable dans le processus, par exemple des erreurs de médication ou de l'information manquante;
8. La créativité inexploitée. La créativité inexploitée consiste, par exemple, à ne pas se servir de l'expérience et de la créativité de l'équipe de soins dans les possibilités d'amélioration des processus de soins.

Concepts pour l'implantation de la méthode lean

Plusieurs techniques et concepts ont été conçus pour implanter la méthode lean. Certains outils permettent de réduire ou d'éliminer les gaspillages en standardisant les processus (Manos et al., 2006). Des exemples d'outils, techniques et concepts sont énoncés dans les prochaines pages.

Premier concept : la cartographie

La cartographie des processus ou *value-stream mapping* (VSM) est un outil qui permet d'analyser la chaîne de valeur. La chaîne de valeur représente chaque étape du processus qui contribue à ajouter de la valeur à la production du bien ou du service. Cet outil est l'un des plus puissants outils utilisés en lean puisqu'il permet d'identifier directement le gaspillage et d'établir un plan d'action pour une amélioration des processus. Cet outil est celui qui est le plus appliqué dans les projets de réorganisation du travail (Martin, Champion, Kinsman, & Kevin Masman, 2010; Poksinska, 2010).

Deuxième concept : le juste-à-temps

Le Juste à temps (JAT) est un principe selon lequel la livraison du matériel doit se faire juste avant que ce dernier soit à court. Ce concept consiste à créer la bonne pièce, en bonne quantité et au bon moment. Pour y parvenir, le système de production dépend du flux. Le flux réfère à un ensemble d'activités qui permettent de synchroniser, coordonner et fluidifier les étapes afin de parvenir à la production du bien ou du service (Corporation d'hébergement du Québec, 2011b). Un flux continu est un flux sans arrêt et sans stockage. Il existe plusieurs types dont le flux patient, le flux professionnel/employé, le flux matériel, le flux information, etc. Ce système s'applique aux processus de travail. Les patients doivent être transportés de leur chambre au lieu d'examen au bon moment de manière à ce que le patient ne soit pas obligé d'attendre pendant une heure dans le corridor en attendant que la salle d'examen soit prête.

Troisième concept : le kanban

Le kanban est un système de notification qui permet de savoir quand un besoin à un poste est nécessaire. Il est étroitement lié au JAT car il agit à titre de signal lorsque la production d'un bien ou d'un service est retardée ou en avance, soit en aval ou en amont. Cela permet d'éviter le manque ou la surproduction de matériel ou encore le surplus ou le manque d'employés lors d'un quart de travail.

Quatrième concept : l'activité kaizen

Ce terme japonais signifie « amélioration continue ». Kaizen fait référence à l'amélioration continue au sein d'une organisation. Selon Womack et al. (1991), l'amélioration continue est atteinte lorsque l'ensemble des employés travaillent de pair et sont motivés à participer à l'implantation de la méthode lean. L'organisation visant à implanter la méthode lean doit s'imprégner totalement de la culture d'amélioration continue. Il est nécessaire que les différents acteurs de l'organisation s'impliquent à part égale dans ce processus qui vise à éliminer les actions à non-valeur ajoutée (Liker, 2006; Spear & Bowen, 1999). La participation des employés dans l'optimisation des processus est très importante car ce sont les acteurs en place qui sont les mieux placés pour trouver des solutions aux problèmes encourus dans l'organisation (Liker, 2006; Ng et al., 2010). Plusieurs auteurs affirment que pour que la démarche d'amélioration continue soit réussie, les employés doivent interpréter le lean comme étant un tout et non comme étant une simple boîte à outils (Poksinska, 2010; Joosten, Bongers, & Janssen, 2009).

Le terme kaizen représente également un évènement d'une durée moyenne de trois à cinq jours, où les employés (prestataires de soins) et les gestionnaires développent ensemble des solutions pour l'amélioration des processus de travail (Dickson, Anguelov, Vetterick, Eller, & Singh, 2009). Cet évènement est nommé un *kaizen blitz* ou encore une session kaizen. Pour ce faire, l'équipe kaizen doit tout d'abord s'imprégner de la philosophie lean dans le but de créer une culture dans leur organisation. Par la suite, l'équipe fait ressortir les sources de dysfonctionnements dans les processus de production de soins et de services. Il est, par la suite, possible de cartographier les processus de production de biens et de services pour être en mesure de visualiser la chaîne de valeur. À partir de cette cartographie, il est possible d'identifier les sources de dysfonctionnements. Après avoir identifié les goulots d'étranglements, c'est-à-dire les points d'engorgement dans le processus, un plan d'action est élaboré et habituellement mis en place en 20 jours. Le suivi post-implantation de projet est un facteur déterminant au succès du projet (Sinocchi & Bernstein, 2011). La direction ainsi que les chefs de projets lean doivent faire preuve de leadership dans la conduite de projets (Aherne, 2007; Holden, 2011).

Cinquième concept : 5S

L'outil 5S est utilisé pour nettoyer et organiser une unité de travail de façon à optimiser les actions et opérations du personnel. L'organisation physique des lieux peut éliminer beaucoup de gaspillages, de déplacements et de transport. Cet outil est utilisé pour atténuer certaines problématiques, par exemple le temps perdu à chercher du

matériel ou certaines choses, des espaces de travail avec des problèmes d'hygiène et de salubrité, des accidents de travail dus à des espaces de travail non conformes ou des ambiguïtés dans les processus de travail, etc. L'application de cet outil s'avère utile pour le fonctionnement du personnel régulier mais également s'avère aidant pour le personnel non familier avec les lieux de travail. L'uniformisation des espaces de travail aide le personnel à s'y retrouver plus facilement. Le nom 5S réfère à cinq mots ou phrases qui correspondent à la standardisation des espaces de travail. « Une place pour chaque chose et chaque chose à sa place » est un bon résumé du 5S. À la page suivante, le Tableau 2 présente la signification de la méthode 5S.

Tableau 2

Signification de la méthode 5S

Mot japonais	Signification
Seiri	Sélectionner ou trier
Seiton	Situer ou ranger
Seiso	Scintiller ou nettoyer
Seiketsu	Standardiser ou appliquer les règles
Shitsuke	Suivre ou soutenir

Source : Landry (2010b).

Implantation du lean healthcare

Le modèle lean de Toyota a démontré plusieurs effets bénéfiques pour les organisations de santé ailleurs dans le monde ainsi qu'au Québec. Les retombées positives du lean healthcare encouragent donc l'utilisation de ce modèle pour la présente étude. Dans le cadre de ce projet actuel, les chercheurs agiront à titre de formateurs auprès du personnel du CSSSM pour partager leurs connaissances en lean healthcare et tenter de créer une culture d'amélioration continue et un système lean à travers le service de l'urgence. Par ailleurs, certains outils lean seront appliqués dont, entre autres, une cartographie du flux patient et du processus de soins aux patients à l'urgence ainsi qu'une session kaizen. L'implantation du lean healthcare permettra possiblement au CSSSM d'optimiser l'organisation du travail dans le contexte particulier d'une urgence sur deux étages, de standardiser les rôles et responsabilités de chacun et de diminuer le temps supplémentaire chez les infirmières.

Recension des écrits

La revue de la littérature est divisée selon trois thèmes principaux. Le premier thème traite du concept lean healthcare et son cadre de travail. Le deuxième thème traite de l'effet de l'implantation du lean dans les hôpitaux à travers le monde et plus particulièrement au Québec. Finalement, une revue de la littérature sur l'organisation du travail en milieu hospitalier, plus particulièrement à l'urgence, est présentée.

Lean healthcare

L'implantation d'un processus lean dans un milieu de soins se fait en plusieurs étapes. Les étapes de l'implantation de cette philosophie peuvent différer quelque peu selon les auteurs. Selon Womack et Jones (2005), le système de production lean est un processus composé de cinq étapes. D'autres auteurs identifient trois étapes importantes qui conduisent également au succès de l'implantation du lean healthcare et du changement (Bahensky, Roe, & Bolton, 2005; Dickson, Singh, Cheung, Wyatt, & Nugent, 2009; Fillingham, 2007; Lodge & Bamford, 2008; Spear, 2006). En somme, il importe de conduire les étapes clés pour une implantation de la méthode lean avec succès.

Selon certains auteurs, les premières étapes du processus lean consiste essentiellement à introduire les principes fondamentaux, les méthodes et les outils du lean auprès des futurs utilisateurs de cette approche (Bahensky et al., 2005;

Dickson et al., 2009; Fillingham, 2007; Lodge & Bamford, 2008; Spear, 2006). L'idée est de créer une base de connaissances pour les travailleurs en offrant une formation de quelques heures sur les concepts fondamentaux du lean (Naik et al., 2012). Il importe, tout d'abord, de former les leaders dans l'organisation et ceux qui agiront en tant que responsables du projet. Par la suite, tous les gens qui seront impliqués dans le processus de changement et qui accomplissent le travail au quotidien recevront eux aussi la formation. Lorsque des connaissances de base sont fournies à un groupe limité de travailleurs, il est démontré que ces derniers transmettront leurs nouveaux acquis à leur entourage et collègues. Certaines organisations engagent des consultants externes pour la formation alors que d'autres préfèrent former certains membres du personnel qui deviendront à leur tour formateurs pour tous les membres de l'organisation (Aherne, 2007; Ballé & Regnier, 2007; Kaplan & Patterson, 2008;). Selon ces cinq mêmes auteurs, les connaissances, la créativité et l'engagement sont très importants pour bâtir une organisation lean qui demeurera viable. Dans ce sens, l'implantation du lean ne devrait pas être assurée par des consultants externes mais bien par les employés mêmes qui initieront et conduiront le mouvement. Poksinska (2010) décrit que c'est immédiatement à la suite de la formation que le personnel doit mettre en application les méthodes et les outils lean appris et faire ressortir leurs idées innovatrices et initier des projets pilotes.

Une fois les employés formés, il importe de définir ce qu'est la valeur aux yeux du client, notion importante de la méthode lean (Dart, 2010). Dans le milieu de la santé, le

client est le patient recevant des soins (Dart, 2010). La valeur aux yeux du patient pourrait être représentée, par exemple, par une prise de sang ou encore par une rencontre avec le médecin (Aherne, 2007). Dans le domaine manufacturier, il y a toujours un seul client. Cependant, dans le domaine de la santé, les familles, les professionnels de la santé ainsi que l'organisation gouvernementale bénéficiant également du lean sont considérés comme des clients.

Dans l'utilisation de la méthode lean, il est également nécessaire de comprendre le processus de production de biens ou de services dans le but d'identifier les activités problématiques. Chaque étape du processus de soins et de services est alors cartographiée. Cet outil consiste à schématiser chaque étape du processus dans le but de comprendre quand, où et comment les gens se déplacent ainsi que la manière dont chaque étape du processus est séquencée (Ben-Tovim et al., 2007). Toutes les étapes par lesquelles un patient passe lors de sa prise en charge allant de la communication entre professionnels et départements à l'approvisionnement du matériel ou aux soins administrés au patient peuvent être visualisées à l'aide d'une cartographie des processus, connue aussi sous le terme de *value stream mapping* (VSM) (L'Hommedieu & Kappeler, 2010). La cartographie des processus actuels (*current state VSM*) consiste à illustrer les étapes courantes, les délais et la circulation de l'information du processus ou encore à effectuer une cartographie de l'état du processus souhaité (*future state VSM*) (Teichgräber & de Bucourt, 2012). De par cette cartographie, il est possible de visualiser la chaîne de valeur actuelle, autrement dit les sources de dysfonctionnement dans les

processus en temps réel (Martin, Champion, Kinsman, & Kevin Masman, 2011; Ng et al., 2010). Cet outil lean est très populaire et largement utilisé pour l'application du *lean healthcare* (Poksinska, 2010).

La cartographie des processus permet au personnel de comprendre rapidement l'origine des problèmes. Cet outil aide le personnel à comprendre que le travail qu'il effectue est inclus dans un processus et que tout processus peut être amélioré (Fillingham, 2007). La cartographie est utilisée pour s'assurer que les meilleures pratiques sont appliquées ainsi que pour éliminer toutes les composantes de soins qui ne sont pas nécessaires (Blackmore et al., 2011). Selon Jones (2006), un des thèmes fréquents de discussion concernant le lean dans les organisations est le chemin qu'empruntent les patients et le parcours qu'ils ont au travers de leur hospitalisation. Selon Jones, si les organisations catégorisaient la grande variété de patients avec différentes conditions de santé en groupes de patients nécessitant le même genre de soins, le flux de patients serait amélioré. Les sources de gaspillages ayant été identifiées, il est alors possible d'apporter les correctifs nécessaires pour améliorer le fonctionnement.

Des auteurs démontrent que l'utilisation de la cartographie des processus dans l'implantation d'une démarche lean s'avère très utile (Ben-Tovim et al., 2007; Dickson et al., 2008; Kim, Hayman, & Billi, 2007; Papadopoulos & Merali, 2008; Massey & Williams, 2005). Ces auteurs dénotent avoir conduit des projets lean où l'objectif était

de réduire les délais de prise en charge et l'élimination de gaspillage dans les processus. Ayant cartographié les processus, ces auteurs ont été en mesure d'analyser le flux des patients, de déterminer le temps requis pour chaque étape du processus et ils ont identifié les AVA et les ANVA. Par la suite, tous ont été en mesure de mettre sur pied un plan d'action pour planifier le changement établi par le personnel de premier plan. La création de flux rapides et efficaces est un principe très important du lean (Mayer & Madore, 2012).

À la suite de la cartographie des processus de production de biens et de services, des équipes de cinq à dix personnes formées de personnel ayant des professions différentes et de plusieurs niveaux dans l'organisation analysent les causes des problèmes. Ces derniers génèrent et sélectionnent des solutions et des plans d'actions et évaluent, par la suite, les effets de ces changements (Simon & Canacari, 2012). Ces rencontres kaizen, permettent une amélioration rapide des processus (Mayer et al., 2012). Toujours selon Simon et Canacari, il n'y a pas de gabarit unique pour l'implantation du lean healthcare. Chaque unité de soins dans différentes organisations doit ajuster les méthodes et outils dans le but d'adapter le lean à la culture propre de leur environnement de soins.

Ensuite, il est essentiel d'améliorer le circuit ou la trajectoire de production et de régulariser le flux dans les processus en ayant préalablement identifié les sources de dysfonctionnements. Les pratiques de travail doivent être revues afin d'éliminer les erreurs et de diminuer les temps d'attente (Kollberg, Dahlgaard, & Brehmer, 2007). Il

importe aussi de mettre en place un flux tiré à partir de la clientèle c'est-à-dire, établir des actions selon les préoccupations de la clientèle. Ces actions doivent permettre d'ajouter de la valeur au produit ou au service qui est offert. Concrètement, cela signifie ne pas devoir « pousser » les patients dans le processus en espérant que cela accélèrera l'évolution. Les patients doivent plutôt être « tirés » dans le processus lorsque le personnel infirmier et médical est prêt à les accueillir (Fillingham, 2007). Voici un exemple de flux tiré : lorsque plusieurs patients séjournant sur des civières dans les urgences nécessitent non pas des soins aigus mais sont en attente d'un lit en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) cela ne fait pas en sorte que plus de places en CHSLD se libèreront. Si le système à flux tiré est appliqué, ce sont les CHSLD ayant une chambre libre qui doivent attendre que les patients soient admis. Actuellement, le Québec se place dans un système de flux poussé, ce qui est l'inverse de la méthode lean préconisée.

L'excellence fait partie du but visé par le lean. Il est stipulé que pour implanter la méthode lean, il est primordial de créer une culture d'amélioration continue et de travailler sans cesse à trouver ou à produire le processus parfait. Les changements doivent être conduits par un personnel engagé à 100 % dans la démarche (Spear, 2006; Dickson et al., 2009; Nelson-Peterson & Leppa, 2007).

Conditions facilitantes du lean healthcare

Il est démontré que les facilitateurs du changement en lean healthcare sont pratiquement les mêmes que pour tout autre changement, peu importe le domaine (Poksinska, 2010). Plusieurs études (Aherne, 2007; Bahensky et al., 2005; Sirio et al., 2003) démontrent les trois mêmes principes favorisant l'implantation du lean (Poksinska, 2010). Le premier principe consiste à la participation et l'engagement du personnel impliqué dans les processus de soins et de services (Jimmerson, Weber, & Sobek, 2005). Le deuxième principe facilitateur est de miser sur le développement du personnel avant celui de l'organisation (Spear, 2006). En fournissant de la formation au personnel, ce dernier est en mesure de mettre à profit ses idées et initiatives auprès de l'organisation. Cette formation sert non seulement à fournir des outils et des méthodes de travail mais contribue également à l'établissement d'une nouvelle culture/approche où il est possible pour chacun d'exploiter ses propres habiletés et sa propre créativité (Kaplan & Patterson, 2008). Finalement, le troisième principe est que le soutien d'un chargé de projet ou encore d'un leader très motivé est essentiel (Bahensky et al., 2005; Fillingham, 2007). Nelson-Peterson et Leppa (2007) affirment que la présence quotidienne d'un responsable de projet est une condition primordiale à la réussite ou non du projet. Outre ces trois principes facilitateurs, la présence d'une direction formée et motivée, la collaboration et le travail d'équipe ainsi que la communication sont d'autres agents positifs du changement.

Par ailleurs, selon Holden (2011), chaque projet devrait être adapté au contexte local de l'organisation. Desmarais (2011) affirme que pour qu'un projet lean au Québec atteigne le succès, son contexte doit être compris. Il affirme : « le succès dépend essentiellement d'une bonne compréhension du milieu et de l'ajustement des objectifs et de la méthodologie en tenant compte de cette réalité ».

Barrières et défis du lean healthcare

Parmi les barrières les plus importantes, trois barrières seront développées dans les paragraphes ci-dessous. Tout d'abord, la première barrière consiste en la résistance des employés aux changements. Il peut être difficile de convaincre les employés que la démarche lean s'applique au domaine de la santé et qu'elle permettra une amélioration à plusieurs niveaux. De ce fait, les employés de l'urgence du CSSSM affirment se poser la question à savoir si l'implantation de la démarche lean saura réellement aider au fonctionnement et à l'amélioration du département. Cependant, il est démontré qu'une fois les employés formés, ces derniers commencent graduellement à s'apercevoir de tout le gaspillage de ressources dans l'organisation et comprennent que l'application de la méthode lean pourrait apporter plusieurs bénéfices (Jones, 2006).

Une deuxième barrière repose sur un des principes fondamentaux du lean, c'est-à-dire la valeur aux yeux du client. Dans le domaine manufacturier le client n'est représenté que par lui-même. Dans le domaine de la santé, le client est le patient. Ce dernier peut être représenté, par exemple, par les membres de la famille, les employés,

les gestionnaires de soins, les communautés locales, les payeurs de taxes, selon ce qu'est la valeur à leurs yeux respectivement. Pour être en mesure d'identifier la valeur ajoutée, il faut être en mesure d'identifier clairement le client pour ensuite pouvoir analyser les processus convenablement. Cette ambiguïté de l'identité du client peut donc parfois causer une barrière à l'implantation de la méthode lean (Endsley, Magill, & Godfrey, 2006; Bushell, Mobley, & Shelest, 2002; Young & McClean, 2009).

Une troisième barrière pouvant inhiber l'implantation du lean est la structure et le pouvoir organisationnel. La structure organisationnelle étant encore à ce jour hautement hiérarchique, les patrons ou leaders d'équipe sont généralement ceux qui prennent les décisions finales. Selon Poksinska (2010), le savoir professionnel représente le pouvoir organisationnel. Dans le domaine de la santé, les rôles de patrons et de leaders d'équipe sont souvent destinés aux médecins. Cependant, toujours selon Poksinska (2010), ces derniers sont des individus hautement formés pour agir de façon la plus autonome possible. Toutefois, selon l'optique lean, des aptitudes de travail d'équipe, de collaboration et de communication sont nécessaires. Selon Patterson (2010), il est bénéfique de travailler en collaboration avec les médecins et non de travailler en tant que deux départements distincts. Cela contribuera à améliorer plusieurs éléments au niveau du processus de soins, en passant tout d'abord par la communication.

Importance d'un chargé de projet dans la gestion du changement et dans l'implantation du lean

Les projets lean sont complexes et demandent énormément de coordination, de temps et d'effort pour les mener à réussite (Papadopoulos & Merali, 2008). Lorsque les organisations visent l'implantation de la méthode lean, plusieurs se concentrent sur la recherche de solutions plutôt techniques dans le but d'améliorer les processus le plus rapidement possible (Mazzocato, Savage, Brommels, Aronsson, & Thor, 2010). Or, ces organisations croient qu'en dictant à leurs employés la façon dont ils doivent appliquer le lean, des bénéfices viables seront présents. Ces organisations ne perçoivent pas clairement que les chargés de projets facilitent les apprentissages des employés et qu'ils assurent la survie du projet (Fujimoto, 1999; Spear & Bowen, 1999; Womack, 2011). Les organisations doivent désigner un chargé de projet et/ou un mentor en lean dès le début de la mise en place du projet, cela est une condition garante de succès (Cookson, Read, Mukherjee, & Cooke, 2011). Il est démontré que sans un chargé de projet, le projet lui-même peut moins bien fonctionner (Simon & Canacari, 2012). Les leaders du projet lean contribuent à aider les équipes à chercher des solutions aux problèmes sans toutefois le faire pour eux (Ben-Tovim et al., 2007; Spear, 2006).

Effet du lean dans les hôpitaux au niveau mondial et au Québec

L'application du lean healthcare dans différents établissements de santé à travers le monde dont en Australie, en Angleterre et aux États-Unis a eu de nombreuses retombées positives (Dickson et al., 2009; Holden, 2011; Mazzocato et al., 2010; Ng et al., 2010; Poksinska, 2010). Jusqu'à maintenant, les études ont démontré davantage d'effets du

lean sur les temps d'attente avant de voir un médecin que sur les résultats de soins aux patients et sur la performance au travail des différents professionnels de la santé (Millard, 2011).

Holden (2011) a effectué une revue critique de 18 articles, ayant été publiés entre 2005 et 2010, décrivant l'implantation de la méthode lean dans des urgences aux États-Unis, en Australie ainsi qu'au Canada. À la suite d'une démarche lean, des effets ont été notés au niveau des employés, sur les processus de soins aux patients ainsi que sur la performance globale du système de santé. Plusieurs employés se sont vus mieux informés de leur travail tel qu'il est réellement, plus à l'affût des différentes problématiques dans leur milieu de travail, se sont imprégnés davantage des valeurs de l'organisation et ont des attitudes plus proactives en regard des problèmes. Les employés sont plus enclins à trouver des solutions pour résoudre les difficultés vécues (Jimmerson et al., 2005; Manos et al., 2006; Kaplan & Patterson, 2008). Ces mêmes employés sont donc devenus motivés face à la mise en place d'outils et d'activités pour un virage lean et étaient moins résistants aux changements ou à l'implantation du changement. Holden (2011) constate aussi que les employés étaient plus courtois, plus patients, qu'ils se disaient davantage satisfaits de leur travail, et ce, possiblement en raison d'une charge de travail diminuée associée à la standardisation du travail et au lissage des processus de soins. Les employés affirmaient donc être moins enclins à démissionner de leur emploi. Selon Dickson et al. (2009), plus les employés de front sont impliqués dans la démarche d'amélioration continue de l'organisation, plus l'organisation applique à la lettre les

principes Toyota, plus les résultats sont immédiats et très positifs. Certaines mesures de performance liées aux employés, dont la diminution des heures supplémentaires, ont également été notées (Jimmerson et al., 2005; Raab, Andrew-Jaja, Condel, & Dabbs, 2006).

Parmi les nombreux effets positifs de l'implantation du lean sur les patients, il est possible de noter l'amélioration de la satisfaction générale des patients, une diminution de la proportion de patients qui se présentent à l'urgence à nouveau après avoir obtenu leur congé quelques jours auparavant et une diminution des rapports d'incidents-accidents. De plus, lorsque les patients sont informés des temps d'attente à l'urgence, les chercheurs ont noté une augmentation de la tolérance face à ces délais d'attente (Ben-Tovim et al., 2007; Dickson et al., 2009; Ieraci, Digiusto, & Sonntag, 2008; King, Ben-Tovim, & Bassham, 2006).

Certains auteurs font aussi ressortir d'autres effets positifs dont la diminution de la durée totale d'hospitalisation, la diminution du nombre de patients quittant l'urgence sans avoir préalablement été examinés par un médecin, une diminution du temps d'attente avant de voir un médecin, une diminution du temps entre le moment de décision d'admettre un patient et son admission réelle et une amélioration dans le fonctionnement de l'urgence selon les perceptions des employés (Dickson et al., 2009; Ieraci et al., 2008; Kelly, Bryant, & Cox, 2007; Ng et al., 2010).

Parmi les mesures de performance, des auteurs notent une augmentation des patients vus et traités à l'urgence (Ben-Tovim et al., 2007), une réduction du nombre d'erreurs et d'incidents ainsi qu'une augmentation de la satisfaction des patients et des employés (Jimmerson et al., 2005; Kaplan & Patterson, 2008; Massey & Williams, 2005), une diminution des coûts d'inventaire et une réduction dans les déplacements faits par les patients et par les employés (Raab et al., 2006).

En Amérique du Nord et plus particulièrement au Québec, les organisations de soins de santé se montrent de plus en plus intéressées à entreprendre une démarche lean. Aux États-Unis, le phénomène du lean healthcare a débuté au début des années 2000 au *Virginia Mason Medical Centre* de Seattle et au *ThedaCare* dans l'état du Wisconsin. Ces deux hôpitaux ont créé leur propre adaptation de l'approche lean qui ont toutes deux été un franc succès (Albright, 2008; ThedaCare, 2012). Tout comme le CSSSM, un petit hôpital dans une région rurale des États-Unis s'est engagé dans une démarche lean de trois ans conjointement à une université locale (Snyder & McDermott, 2009). Malgré peu de ressources financières, cette organisation a été en mesure d'appliquer à la lettre le lean et a mesuré des résultats positifs quant à la disponibilité du matériel, au flux des patients ainsi qu'aux outils relatifs à la documentation infirmière (Snyder & McDermott, 2009). Au Canada, l'Ontario et le Manitoba ont été les premières provinces à s'intéresser à cette méthode de gestion. Fine, Golden, Hannam et Morra (2009) ont démontré que l'implantation de la démarche lean a fait succès dans cinq hôpitaux canadiens. Pour plusieurs raisons différentes allant des longs délais d'attente aux urgences en passant par

le désir de transformation pour améliorer la qualité des soins et services aux patients jusqu'à l'objectif de transformer la culture de l'organisation entière, ces hôpitaux se sont lancés dans une démarche de réorganisation des soins et des services (Fine et al., 2009). En post-implantation de la démarche lean, tous les hôpitaux ont fait ressortir plusieurs points positifs dont une diminution des temps d'attente et de la durée d'hospitalisation, une amélioration de l'usage des salles d'opération, une augmentation de l'utilisation du service d'imagerie médicale par période de temps ainsi qu'une amélioration du contrôle des infections (Fine et al., 2009). Selon Hill (2011), les hôpitaux du Canada doivent recourir aux pratiques du lean car les ressources humaines et financières diminuent rapidement alors que les coûts et la demande de soins augmentent plus rapidement que jamais. Hill (2011) affirme qu'en déployant le lean healthcare dans les hôpitaux canadiens d'ici 2015, le gouvernement fédéral réussira à contrer un système de santé présentement insoutenable.

Au Québec, depuis 2008, plusieurs hôpitaux prennent de plus en plus connaissance et mettent en place certains outils d'amélioration continue du milieu manufacturier pour revoir leurs processus organisationnels et logistiques (Blais, Lagacé, & St-Pierre, 2009; 2009; Friset & Provencher, 2009; St-Pierre, Lagacé, Leblanc, & Bélanger, 2010; St-Pierre, Lazzara, Leblanc, & Gascon, 2010). Le premier projet lean québécois répertorié est celui qui a été conduit par l'ancien directeur de l'hôpital de Val-d'Or et ancien ministre de la Santé du Québec, M. Yves Bolduc, au bloc opératoire (Radio-Canada, 2010a, 2010b). Cette même organisation désire également devenir le premier CSSS

entièrement lean au Québec (Radio-Canada, 2010a). Entre 2008 et 2010, 27 projets d'organisation du travail ont été subventionnés par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) pour un total de 81 millions de dollars (Dubois & D'Amour, 2011). À travers les objectifs de ces projets d'organisation du travail, trois principales cibles sont ressorties, soit la main d'œuvre, l'organisation du travail et l'accessibilité aux soins de santé. Les projets avaient comme mandat d'assurer la disponibilité de la main d'œuvre en quantité suffisante et de façon stable pour répondre aux besoins des clients. De par cet objectif, l'élimination progressive de la main d'œuvre indépendante et la réduction du temps supplémentaire, y compris le temps obligatoire, était visée. Ensuite, il était nécessaire d'optimiser les modes de dispensation des soins et des services et les modalités d'organisation du travail pour assurer une utilisation optimale des ressources humaines disponibles. Finalement, l'assurance de l'accessibilité aux services et la qualité des soins pour la population étaient primordiales (Dubois & D'Amour, 2011). Une urgentologue de la région de la Mauricie a, en 2009, mis sur pied un projet qui avait comme mandat de mesurer l'impact de l'approche lean healthcare sur la pratique médicale (Garneau, 2009). L'urgence du Centre Hospitalier Cloutier du Rivage de Trois-Rivières faisait face à des problèmes d'ordre organisationnel dont de longs délais d'attente des patients ambulants ainsi que des patients couchés sur civières et une diminution de la satisfaction au travail des employés de l'urgence. À la suite de l'application des principes lean, les changements suivants ont été notés : une diminution du délai de prise en charge des patients ambulants à moins de deux heures d'attente, ce qui correspond à l'objectif préétabli, une diminution considérable de la durée moyenne

de séjour sur civière passant de 17,4 heures à 4,2 heures, une diminution de plus de 50 % des patients quittant sans avoir été vus par un médecin ainsi qu'une diminution des inventaires de 50 % (Garneau, 2009). Des résultats très positifs reliés au personnel ont également été notés, dont une amélioration de la satisfaction des employés en raison d'une amélioration de la qualité de vie au travail, d'une augmentation de la productivité, d'une diminution des irritants, d'une amélioration du recrutement et d'une meilleure collaboration interdisciplinaire (Garneau, 2009). De plus, à la suite du réaménagement physique de l'urgence, les déplacements des patients et du personnel ont considérablement été réduits. Un patient qui devait parcourir 265 mètres lors d'une visite à l'urgence du CSSSTR diminue aujourd'hui ses déplacements d'environ 60 mètres (Garneau, 2009). Cette urgence est décrite comme la première urgence entièrement lean au Québec (Le Nouvelliste, 2010). Selon les projets de réorganisation du travail qui ont eu lieu, certains se sont montrés efficaces et d'autres moins. L'application de l'approche Lean healthcare dans les différents services a permis de recueillir certaines données sur le fonctionnement du service et les processus de soins et de services. La méthode a également été appliquée pour mettre en évidence le degré de fluidité dans les déplacements des patients à travers les différents services de l'organisation. Par ailleurs, en octobre 2011, trois hôpitaux québécois (le Centre Universitaire de Québec à l'Hôpital Saint-François d'Assise, le CSSS du Sud-Ouest-Verdun et le CSSS Jardins Roussillon) ont également été sélectionnés et subventionnés par le MSSS pour une réorganisation systématique du travail selon la méthode lean de Toyota (MSSS, 2011b). L'implantation

de la méthode lean dans ces organisations a été initiée conjointement avec la firme de consultation Fujitsu pour un montant de 11,8 millions de dollars (Roy, 2011).

Organisation du travail

Depuis plusieurs années, les urgences du Québec doivent faire face à des coupures budgétaires et à une diminution du financement par le gouvernement (Corporation d'hébergement du Québec, 2011b; Villeneuve et al., 2008) alors que la demande de services pour ce secteur est en hausse (Juneau et al., 2011). Face à ces faits, les organisations de soins doivent s'adapter dans le but de maintenir le cap et de continuer à offrir des soins de qualité. Sont directement liés au dysfonctionnement des organisations de santé, les processus de soins et de travail inefficients (Holden, 2011). L'étendue de la pratique des professionnels de la santé, la continuité des soins, l'alignement des services aux besoins des patients, l'ensemble des services par lesquels le patient passe au cours de son épisode de soins et l'environnement de travail des professionnels de la santé font partie de ces processus de soins et de travail (Dubois & D'Amour, 2011). Ces derniers sont la pierre angulaire du rendement des organisations de la santé (Jacobsen, 2008). Les processus efficaces contribuent, par exemple, à réduire les coûts, les gaspillages sous toutes formes et les séjours d'hospitalisation. À l'inverse, des processus de soins inopérants sont souvent responsables d'une détérioration de la productivité globale de l'organisation (Holden, 2011; Mazzocato et al., 2012).

L'organisation du travail en milieu hospitalier est la plaque tournante de l'efficacité et de la satisfaction de tous (Bédard, Benoit & Viens, 2005). Plusieurs facteurs sont responsables de l'efficacité et de la satisfaction et contribuent ou non au bon fonctionnement des équipes de travail. Les processus de soins aux patients sont directement reliés au travail accompli par les infirmières (O'Neill, Jones, Bennett, & Lewis, 2011). O'Neill et al. ont démontré que la compréhension de ces processus permet non seulement de les améliorer mais également d'augmenter la fluidité des services offerts aux patients. Selon la Corporation d'hébergement du Québec (2011b), le personnel de l'urgence subit beaucoup de pression et les conditions de travail sont souvent une des problématiques en cause. Bédard et al. (2005) identifient cinq éléments qui influencent l'organisation du travail et sur lesquels il est important d'agir pour apporter une amélioration au milieu de soins. Ces cinq facteurs sont le contexte de soins, la structure de travail, la culture du milieu de soins, le leadership ainsi que la complexité de ces quatre facteurs. Chacun des cinq facteurs est explicité dans les paragraphes suivants.

Le premier facteur est le contexte. Tout d'abord, il faut tenir compte du contexte organisationnel, c'est-à-dire le lien qui existe entre l'organisation elle-même et son environnement. Certaines variables, dont la pénurie de personnel, encore plus majeure en milieu rurale, l'augmentation des heures supplémentaires, la hausse de la clientèle, la détérioration du climat de travail et les espaces physiques restreints, sont directement liées à la nature du contexte et contribuent à des transformations organisationnelles

négligentes (Bédard et al., 2005; MSSS & Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2006).

Le deuxième facteur est la structure de travail de l'environnement de soins qui a une influence sur l'efficacité. Dans certaines unités de soins, le personnel travaille de façon bien indépendante sans se soucier ou se préoccuper de l'ensemble de l'équipe alors que dans d'autres unités de soins, le personnel coopère et travaille en collaboration pour orienter leurs efforts vers le même but (Kilner & Sheppard, 2010). L'implication des différents partenaires, dont les médecins, les syndicats et les associations professionnelles, aide à l'établissement d'une structure de travail solidement ancrée. En milieu rural, comme pour le CSSSM, les médecins d'urgence étant moins nombreux, des médecins provenant d'autres territoires agissent à titre de médecins dépanneurs. Ces derniers doivent cependant adapter leur pratique aux coutumes de l'établissement. Il devient très important que l'équipe de soins en place guide le médecin dépanneur dans le but d'assurer une continuité de services et des soins de qualité. Une étroite collaboration entre le médecin dépanneur et l'équipe de soins est nécessaire pour assurer la pérennité du service.

Le troisième facteur est la culture. La culture soutenue sur l'unité de soins a une influence sur l'organisation du travail. La culture étant véhiculée comme un ensemble de valeurs, d'habitudes, de croyances et une vision fait en sorte que dans un même hôpital plusieurs cultures peuvent être présentes (Bédard et al., 2005). Tout comme dans le

domaine manufacturier, les hôpitaux fonctionnent souvent en silo, c'est-à-dire indépendamment des autres départements ou fonctionnent selon ce qui est établi dans leur champ de professions. Selon Mazzocato et al., (2010), il est très important de franchir les frontières d'un département pour introduire un changement dans l'organisation entière. Il est donc très important que l'organisation désirant implanter la méthode lean le fasse dans son organisation en entier (Radnor, Wally, Stephens, & Bucci, 2006).

Le quatrième facteur, selon Bédard et al. (2005), est le leadership. Ce facteur fait référence aux comportements qu'ont les gestionnaires vis-à-vis leurs employés. Les leaders ont les rôles de soutenir, guider, encourager et accompagner le personnel quotidiennement. Comme il existe différents types de leadership, il n'est pas étonnant que chaque unité de soins ait ses particularités en matière d'organisation. Le ou les leaders principaux sur une unité de soins influencent directement la culture de cette dernière. Les caractéristiques qu'ont les leaders sont garantes du succès de l'implantation et de l'adoption du changement. Au CSSSM, dû à l'absence temporaire de leaders, la pérennité du projet a été mise en jeu.

Enfin, le cinquième facteur est la complexité des quatre facteurs. La complexité des problématiques vécues sur l'unité de soins, par exemple la performance en baisse, l'environnement physique mal conçu et les irritants sous toutes leurs formes ont une influence directe sur le fonctionnement de l'organisation des soins et du travail.

Les infirmières sont touchées par ces contraintes et cela se traduit par une démobilité de ces dernières. La complexité de plusieurs facteurs, dont le contexte de soins, la structure de travail ambiguë et un faible leadership, est vécue au CSSSM.

Rôles, tâches et responsabilités des infirmières. Selon le milieu de travail et l'environnement de soins, une infirmière a des rôles, tâches et fonctions distinctives et bien différentes. Cependant, il apparaît parfois difficile de distinguer les différents rôles, tâches et responsabilités de chaque infirmière. Pour un fonctionnement optimal, il est toutefois primordial de standardiser le travail de chacune (O'Neill et al., 2011). Selon la description de la standardisation du travail de Spear et Bowen (1999), tout le travail doit être hautement spécifique selon son contenu, ses séquences, le moment approprié pour le faire et son résultat, et ce, dans le but de réduire la variation de la façon dont les employés travaillent.

Bien évidemment, peu importe le lieu de pratique, l'infirmière doit assumer la responsabilité de l'ensemble des besoins bio-psycho-sociaux des patients sous ses soins. L'article 36 de la Loi sur les infirmiers et infirmières définit le champ d'exercice de la profession infirmière de la façon suivante :

L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs (OIIQ, 2010, p. 24).

Les infirmières œuvrant à l'urgence doivent posséder une large expertise et un jugement clinique exceptionnel dans le but d'être en mesure d'intervenir dans une multitude de situations plus urgentes les unes que les autres (OIIQ, 2007). Les infirmières d'urgence développent un niveau de compétence comparable à celui d'une infirmière d'unité spécialisée, tout en maintenant des connaissances variées, ce qui permet d'intervenir dans de multiples situations très complexes (MSSS & Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), 2006). Elles doivent être en mesure d'assurer une surveillance étroite et continue de la condition de santé des patients à l'aide de mesures hémodynamiques non-invasives et invasives à partir d'appareils technologiques ainsi qu'avoir la capacité d'anticiper les complications potentielles à survenir. De plus, l'infirmière d'urgence doit être en mesure d'établir une communication fonctionnelle tant auprès des patients qu'auprès de leurs proches. L'infirmière à l'urgence a plusieurs rôles, en voici quelques-uns (MSSS & AQESSS, 2006) :

- Planifier les interventions selon les priorités de l'urgence;
- Coordonner les activités diagnostiques et les consultations médicales;
- Collaborer étroitement avec les médecins et les autres membres de l'équipe dans la gestion de l'épisode de soins de l'urgence;
- Posséder des aptitudes pour la résolution de problèmes et pour la prise de décision;
- Avoir une connaissance globale de la situation de l'urgence;
- S'adapter aux changements rapides dans la cadence de travail;

- S'adapter à un environnement changeant, toujours en mouvement, et travailler souvent sous haute pression (MSSS & AQESSS, 2006, p.135).

Par ailleurs, selon l'OIIQ (2007) les infirmières travaillant à l'urgence ont certaines responsabilités, dont :

- Connaître les normes et les critères applicables dans le domaine des soins infirmiers, les procédures de soins de l'établissement, ainsi que les protocoles et ordonnances collectives de l'urgence;
- Utiliser les moyens pour garder à jour ses compétences;
- Répondre aux conditions requises pour poser les actes autorisés;
- Participer aux activités de formation de l'urgence, de même qu'à l'orientation et à l'intégration du nouveau personnel;
- Participer au processus d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins (OIIQ, 2007, p.135).

Bien que les rôles et responsabilités des infirmières travaillant à l'urgence soient bien établis, il arrive que ces dernières effectuent des tâches qui ne sont normalement pas contenues dans leurs fonctions dans le but d'assurer une qualité de soins optimale comme du travail clérical ou encore certaines tâches ménagères (O'Neill et al., 2011). Selon O'Neill et al. (2011), il existe de nombreux exemples de formes de gaspillages et d'ANVA dans les processus de travail des infirmières. La duplication, l'attente, les

déplacements non-nécessaires, le travail administratif, les tâches domestiques sont des exemples de ces gaspillages.

Hendrich, Chow, Skierczynski et Lu (2008) ont identifié trois cibles pour l'amélioration de l'efficacité des soins infirmiers, soit la documentation, la préparation et l'administration de médication et la coordination des soins. Par ailleurs, ces auteurs affirment également que des changements apportés au niveau de la technologie, des processus de travail ainsi qu'à l'organisation et au design de l'unité de soins permettraient une amélioration substantielle allouant plus de temps aux infirmières ainsi qu'une meilleure sécurité des soins aux patients. De plus, O'Neill et al. (2011) affirment que l'amélioration de la communication et de la transmission d'informations entre infirmières ainsi qu'après de tous les autres membres de l'équipe soignante est essentielle pour l'amélioration des processus de soins.

Devant faire face aux multiples contraintes en lien avec une organisation du travail déficiente, les infirmières se disent stressées et ne désirent plus travailler dans un environnement de travail déplaisant (Laschinger, Shamian, & Thomson, 2001). Ces mêmes auteurs ont démontré que 53 % des infirmières avaient pris la décision de quitter leur emploi en raison de conditions de travail désagréables. Devant ces faits, certaines organisations se retrouvent face à une situation de difficultés de rétention de personnel infirmier et cela apporte d'autres problématiques dont le temps supplémentaire obligatoire (MSSS, 2003).

Drebit, Ngan, Hay et Alamgir (2010) affirment qu'approximativement 24 % des infirmières canadiennes font des heures supplémentaires chaque semaine et que ce sont les infirmières travaillant aux unités d'urgence qui en font le plus. En juillet 2008, le MSSS lançait une stratégie ministérielle sur la main-d'œuvre en soins infirmiers. Un des principaux leviers d'action de cette stratégie ministérielle était l'organisation du travail. L'objectif était de diminuer de façon progressive le temps supplémentaire, d'éliminer progressivement la main-d'œuvre indépendante ainsi que le maintien et l'amélioration d'accessibilité aux services à la population (Dubois & D'Amour, 2011). Or, en 2013, il est possible de constater que ces objectifs, établis il y a maintenant cinq ans, ne sont pas accomplis. En fait, en 2012, les infirmières travaillant dans des établissements de santé du Québec ont fait 3,6 millions d'heures de travail supplémentaire, soit 700 000 heures de plus qu'il y a sept ans. Champagne (2010) affirme également que pendant ce temps, les infirmières des agences privées établissaient, elles aussi, des records travaillant 2,8 millions d'heures en 2009, soit presque le double d'il y a sept ans. Par la mise en place de mesures d'amélioration de l'organisation du travail, les établissements du réseau de la santé parviendront possiblement à atténuer ou à résoudre le problème relié aux ressources humaines infirmières. De plus, l'application de la méthode lean contribue de façon considérable à la diminution du temps supplémentaire obligatoire chez les infirmières (Van Lent, Goedbloed, & Van Harten, 2009).

Organisation du travail à l'urgence. Le système de santé québécois fait appel à la participation des différents partenaires du réseau de la santé, soit le secteur

préhospitalier, les services de première ligne, les soins hospitaliers, les ressources d'hébergement et les services de réadaptation, et ce, pour favoriser un fonctionnement optimal. Les urgences sont considérées comme étant la pierre angulaire du système de santé de sorte que ce secteur peut refléter les dysfonctionnements du réseau mais peut également contribuer à améliorer son bon fonctionnement. Or, le fonctionnement optimal de l'urgence est possible grâce à la collaboration de l'ensemble des composantes du réseau (MSSS & AQESSS, 2006).

Malgré une trajectoire relativement standardisée, les processus de soins à travers l'urgence sont assez complexes. La cartographie du processus de soins d'un patient de son arrivée à son congé est illustrée dans la section des résultats de ce mémoire. Lorsqu'un patient arrive à l'urgence, ce dernier doit immédiatement se rendre au secteur triage de l'urgence. Devant la salle où a lieu le triage, un certain nombre de sièges sont à la disposition des patients pour que ces derniers s'assoient en attendant que l'infirmière les appelle. Selon des normes fixées par le MSSS, le temps d'attente avant d'être évalué ne devrait pas excéder dix minutes (MSSS & AQESSS, 2006).

Le secteur triage relève strictement du personnel infirmier. Lors de l'arrivée des patients au triage, l'infirmière évalue le patient et détermine la gravité de son état. Selon le niveau de soins requis et le score à l'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ETG), le patient est soit dirigé vers une aire de traitement immédiatement et un accompagnateur doit compléter son inscription soit il est dirigé

vers l'inscription et, par la suite, dans la salle d'attente. À chaque niveau de priorité est associé un délai maximum d'attente acceptable. Au bout de ce délai, si le patient n'a pas encore été vu par un médecin, l'infirmière a la responsabilité de réévaluer le patient et de déterminer à nouveau son niveau de priorité. L'infirmière du triage doit donc demeurer à son poste même si aucun nouveau patient ne se présente puisqu'elle est responsable de tous les patients n'ayant pas encore été évalués par un médecin et doit assurer une gestion continue de la salle d'attente. La réévaluation de l'état du patient ne peut pallier la prise en charge médicale.

Selon l'évaluation de la condition physique et mentale faite par l'infirmière au triage et selon son jugement clinique, cette dernière peut décider d'appliquer des protocoles issus d'ordonnances collectives approuvées par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) et le conseil d'administration (CA) de l'organisation. Ces ordonnances collectives ont pour but d'accélérer le processus de soins à l'urgence en ayant recours, par exemple, à des mesures diagnostiques ou encore à des mesures thérapeutiques (Rowe et al., 2011). Il est nécessaire que l'infirmière au triage soit en mesure d'effectuer une évaluation complète d'un patient. Elle doit aussi posséder plusieurs compétences dont des aptitudes en communication et la capacité de mener une entrevue dans le but d'obtenir de l'information objective et subjective pertinente. Par ailleurs, l'infirmière au triage doit avoir une bonne connaissance des échelles d'évaluation de la douleur, des paramètres physiologiques de tous les âges, des

problèmes psychosociaux familiaux. Elle doit également avoir une connaissance approfondie de l'ETG et une connaissance des ressources communautaires.

Après avoir été évalués par un médecin, les patients demeureront soit ambulatoires ou seront couchés sur une civière. Le MSSS a fixé des normes quant à la durée moyenne de séjour (DMS) sur civière des patients non-hospitalisés et des patients hospitalisés, ces temps ne devraient pas dépasser respectivement huit heures et douze heures (MSSS & AQESSS, 2006). La DMS sur civière en 2012 dans les urgences était de 17 heures 30 minutes, ce qui dépasse largement la cible établie. Un palmarès d'évaluation de certains hôpitaux à travers le Québec a été effectué et il est possible de constater que seulement 27 hôpitaux sur 85 atteignent la cible de 12 heures (Cameron, 2013). Peu de données sont disponibles quant à la durée totale du séjour des patients ambulatoires mais il semble que cette durée est souvent démesurée. Ces délais sont possiblement causés, entre autres, par l'absence de ressources humaines, par les délais associés à l'évaluation par un médecin, par les délais liés aux examens diagnostiques et aux consultations des spécialistes ou encore en raison de la prise en charge des personnes âgées et des patients souffrant de problèmes de santé mentale. Le MSSS évalue que le séjour total des patients ambulatoires ne devrait pas aller au-delà de quatre heures (MSSS & AQESSS, 2006). Dans l'aire des patients ambulatoires, si le volume d'activité le justifie et s'il y a un médecin consacré à ce secteur, une infirmière travaille en tout temps de pair avec ce dernier pour apporter les soins médicaux requis aux patients. Dans ce secteur, les soins prodigués par l'infirmière sont plutôt des techniques de soins que des évaluations

cliniques. Plusieurs salles sont disponibles pour les soins et ont généralement leur caractère spécifique, par exemple salle de chirurgie mineure, de plâtre, de gynécologie, d'ophtalmologie et de traitement intraveineux.

Il est possible qu'après l'évaluation clinique, le médecin décide qu'il soit préférable qu'un patient soit couché sur une civière dans le but d'assurer une surveillance très étroite. Ces patients seront donc pris en charge par une infirmière. Dans le secteur des moniteurs cardiaques, le ratio infirmière-patients est d'environ 1 : 4 et dans le secteur sans monitoring, ce ratio se trouve augmenté à environ 1 : 5. Les ratios sont les mêmes pour les patients en attente d'hospitalisation et pour ceux qui n'ont pas encore été évalués par un médecin (MSSS & AQESSS, 2006). Dans ce secteur, l'infirmière a un rôle crucial d'évaluation et doit utiliser son jugement clinique de façon constante.

Il est également possible qu'un patient requiert des soins d'urgence immédiats. À ce moment, le patient en question sera conduit à l'aire de choc où une équipe constituée d'un médecin et d'une ou plus d'une infirmière(s) prendront en charge le patient. Minimale, une infirmière doit impérativement être affectée à ce secteur. Advenant la possibilité où l'aire de choc devient vacante, l'infirmière peut apporter son aide aux autres infirmières dans les différents secteurs de l'urgence mais doit demeurer disponible pour ce secteur en tout temps.

À la suite de la consultation médicale, il est possible qu'un patient soit hospitalisé à l'unité de court séjour (UCS) du CSSSM. L'admission de ces patients a lieu selon des critères pré-établis précis et un médecin agit en tant que responsable de l'unité. Le MSSS évalue que les patients admis à l'UCS doivent séjourner un maximum de 48 à 72 heures (MSSS & AQESSS, 2006).

Intégration des infirmières auxiliaires dans les urgences

Dû à une pénurie d'infirmières, certaines urgences ont pris la décision de revoir la structure de travail de l'urgence afin d'intégrer les infirmières auxiliaires (MSSS & AQESSS, 2006). Selon leur champ d'exercice et d'activités réservées et autorisées, ces professionnelles de la santé sont en mesure d'assurer des soins aux patients à l'urgence (Ordre des infirmières et des infirmiers auxiliaires du Québec, 2011). Travaillant de pair avec une infirmière, l'infirmière auxiliaire :

Contribue à l'évaluation de l'état de santé d'une personne et à la réalisation du plan de soins, à prodiguer des soins et traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie et fournir des soins palliatifs (Code des professions, 2013).

L'infirmière auxiliaire est en mesure d'effectuer neuf activités qui lui sont réservées. Toutefois, l'exercice des activités de l'infirmière auxiliaire est soumis à certaines conditions, dont la disponibilité d'une infirmière, dans le but d'une intervention rapide et le patient doit faire l'objet d'un Plan thérapeutique infirmier (PTI) (OIIAQ, 2011). L'infirmière auxiliaire n'est pas en mesure d'appliquer une ordonnance collective sauf si une infirmière a préalablement évalué le patient en question (OIIQ &

OIIAQ, 2012). Les infirmières auxiliaires pourraient donc être attirées à certains secteurs spécifiques de l'urgence dont le secteur non monitoré ainsi que dans l'aire ambulatoire où elle aurait à effectuer des technique de soins aux patients, accompagnée du médecin. Bédard et al. (2005) affirment que cette modification de la composition des équipes de travail à l'urgence a été un franc succès et a permis aux infirmières de consacrer plus de temps aux activités qui leur sont réservées et donc de diminuer les ANVA.

Dans le cadre des 27 projets de réorganisation des soins mentionnés précédemment, les structures de soins ont été étudiées et les équipes ont conclu qu'il pourrait être bénéfique d'intégrer des infirmières auxiliaires dans certains milieux de soins critiques dont l'urgence (Dubois & D'amour, 2011). La clarification du rôle et des responsabilités de chacun des membres des équipes a été revue et au terme du projet, l'intégration des infirmières auxiliaires a permis d'optimiser les ressources.

Environnement physique

L'environnement physique désignant l'aménagement des lieux physiques, l'éclairage, la température ambiante, le bruit dans les espaces de travail ainsi que dans les chambres des patients a une influence directe sur les résultats organisationnels dans un hôpital (Karsh, Holden, Alper, & Or, 2006). En fait, selon Goumain (2001), la dimension architecturale des urgences du Québec contribue possiblement aux problèmes actuels vécus. La conception et la construction d'une urgence repose sur un processus

décisionnel complexe de la part de plusieurs acteurs différents tant internes (gestionnaires, médecins, infirmières), qu'externes (ingénieurs, architectes) impliqués dans le projet (Goumain, 2001). Par ailleurs, à l'aide de simulation d'activités futures, il est possible d'analyser les processus de travail et de comprendre le fonctionnement de façon à éliminer les risques et les ANVA et à améliorer l'efficacité (Villeneuve, 2002). Toujours selon Villeneuve, les résultats des simulations ont habituellement des résultats très positifs sur l'aménagement du futur site. Le personnel de l'organisation (cadres, médecins, infirmières) détient un rôle primordial dans la conception des futures installations car ce sont les « premiers experts du travail ». La participation de tous les employés est une condition gagnante à l'évitement de lacunes et problèmes une fois la construction terminée (Villeneuve, 2003). Le mandat des employés est de participer à la définition des besoins du département et de donner des avis éclairés sur les propositions d'aménagement en exploitant leurs connaissances du fonctionnement et du travail dans le milieu en question (Villeneuve, 1996). Lors de la conception initiale, l'équipe d'architectes pourrait évaluer que la construction de postes infirmiers est favorable et sera plus fonctionnelle à certains endroits de l'urgence qu'elle a préalablement déterminés. Cependant, ce n'est que par la consultation du personnel de l'urgence qu'il est possible de se rendre compte que cela n'est pas envisageable puisque les ressources en personnel infirmier étant réduites le soir et la nuit, il y aurait un manque de ressources humaines pour couvrir les deux postes et la construction de deux postes à des endroits éloignés l'un de l'autre ne contribuerait pas à l'économie de déplacement du personnel (Villeneuve, 2003). La construction d'une unité de soins doit donc tenir compte de l'avis

de tous les membres de l'équipe de l'urgence pour que cette construction soit viable et fonctionnelle. Ce n'est cependant pas le cas de l'urgence du CSSSM. Préalablement à sa construction, des plans ont été présentés aux membres du personnel de l'urgence pour connaître leurs avis et obtenir leurs opinions. Dans ces plans, la suggestion de postes de travail sur deux étages a été proposée. Les employés ont alors évalué en équipe que cet aménagement ne serait pas des plus fonctionnels et se sont opposés à cette option d'aménagement. Le MSSS a toutefois décidé de maintenir la décision de construire l'urgence sur deux étages malgré l'opposition de l'équipe d'urgence du CSSSM. Plusieurs contraintes liées à cet aménagement sont survenues à la suite de la construction.

Il a été démontré dans plusieurs études, tant au niveau international qu'au niveau national, que l'implantation de la méthode lean a de nombreux effets significativement positifs sur l'organisation du travail en milieu hospitalier tels que la réduction des temps d'attente, la réduction du nombre d'erreurs médicales, une gestion bonifiée des ressources humaines, matérielles et financières, une diminution des étapes dans les processus ainsi qu'un flux d'informations amélioré. Cependant, aucune étude ne s'est penchée sur la réorganisation du travail sur une urgence à deux étages en milieu rural. Des contraintes d'aménagement, des problèmes organisationnels dont l'ambiguïté dans la standardisation de postes, un nombre élevé d'heures supplémentaires, la hausse du recours à la MOI et la détérioration du climat de travail sont tous des défis qui doivent être résolus au CSSSM. L'implantation de la méthode lean au CSSSM, à travers ce

projet de recherche, permettra-t-elle de diminuer ces irritants, créer un milieu dénombrant moins de sources de gaspillages, qui sera plus efficient et où les employés seront davantage satisfaits au travail?

Rapport-Gratuit.com

Méthodologie

Ce chapitre présente tout d'abord le CSSS de Maskinongé et ses réalités et par la suite, la méthodologie utilisée tout au long de la recherche. Les éléments suivants sont ceux compris dans ce chapitre : le devis de recherche, l'approche utilisée pour conduire la recherche, la description du milieu, la population et l'échantillon, les critères d'inclusion, le déroulement de la recherche, la collecte des données, les définitions opérationnelles, les instruments de mesure, les critères de qualité de l'étude, les considérations éthiques, les biais possibles de l'étude, le plan de l'analyse des données et les retombées attendues.

CSSS de Maskinongé

L'urgence du CSSSM à Louiseville est une unité d'urgence de niveau primaire. Cette urgence offre des services médicaux continus généralement assurés par des médecins omnipraticiens et pas nécessairement par des urgentologues. Depuis un certain temps et pour plusieurs raisons, cette urgence tente constamment de pallier une pénurie d'omnipraticiens. L'article 30.00 de *l'Entente générale des médecins omnipraticiens* permet à une organisation qui n'est pas en mesure d'assurer la présence d'un médecin de faire appel à un médecin provenant de l'extérieur de son territoire via un processus de dépannage. Cette mesure permet de pallier temporairement l'absence de corps médical et d'assurer le maintien de l'accessibilité aux soins d'urgence pour la population (MSSS & AQESSS, 2006).

En 2011, le projet de réorganisation du travail a débuté à l'urgence du CSSSM. Ce projet avait comme objectif précis de prendre des données sur les activités faites par les membres de l'équipe afin d'optimiser le travail de chacun dans le but d'assurer un service sécuritaire et de qualité. Pour ce faire, des données sur différents indicateurs de performance ont été prises. Par la suite, des propositions ont été émises afin que les employés et les dirigeants du CSSSM, en partenariat avec la chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé (IRISS), puissent amorcer la réorganisation du travail. À cet effet, une étudiante de la chaire IRISS s'est intéressée à faire une étude sur l'application de la méthode lean dans la réorganisation du travail dans une urgence rurale conçue sur deux étages.

Devis de recherche

Le modèle Toyota est un cadre qui s'applique bien à cette recherche en raison de l'importance qu'il accorde à la création d'une culture d'amélioration continue et à l'implication constante des employés (Liker, 2006; Spear & Bowen, 1999). Cette étude est de nature descriptive et se base sur un devis de recherche-action. Ce type de recherche est généralement entrepris par des praticiens qui deviennent des chercheurs ou qui travaillent en partenariat avec des chercheurs d'une université dans le but d'examiner les questionnements et les problèmes qui ont lieu dans leur propre milieu (Holloway & Wheeler, 2010). Les chercheurs et les participants collaborent pour définir le problème, choisir le cadre théorique et les méthodes de recherche, analyser les données et décider de l'usage qui sera fait des résultats (Loiselle, Profetto-McGrath,

Polit, & Beck, 2007). Ce type d'étude est approprié pour explorer l'organisation du travail, émettre des recommandations et pour initier des changements en travaillant de pair avec les employés et les gestionnaires de l'établissement.

Approche définir, mesurer, analyser, implanter et contrôler (DMAIC)

Ce projet d'optimisation de l'organisation du travail s'est inspiré de l'approche définir, mesurer, analyser, implanter, contrôler (DMAIC) (Maxey, Rowlands, George, & Price, 2004). Premièrement, il importe de déterminer la source du problème et ce qui nécessiterait de l'amélioration dans l'organisation. L'objectif de la recherche, la méthodologie utilisée, les indicateurs choisis font partie de cette première étape. Ce travail est fait avec l'équipe. Deuxièmement, l'étape de la mesure permet de recueillir des informations qui permettront d'atteindre l'objectif visé. Différents instruments sont utilisés afin d'objectiver les résultats. À cette étape, la cartographie des processus est souvent utilisée puisqu'elle contribue à identifier les problèmes. La troisième étape consiste à analyser les données recueillies afin d'étudier l'ampleur des problèmes et d'en connaître les causes. C'est aussi à cette étape que les solutions, afin de régler les problèmes, sont envisagées par l'équipe. La quatrième étape vise principalement l'implantation des solutions adaptées à chaque situation. Finalement, l'étape de contrôle est nécessaire afin de suivre l'évolution de la nouvelle situation, d'analyser les résultats et de mesurer l'efficacité des solutions apportées (Maxey et al., 2004). Le Tableau 3 présente un résumé des étapes de cette méthodologie.

Tableau 3

Résumé des étapes de la méthodologie DMAIC (Définir, Mesurer, Analyser, Implanter, Contrôler)

Étapes	Activités
Définir	Identification de la source du problème et de ce qui nécessite de l'amélioration.
Mesurer	Collecte de données afin d'atteindre l'objectif visé et de connaître les tâches effectuées par le personnel.
Analyser	Identification de l'inefficacité / la non-valeur-ajoutée afin de déterminer l'ampleur du problème et de connaître ses causes.
Implanter	Mise en place des solutions d'amélioration adaptées à chaque situation.
Contrôler	Suivi des changements effectués par l'équipe, analyse des résultats et mesure de l'efficacité des solutions.

Source : Maxey, Rowlands, George, & Price (2004).

Description du milieu

La présente étude s'est déroulée à l'urgence de stabilisation d'un centre hospitalier en milieu rural, le CSSS de Maskinongé à Louiseville. Sont répartis, parmi le département d'urgence, cinq secteurs distincts, lesquels sont : le triage, l'aire de stabilisation aussi appelée l'aire de choc, le secteur ambulatoire, aussi appelé le secteur urgence, comprenant six salles d'examen et le secteur d'observation monitorée qui comprend quatre civières. Ces quatre secteurs sont situés au rez-de-chaussée. L'urgence comprend également une unité de court séjour (UCS) située au deuxième étage qui contient six chambres. Trois postes de travail sont situés dans l'urgence. Le premier

poste se trouve dans le secteur ambulatoire (urgence), le deuxième poste est situé dans le secteur d'observation monitorée et le troisième poste se trouve à l'UCS, au deuxième étage. Des cliniques externes spécialisées en orthopédie, cardiologie, oto-rhino-laryngologie et chirurgie générale font également partie de l'urgence.

Population

La charge de travail à l'urgence de Louiseville est répartie sur trois quarts de travail et est assurée par seize infirmières qui sont parmi environ quarante infirmières à l'emploi du CSSSM. Sur le quart de travail de jour (8 h à 16 h) sept infirmières sont en poste, soit une infirmière dans chacun des cinq secteurs de l'urgence, une assistante en soins infirmiers et une infirmière présente pour assurer le remplacement des pauses du personnel infirmier et pour faire la commande de matériel médical. Cette dernière a un horaire de travail différent (9 h 45 à 17 h 45) des heures correspondant au quart de travail de jour habituel. De plus, un préposé aux bénéficiaires est également présent pendant la durée du quart de travail de jour, et ce, aux heures régulières de travail, soit de 8 h à 16 h. Sur le quart de travail de soir, cinq infirmières sont présentes. Une infirmière est présente dans chaque secteur de l'urgence à l'exception de la clinique ambulatoire puisque ce service n'est pas offert de soir. Une ASI est présente ainsi qu'une infirmière remplaçante de pauses de 16 h à 17 h 45. Aucun préposé aux bénéficiaires n'est présent pendant la durée de ce quart de travail. Finalement, quatre infirmières sont présentes pour assurer le quart de travail de nuit. Une infirmière s'assure du secteur triage et urgence, une seconde infirmière est chargée du secteur de

stabilisation, une troisième infirmière se charge de l'UCS et finalement une assistante-infirmière chef (ou ASI) est présente. Ces effectifs représentent la population étudiée. Ces professionnelles n'ont pas les mêmes profils, ce qui a permis de collecter des données concernant l'organisation du travail sous plusieurs angles différents. Le Tableau 4 représente la répartition des effectifs infirmiers sur les trois quarts de travail.

Tableau 4

Effectifs infirmiers à l'urgence du CSSSM

Quart de jour	Quart de soir	Quart de nuit
1 ASI	1 ASI	1 ASI
1 infirmière au triage	1 infirmière au triage :	1 infirmière à l'urgence/triage
1 infirmière à l'aire de stabilisation	1 infirmière à l'aire de stabilisation	
1 infirmière 10 h 30 - 18 h.30 (santé ambulatoire)		
1 infirmière à l'observation monitorée	1 infirmière à l'observation monitorée	1 infirmière à l'observation monitorée
1 infirmière 9 h 45-17 h 45 remplacement pauses /approvisionnement	1 infirmière 16 h - 17 h 45 remplacement pauses	
1 infirmière à l'UCS	1 infirmière à l'UCS	1 infirmière à l'UCS
1 préposé aux bénéficiaires		
Total : 8	Total : 5 (+1 de 16:00 à 17:45)	Total : 4

Parmi ce portrait de répartition de la charge de travail selon les effectifs, les infirmières œuvrant aux cliniques externes ne sont pas mentionnées. Toutefois, ces professionnelles ont aussi été observées. Les infirmières de l'urgence sont appelées à travailler aux cliniques externes à tour de rôle. Les horaires de ces cliniques varient à chaque mois et parfois de nouvelles dates sont ajoutées ou retirées une fois l'horaire fait. Les cliniques de chirurgie ont lieu généralement deux fois par semaine, les cliniques d'urologie ont lieu une fois par semaine, celles de cardiologie, d'ORL et d'orthopédie ont habituellement lieu minimalement deux fois par mois. Selon les besoins, le nombre de patients à l'horaire et la nature des consultations, plus ou moins d'infirmières sont déployées. Or, en moyenne, deux infirmières sont déployées par clinique de spécialisation. Par contre, lors de la clinique de chirurgie, deux infirmières travaillent avec le médecin en place et il arrive même que lors de journées où un plus grand nombre de patients qu'à l'habitude doivent être vus, trois infirmières travaillent à cette clinique. Lors de la clinique d'ORL et de cardiologie, la présence d'une seule infirmière est parfois convenable pour les deux cliniques.

Échantillon

Pour assurer une significativité, un calcul statistique est fait pour établir le bon nombre d'observations à faire (Kanawaty, 1996). Il serait souhaitable d'observer environ vingt infirmières comprenant les différentes assignations et tous les quarts de travail.

Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion pour le choix des participantes étaient que ces dernières devaient travailler à l'urgence de Louiseville minimalement vingt heures par semaine et depuis au moins six mois. Aucun critère d'exclusion spécifique ne fait partie de cette étude.

Déroulement de la recherche

Une première rencontre entre la chercheuse et les gens du milieu, c'est-à-dire le directeur général, le directeur des soins infirmiers et la chef du programme de l'urgence, a eu lieu en octobre 2011 afin de clarifier le déroulement du projet. Par la suite, une autre rencontre a eu lieu avec le directeur des soins infirmiers et la chef de programme pour discuter des indicateurs à observer ainsi que du déroulement général du projet. La description de l'essence de l'étude et de son déroulement a été présentée au personnel des trois quarts de travail qui ont été par la suite invités à participer de façon volontaire en signant un formulaire de consentement (voir Appendice A). La collecte de données a débuté en novembre 2011.

La première partie du projet consistait à faire une collecte de données qui a eu lieu de décembre 2011 à mars 2012. Cette collecte de données a été faite en étroite collaboration avec un étudiant du département de génie industriel. Des observations en temps réel ont eu lieu et des indicateurs ont été pris en compte. L'étudiant en génie industriel a été en mesure d'établir un diagramme du flux patient par le biais de

consultations de plans d'aménagement ainsi que par des visites approfondies des lieux. Cela a permis de connaître le cheminement d'un patient de son arrivée à l'urgence jusqu'à sa sortie du système. À la suite de la collecte de données, un rapport faisant état de la situation actuelle de l'urgence ainsi que des propositions d'amélioration potentielle ont été présentés aux gestionnaires du CSSSM. Les résultats des observations ont également été présentés aux infirmières de chaque quart de travail. Il a été convenu, lors de cette même rencontre, de fixer une date pour une activité Kaizen de trois jours au cours de laquelle un plan d'action pour la réorganisation du travail serait suggéré par les employés. Dans le processus lean, il importe d'examiner les problèmes et les solutions possibles avec toute l'équipe de travail afin d'obtenir les idées distinctes de chaque membre (Liker, 2006). À la suite de l'activité Kaizen, un plan d'action de 20 jours a été convenu pour l'application des changements par les employés. Par la suite, une deuxième collecte de données devait avoir lieu mais n'a pas eu lieu.

Collecte de données

Dans un premier temps, plusieurs indicateurs de performance ont été obtenus grâce à la collaboration des gestionnaires. Le nombre de triages à l'urgence, les priorités de triage, la durée moyenne de triage et de prise en charge, la durée moyenne d'évaluation, le nombre de départs de l'urgence avant la prise en charge, le nombre de visites à l'UCS et leur durée respective, le taux d'occupation de civières par jour dans le secteur observation et à l'UCS et le total de la durée du séjour en heures et en jours pour la clientèle sur civière et le temps supplémentaire payé aux infirmières sont des données

statistiques qui ont été compilées. Tous ces indicateurs de performance ont été mesurés pour les périodes financières 2010-2011 et 2011-2012 à l'exception des données sur le temps supplémentaire qui portent seulement sur la période 2011-2012.

Par ailleurs, la seconde partie de la collecte de données qui consistait à effectuer de l'observation systématique s'est déroulée sur une période de deux mois et demi. L'observation systématique s'est effectuée tout au long du quart de travail de huit heures de la participante. La grille d'observation utilisée pour les fins de cette recherche a été développée par St-Pierre et Leblanc (2010) (voir Appendice B). Des notes en lien avec les observations ont été prises par les observateurs afin de faciliter la mise en contexte et l'interprétation des observations par la chercheuse. Finalement, à un moment où les participantes étaient disponibles, elles ont rempli un questionnaire sociodémographique afin de connaître leur profil et, du fait, être en mesure de qualifier l'ensemble de la population de l'étude.

Définitions opérationnelles

Une définition des termes utilisés lors de ce projet de recherche est présentée ici-bas dans le but de faciliter la compréhension de tous.

Activité à valeur ajoutée (AVA)

Les AVA sont les actions qui contribuent à la valeur d'un produit ou d'un service (Womack & Jones, 2005). Une infirmière qui effectue une tâche directement liée à sa

pratique professionnelle est un exemple d'AVA. Pour cette étude, les AVA sont en lien avec les compétences que le professionnel de la santé exécute et non pas en lien avec le patient recevant le soin. La liste des activités à valeur ajoutée et des activités sans valeur ajoutée pour chaque professionnel observé se trouve à l'Appendice B.

Activité à non-valeur ajoutée (ANVA)

Les ANVA sont des activités qui correspondent aux activités qui utilisent du temps et des ressources sans donner de valeur au produit ou au service (Womack & Jones, 2005). Les ANVA sont représentés par plusieurs formes de gaspillage. Le transport (sous forme de déplacement) d'un employé d'un endroit à un autre ou encore de matériaux représente une ANVA. Tout comme les AVA, les ANVA sont directement en lien avec la compétence professionnelle et non avec la valeur aux yeux du patient dans cette étude.

Amélioration continue

L'amélioration continue représente un ensemble d'actions menées de façon constante et graduelle qui conduisent au changement positif. L'amélioration continue est désignée par le terme japonais « Kaizen ». Il y a toujours place à de nouveaux progrès car les contextes sociaux, la technologie et les méthodes de travail évoluent continuellement (Manos et al., 2006).

Gestion du changement

La gestion du changement est une démarche primordiale car il est impossible d'atteindre des améliorations sans changements. L'un des moyens les plus efficaces pour faire place au changement est le soutien et l'implication totale des membres du personnel concernés par le changement. En impliquant tout le personnel œuvrant dans un milieu, il est possible d'éloigner le risque de résistance au changement (Paillassard & Castro, 2010).

Instruments de mesure

C'est à partir d'une grille d'observation (St-Pierre & Leblanc, 2010) insérée dans un ordinateur portable de type Palm que l'observateur prenait en note tout ce que l'infirmière effectuait. Cette observation a permis de réaliser un portrait des différentes tâches effectuées par le personnel de l'urgence ainsi que des déplacements tout au long de leur quart de travail. Une cartographie du flux employés ainsi que des processus cliniques a pu être créée. L'observation a également servi à identifier les actions à non-valeur ajoutée ainsi que les sources de gaspillages. Afin de pouvoir documenter le mieux possible le fonctionnement du milieu, des commentaires émis par les participantes quant à l'organisation du travail et au fonctionnement de l'urgence ont été recueillis par la chercheure tout au long des observations.

Critères de qualité de l'étude

Cette étude a été réalisée en tenant compte des critères de rigueur scientifique en recherche quantitative. Le critère de crédibilité correspond à l'exactitude de la description du phénomène par les participants (Lincoln & Guba, 1985). Dans cette étude, la crédibilité a été assurée par l'engagement prolongé de la chercheuse avec les participantes, par la triangulation de l'information de plusieurs sources de données et par la vérification avec l'établissement de l'exactitude des données statistiques transmises. Le critère de transférabilité fait référence à la généralisation des résultats à des contextes similaires (Lincoln & Guba, 1985). Les résultats de l'étude pourront possiblement être applicables dans d'autres urgences à capacité comparable, c'est-à-dire d'au plus 15 civières. La généralisation avec de grandes urgences est cependant impossible.

Le critère de validité réfère à l'objectivité des données. L'objectivité désigne que les données sont transparentes et sans interprétation (Lincoln & Guba, 1985). Les observations faites lors de la collecte de données sont objectivées par la grille d'observation qui a préalablement été validée (St-Pierre & Leblanc, 2010).

Considérations éthiques

Chaque recherche doit préalablement avoir fait l'objet de questionnement sur les considérations éthiques. Bien que le sujet de cette étude ne porte aucun risque à l'intégrité des personnes, des considérations éthiques ont été prises en compte tout au long du projet. Tout d'abord, le projet de recherche a été soumis au comité d'éthique de

la recherche de l'UQTR en décembre 2011 afin d'obtenir les approbations nécessaires pour débiter la recherche (voir Appendice C). Il n'a pas été nécessaire de faire une demande au comité d'éthique du CSSSM puisque ce dernier n'a pas de Comité d'éthique. Trois rencontres d'information sur le projet ont eu lieu à l'urgence de Louiseville. Les participants ont été informés à travers une lettre de présentation du projet ainsi que verbalement par la chercheuse de plusieurs aspects éthiques dont la participation volontaire, le droit de quitter l'étude à tout moment, le ratio bénéfices/préjudices, l'anonymat et la confidentialité des données (Loiselle et al., 2007). Avant de débiter l'observation, la chercheuse s'est assurée de faire signer les formulaires de consentement aux participants (voir Appendice A). La chercheuse était disponible avant, pendant et après l'étude afin de répondre à toutes les questions que pouvaient avoir les employés. De plus, les données statistiques obtenues par le CSSSM ne contenaient aucune information personnelle. Les données recueillies sont conservées sous clé au local de la chaire LIRISS à l'UQTR et seulement les membres de l'équipe de recherche peuvent avoir accès aux données. Les données seront détruites un an après la fin du projet et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans ce présent document.

Limites de l'étude et biais possibles

La principale limite de cette étude porte sur la difficulté de généraliser les résultats obtenus puisqu'il s'agit de la seule urgence bâtie sur deux étages au Québec. De plus, il s'agit d'une urgence en milieu rural et le petit échantillon d'infirmières observées ajoute

aussi une limite à cette étude. À travers cette étude, deux biais possibles ont été identifiés, lesquels sont : l'effet Hawthorne et l'effet de désirabilité sociale. L'effet Hawthorne consiste à ce que les participants, sachant qu'ils étaient observés, ont possiblement pu modifier leurs comportements habituels en augmentant leur cadence de travail de façon à paraître plus efficace et davantage productif. Cela a vraisemblablement pu avoir des répercussions sur l'organisation du travail lors de la collecte de données. Par ailleurs, l'effet de désirabilité sociale signifie qu'hypothétiquement, certaines participantes peuvent avoir révisé leurs techniques de soins habituels et leur façon de fonctionner sachant qu'ils n'effectuaient peut-être pas ces tâches de manière exemplaire, dans le but ultime de plaire à l'observateur (Loiselle et al., 2007).

Plan de l'analyse des données

L'analyse descriptive des résultats porte sur les résultats obtenus à la grille d'observation en fonction du classement des activités observées. Le nombre d'observations à faire a été établi grâce à une méthode statistique afin d'obtenir des données valides avec un degré de confiance de 95,45 % et une marge d'erreur de +/- 5 % (Kanawaty, 1996). L'étude de temps et mouvements permet de faire ressortir la fréquence des gestes observés (grille d'observation) ainsi que le minimum, le maximum et la moyenne requis pour chacun de ces gestes. De plus, de par l'analyse des cartographies créées, une schématisation des déplacements peut contribuer à mettre en lumière les goulots d'étranglement et les sources de gaspillages potentielles ou actives.

Retombées attendues

Ce projet s'inscrit dans le cadre du « Projet contingent de l'organisation du travail » entrepris par le CSSSM, il y a maintenant plus de 5 ans (St-Pierre et al., 2010). Il est souhaitable d'établir un partenariat étroit et efficient avec les différents acteurs du CSSSM pour la durée du projet. Parmi les retombées attendues, certaines influençant la pratique infirmière ainsi que la gestion en soins infirmiers sont souhaitées. La standardisation des rôles de chacun pourrait diminuer les ANVA et réduire aussi considérablement les sources de gaspillages, ce qui contribuerait possiblement à augmenter de façon générale l'efficacité du travail à l'urgence ainsi que la satisfaction des employés. La redéfinition des rôles et tâches de chacun permettra aux infirmières de lisser leur charge de travail, d'allouer plus de temps aux activités cliniques et, par conséquent, d'améliorer le flux patient ainsi que la qualité des soins infirmiers. Ce projet servira également à démontrer les effets d'une urgence aménagée sur deux étages sur l'organisation du travail des professionnels.

Présentation des résultats

Ce chapitre fait état des résultats obtenus dans le cadre du projet d'optimisation de l'organisation du travail à l'urgence de Louiseville. Le projet de recherche a débuté au mois de novembre 2011 et est toujours en cours actuellement en raison de contraintes administratives qui seront expliquées plus en détail dans les prochaines pages. Des données rétroactives relatives à différents indicateurs ont été fournies par le CSSSM. Une collecte de données a été effectuée pour analyser et comprendre le fonctionnement du travail infirmier à l'urgence et aux cliniques externes entre le mois de novembre 2011 et le mois de mars 2012. À la suite de la collecte de données, une activité kaizen a eu lieu et des propositions d'amélioration ont été émises sous forme de plan d'action. À ce jour, aucune réorganisation majeure n'a encore pris place. Toutefois, certaines mesures d'amélioration ont été entreprises et les employés sont satisfaits de ce début et motivés à poursuivre les démarches de réorganisation du travail.

La présentation de la collecte de données est divisée en trois parties. La première partie de la présentation dresse le portrait de l'urgence au moment de la collecte de données. Toutes les données inscrites dans cette section proviennent du CSSSM pour l'année financière 2011-2012. Les données recueillies sont : le nombre de civières au permis, les délais d'attente, la durée d'évaluation au triage, la durée moyenne de séjour pour les patients sur civière ainsi que pour les patients ambulatoires, le nombre de

patients ayant quitté sans avoir été vus par le médecin, le degré de gravité moyen des cas, la satisfaction des patients, le nombre d'infirmières par quart de travail et le nombre d'heures de travail imprévues. Cette partie comporte également la cartographie du flux patient à l'urgence ainsi que la cartographie du processus de soins aux patients à l'urgence. La seconde partie, présentée dans ce chapitre, porte sur les résultats obtenus grâce à l'observation des infirmières et du préposé aux bénéficiaires travaillant à l'urgence du CSSSM. Lors de cette étape, des graphiques traduisant l'état des observations faites ont été construits. À la suite de cette étape, les constats et des pistes de solutions ont été émis au CSSSM quant à la structure de travail, aux processus de soins et de travail, à la pratique professionnelle, aux ressources humaines ainsi qu'au matériel et aux équipements. Ces thèmes ont fait l'objet de l'activité kaizen. Finalement, les résultats obtenus à la suite des actions entreprises sont énoncés dans la troisième partie de ce chapitre.

Portrait de l'urgence du CSSSM

Nombre de civières au permis

L'urgence de Louiseville comprend actuellement quatre civières à la section de stabilisation. Toutefois, six civières sont disponibles à l'unité de court séjour qui peuvent servir en cas de débordement de l'urgence.

Délai d'attente

Ce délai débute lors de l'arrivée du patient au triage et se termine lors de sa prise en

charge par le médecin. Dans le calcul de ce délai, le type de clientèle et la priorité de triage ne sont pas pris en compte. Le délai moyen d'attente entre le premier triage et la première prise en charge est de 1 heure 53 minutes pour l'année 2011-2012. Ce délai s'est légèrement détérioré depuis la dernière année puisqu'il était à 1 heure 40 minutes en 2010-2011. Les délais d'attente répondent toutefois aux normes ministérielles qui sont de moins de deux heures (MSSS & AQESSS, 2006). La Figure 2 présente le délai moyen pour chaque période de l'année, et ce, pour l'année 2010-2011 et 2011-2012.

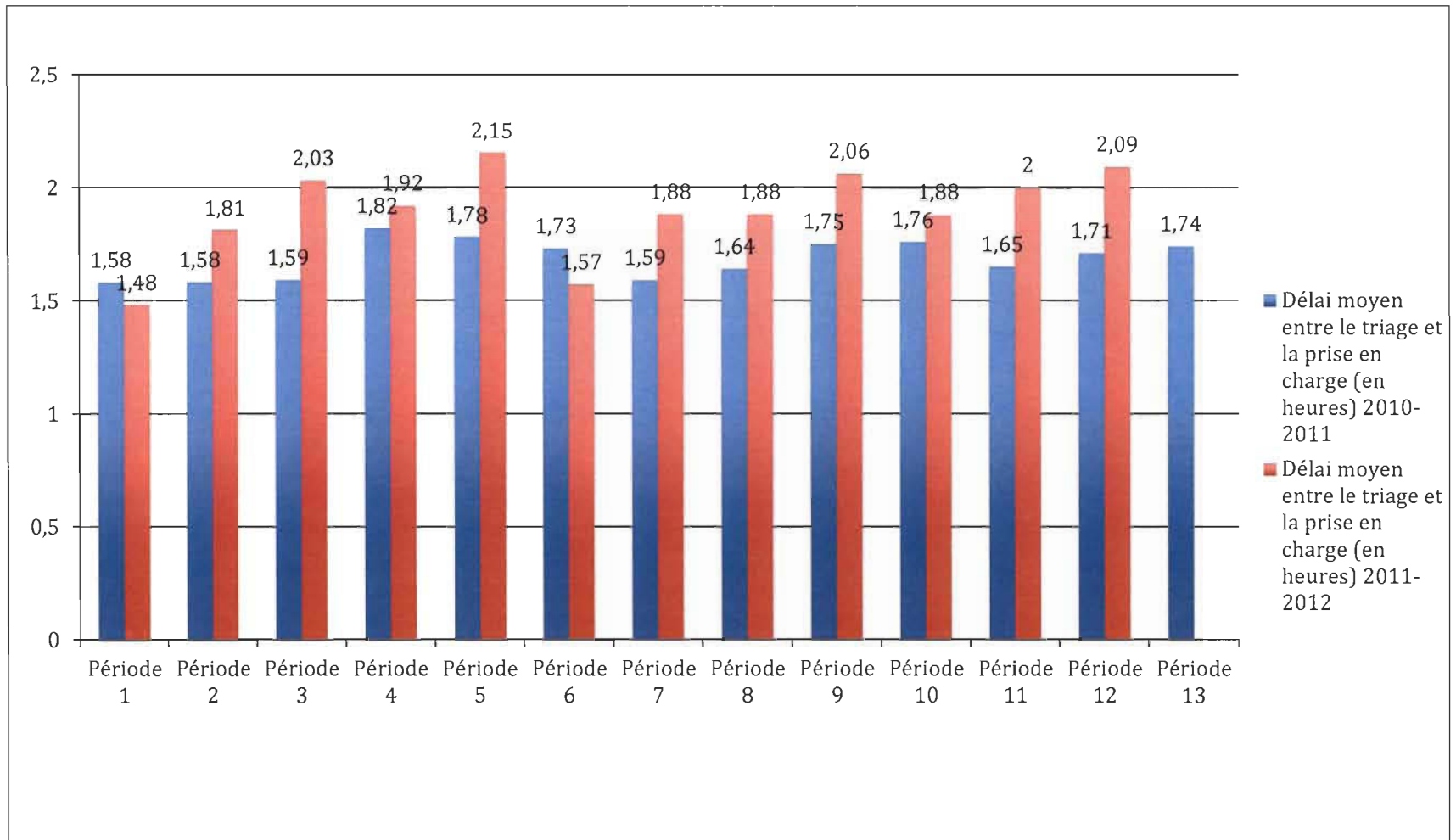


Figure 2. Délai moyen entre le triage et la prise en charge.

Durée d'évaluation au triage

La moyenne de temps nécessaire à l'évaluation initiale d'un patient lors de son arrivée à l'urgence est de 3 minutes 49 secondes. Le temps requis pour l'évaluation d'un patient à l'urgence a augmenté de 37 secondes depuis la dernière année. Selon les cibles ministérielles, l'infirmière doit prendre entre deux et cinq minutes au plus pour l'évaluation du patient. La moyenne de temps utilisé par les infirmières du CSSSM est contenue dans cet intervalle (Beveridge et al., 1998). La Figure 3 présente la durée moyenne d'évaluation au triage en minutes pour les années 2010-2011 et 2011-2012.

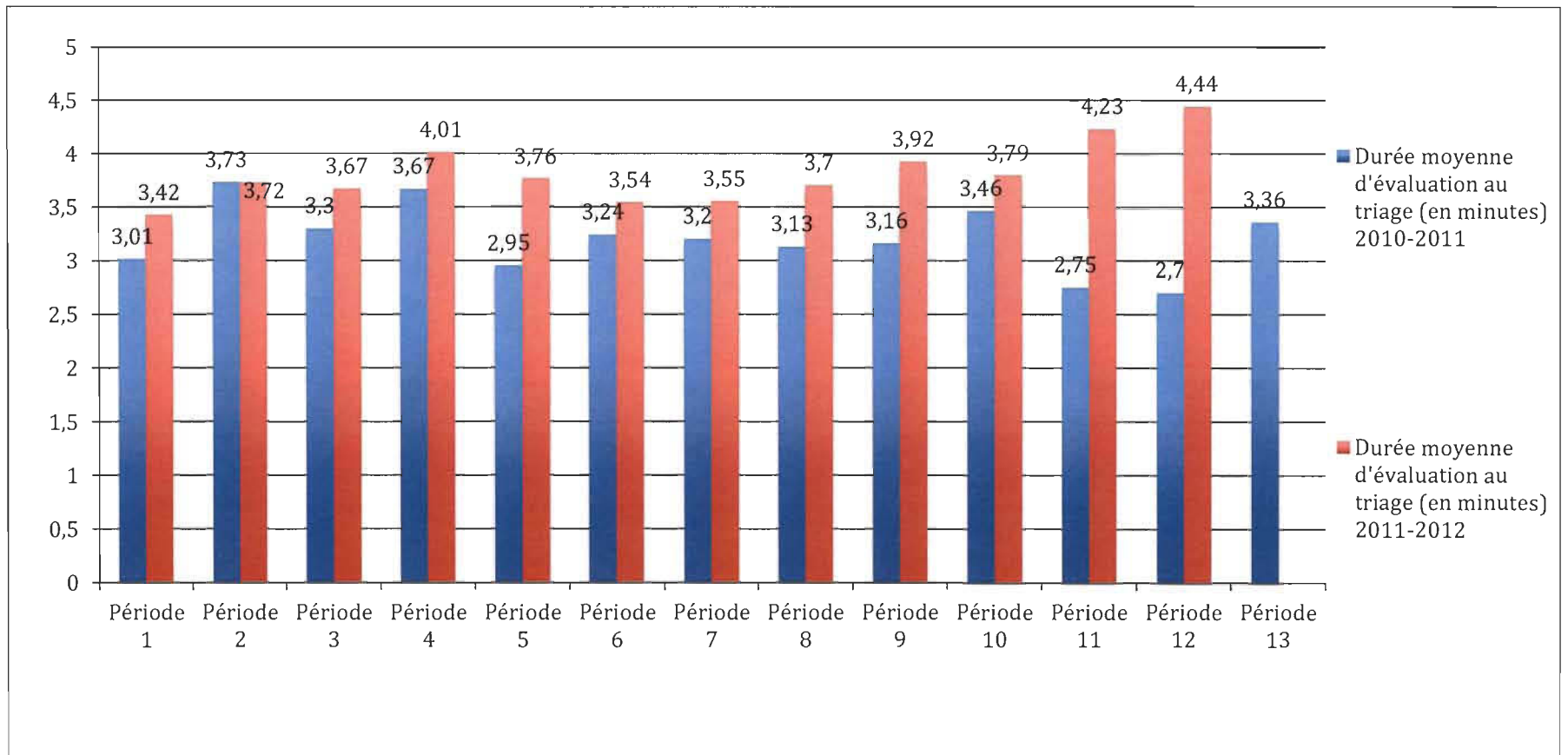


Figure 3. Durée moyenne d'évaluation au triage.

Durée moyenne de séjour (DMS)

Patients sur civière. La durée moyenne de séjour pour un patient sur civière visitant l'urgence de Louiseville est de 12 heures 41 minutes. Pour l'année financière 2010-2011, 2 980 patients ont dû être mis en observation, ce qui représente 11 % des visites. Les normes de DMS pour les patients sur civière hospitalisés et non hospitalisés sont respectivement 12 heures et 8 heures et moins (MSSS & AQESSS, 2006). Même si la moyenne de DMS ne dépasse que légèrement la norme fixée, il y a tout de même place à l'amélioration.

Patients ambulatoires. La durée moyenne de séjour pour un patient ambulatoire visitant l'urgence de Louiseville est de 3 heures 27 minutes. Considérant que la norme ministérielle est de 4 heures ou moins, cela est une moyenne acceptable (MSSS & AQESSS, 2006).

Nombre de patients ayant quitté sans avoir été vus par un médecin

Il existe un certain nombre de patients qui décident de quitter sans même avoir eu une consultation avec le médecin. Plusieurs raisons justifient ces départs dont, par exemple, un grand délai avant de recevoir les résultats d'un examen ou encore en raison d'un temps d'attente qui est considéré trop long. Le nombre moyen de patients en 2011-2012 ayant quitté l'urgence sans avoir rencontré le médecin par période est de 296 patients. En comparaison avec l'année financière précédente (2010-2011), le nombre moyen de patients ayant quitté sans avoir rencontré un médecin était

de 352 patients. Une diminution des départs avant la prise en charge par un médecin a donc été constatée pour l'année 2011-2012. La Figure 4 présente ces données.

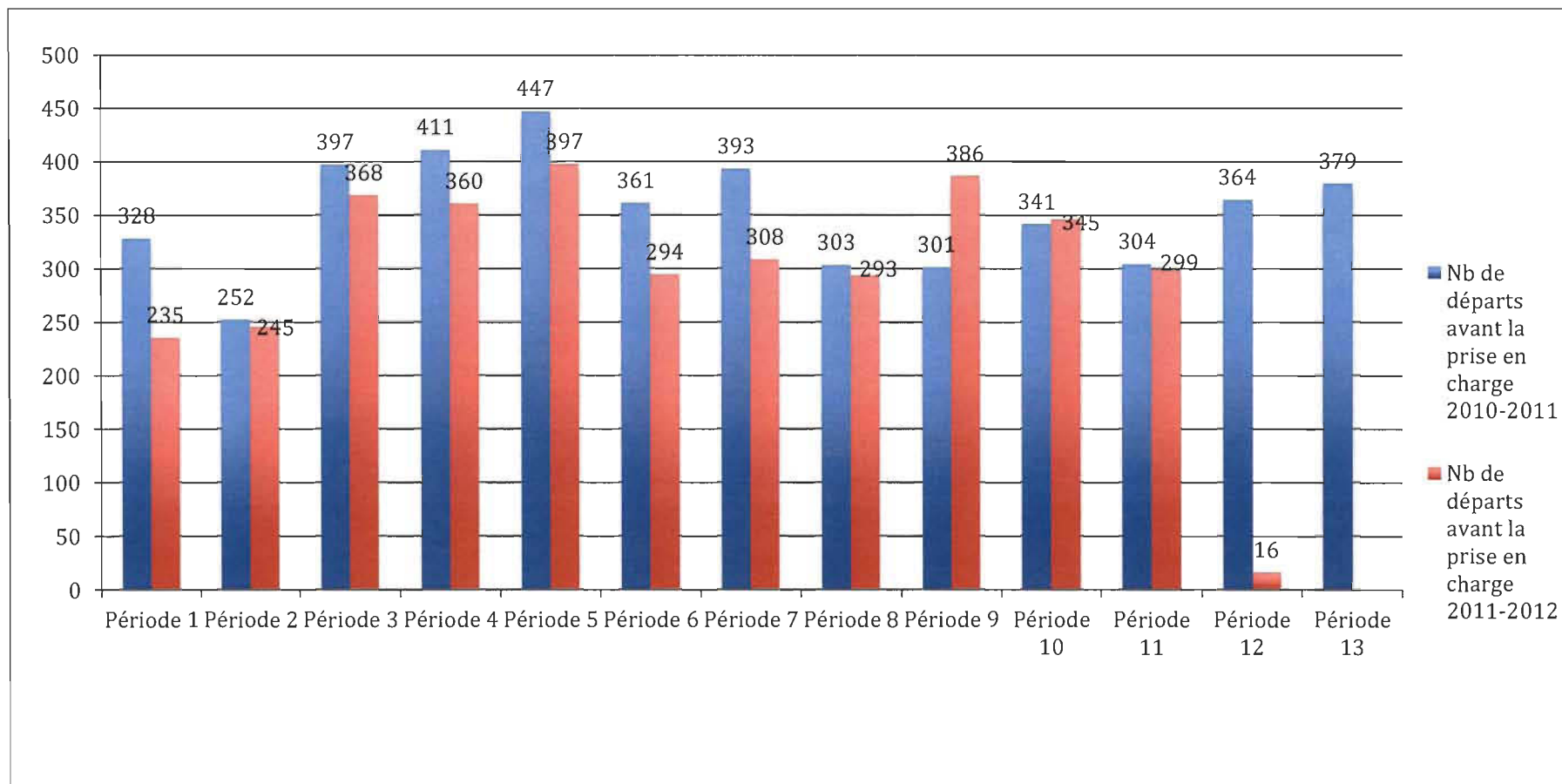


Figure 4. Nombre de départs avant la prise en charge.

Degré de gravité moyen des cas

L'infirmière a la responsabilité d'évaluer l'état des patients et de déterminer selon *l'échelle canadienne de triage et de gravité* (ETG) le degré de priorité entre l'arrivée du patient et son évaluation médicale, et ce, dans un intervalle de temps d'environ cinq minutes (OIIQ, 2007). L'ETG comprend cinq niveaux de priorité déterminés en fonction du degré d'urgence associé à l'état du patient. La priorité 5 (P5) est considérée moins urgente et la priorité 1 (P1) représente une situation extrêmement urgente ou encore le besoin de réanimation. La majorité des patients se présentant à l'urgence de Louiseville sont cotés avec une priorité P4 (20 856 patients sur un total de 34 547 patients), c'est-à-dire avec une situation de soins moins urgente comme le montre la Figure 5 ci-après. La moyenne des besoins de soins étant non urgents, les patients consultant l'urgence du CSSSM auraient tout avantage à consulter dans une clinique sans rendez-vous car le temps d'attente serait possiblement moins long. Cela diminuerait aussi le nombre de patients quittant sans avoir été vus par un médecin. Ces situations de soins non urgentes contribueraient à diminuer l'encombrement dans l'urgence et donc de permettre un traitement plus rapide des situations très urgentes. De plus, cette figure démontre également la réalité du contexte de soins en milieu rural. Avec 60 % des patients nécessitant des soins non urgents (20 856 patients), cela justifie le manque d'exposition à des situations très urgentes des infirmières en milieu rural et le manque d'expertise de ces dernières, par le fait même.

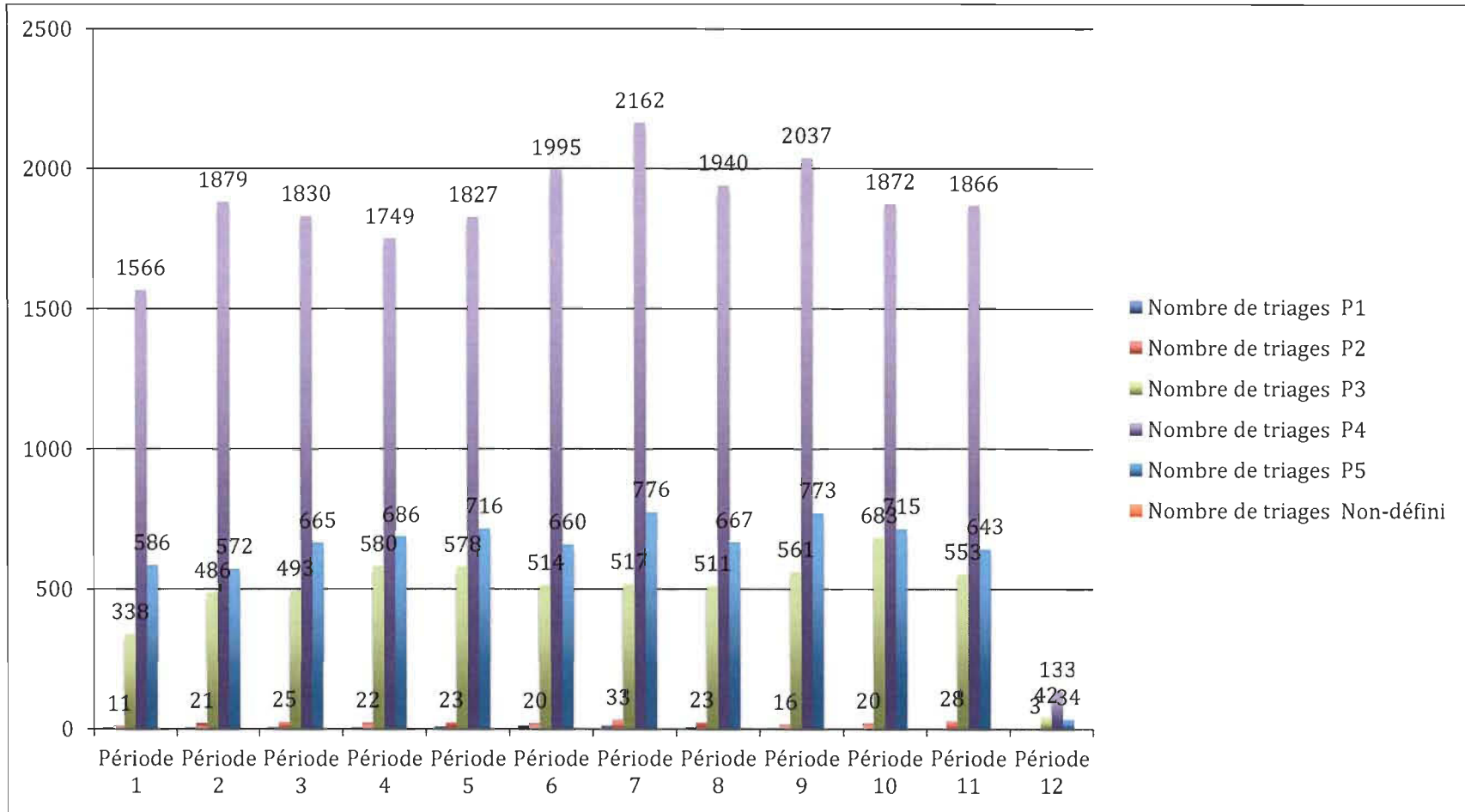


Figure 5. Nombre de triages selon les priorités à l'ETG.

Satisfaction des patients

Dans le but d'assurer une qualité des soins optimale, le CSSSM effectue un sondage annuellement auprès des patients dans le but de connaître leur satisfaction au regard des soins reçus. Les données sur la satisfaction des patients proviennent du sondage fait par l'établissement lors de la préparation pour l'agrément en 2011. Les répondants de ce sondage sont des patients de l'urgence, de la santé ambulatoire ainsi que des cliniques externes spécialisées. Ce sondage est divisé en deux volets, soit l'information écrite et verbale et la satisfaction reliée aux attentes des clients. Détaillons brièvement chaque volet. Le premier volet, soit l'information verbale et écrite, s'intéresse à l'information verbale qu'a reçue le patient en lien avec sa sécurité (ex. information sur médicament, lavage des mains, recommandations à la suite de l'administration d'un vaccin) et à l'information écrite qu'a reçue le patient lors de sa visite (ex. dépliant en lien avec l'état de santé de la personne) ainsi qu'à l'enseignement reçu par les infirmières lors de la visite. Le deuxième volet, soit la satisfaction, vise tout simplement à savoir si les services reçus lors du passage au CSSSM ont répondu aux questions et aux attentes des patients.

Concernant le volet information verbale et écrite, la clientèle est, en moyenne, satisfaite à 50 %. En ce qui concerne le deuxième volet du sondage, la clientèle est satisfaite dans une mesure de 63 %. Ces résultats incitent le CSSSM à entreprendre certaines actions dans le but d'améliorer la satisfaction de la clientèle.

Nombre d'intervenants par quart de travail

À l'urgence de Louiseville, il y a quatre infirmières qui travaillent de nuit, sept infirmières qui travaillent de jour, incluant l'assistante infirmière-chef, une infirmière en santé ambulatoire ainsi qu'une infirmière qui remplace les pauses et finalement, cinq infirmières travaillent de soir, toujours en incluant l'assistante infirmière-chef. Normalement, il y a un médecin qui travaille de 9 h à 19 h et un deuxième médecin de 19 h à 9 h. Exceptionnellement, il peut y avoir qu'un seul médecin qui travaille pendant une durée de 24 h. Aucun commis administratif n'est présent pour ce secteur d'activités.

Heures de travail supplémentaire et main d'œuvre indépendante

En raison d'un manque d'effectifs, les infirmières du département de l'urgence de Louiseville doivent fréquemment effectuer du temps supplémentaire. La Figure 6 représente les heures travaillées en temps supplémentaire volontaire (TSV = 1 505 heures au total), en temps supplémentaire obligatoire (TSO = 1 141 heures au total) et en utilisation de la main d'œuvre indépendante (MOI = 1 612 heures au total) (voir Figure 6). Il est important de comprendre que le TSV doit aussi être calculé dans le temps supplémentaire puisqu'il s'agit de quarts de travail en temps supplémentaire pour lesquels les infirmières préfèrent offrir et choisir leurs disponibilités pour effectuer du temps supplémentaire périodiquement évitant ainsi de se faire imposer du TSO à un moment où elles ne sont pas disponibles. De plus, selon le CSSSM, ces heures de travail supplémentaire et de MOI représentent une somme d'environ 210 000 \$ annuellement (CSSSM & Agence de la santé et des services sociaux du Centre-du-Québec, 2010).

Pour diminuer ces coûts, le CSSSM désire impérativement trouver une solution à cette problématique.

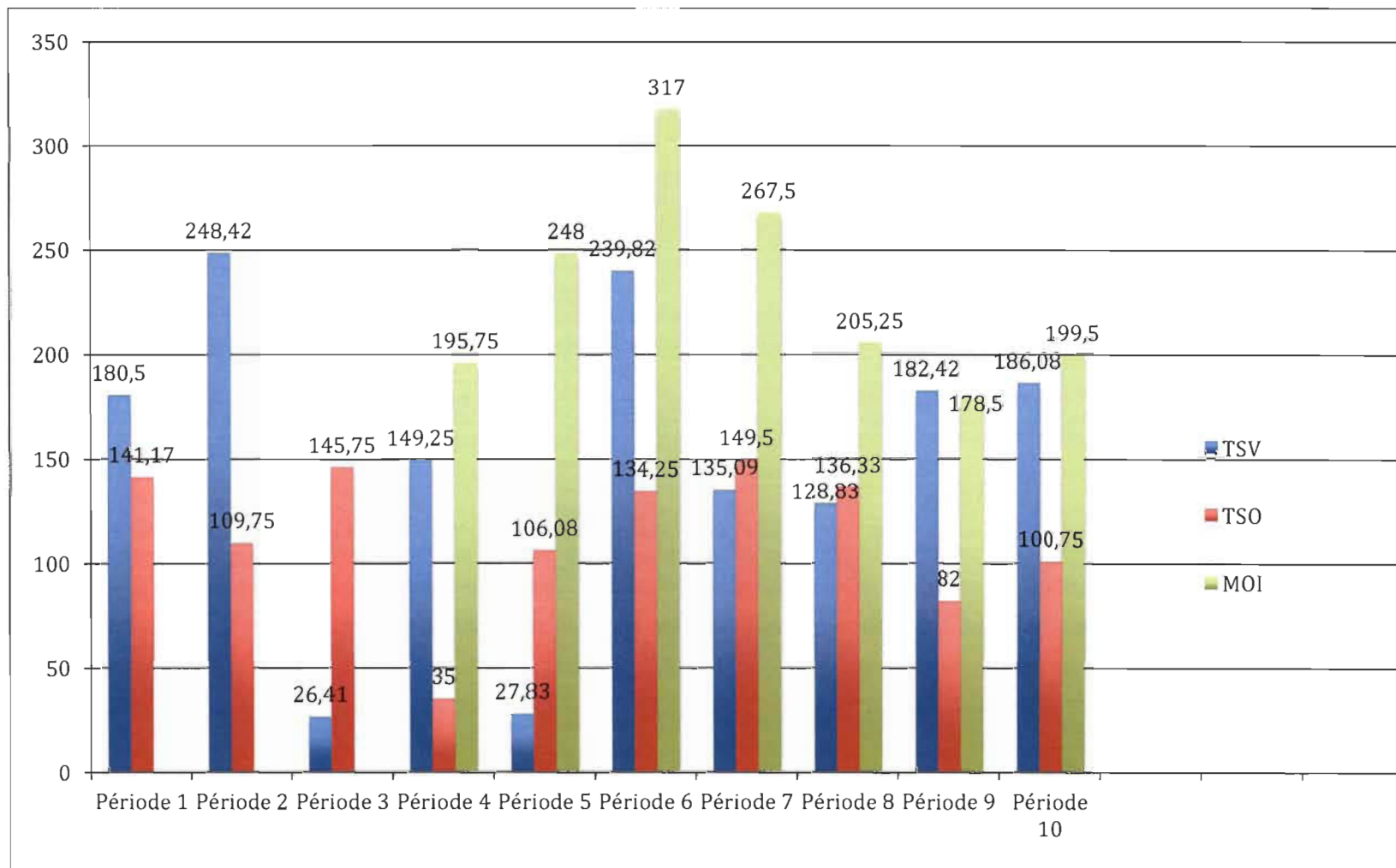


Figure 6. Temps supplémentaire volontaire, temps supplémentaire obligatoire et main d'œuvre indépendante en heures chez les infirmières.

Résultats obtenus à la suite de l'observation en temps réel

Les graphiques qui seront présentés dans les prochaines pages représentent les observations du travail des infirmières à différents postes et quarts de travail ainsi que l'observation du travail des PAB sur un quart de travail de huit heures, c'est-à-dire de 480 minutes, incluant 75 minutes qui représentent le temps de pause maximal permis pour chaque professionnel. Ce temps de pause peut-être réparti de façon différente selon les quarts de travail.

Ces graphiques démontrent essentiellement les AVA et les ASVA du personnel infirmier observé. Ces représentations justifient le besoin de réorganisation du travail à plusieurs niveaux dont la standardisation des rôles infirmiers. Précédemment à chaque graphique se trouvent les explications en lien avec les activités effectuées par les professionnels observés. La grille d'observation utilisée pour la recherche se trouve à l'Appendice B. Une liste des actions, qui apparaissent dans les graphiques, est énumérée et une brève explication correspondante y est aussi. Cette grille démontre également ce qui est une AVA et une ANVA pour les infirmières et PAB respectivement. Les graphiques sont présentés dans l'ordre suivant :

- observation du travail des infirmières de nuit
- observation du travail des infirmières de jour incluant les cliniques externes spécialisées. Il est à noter que les cliniques externes de cardiologie et d'urologie n'ont pas été observées étant donné que ces cliniques ressemblent beaucoup aux

cliniques de chirurgie et d'orthopédie et que les données recueillies pour les cliniques externes en général étaient suffisantes.

- observation du travail des infirmières de soir
- observations du travail des PAB
- résumé du travail infirmier lors du quart de travail de nuit, de jour et de soir.

Le but de ce projet n'était pas de prévoir le temps requis pour chaque geste. Il faut donc considérer les données dans un ensemble global. Tous les temps observés par poste et par quart de travail ont été respectivement jumelés et la chercheuse a fait une moyenne par poste de travail et par quart de travail, ce qui permet d'assurer la confidentialité des gens observés.

Infirmières du quart de travail de nuit

Infirmière ASI. L'ASI est responsable de remplacer les pauses de ses trois collègues infirmières (81 minutes/AVA). Selon sa description de poste, elle devrait consacrer plus de temps au travail de gestion mais elle manque de temps puisqu'elle joue son rôle de soutien aux autres professionnelles. Cette action est représentée par « avec professionnel discute » (77 minutes/AVA). Elle effectue d'autres AVA dont de la préparation et de la planification aux soins (69 minutes), des soins aux patients (45 minutes) et de l'évaluation clinique (16 minutes). Il n'est pas contenu dans la description de tâches de l'ASI de prendre la responsabilité de patients mais compte tenu de la particularité du contexte d'une urgence en milieu rural, l'ASI doit bien souvent

aider ses collègues et prendre des patients sous sa charge. Puisque cette dernière doit souvent venir en aide aux infirmières de tous les secteurs qui sont surchargés, elle consacre moins de temps au travail de gestion, soit 27 minutes pour la durée totale de son quart de travail. La Figure 7 illustre le travail de l'ASI.

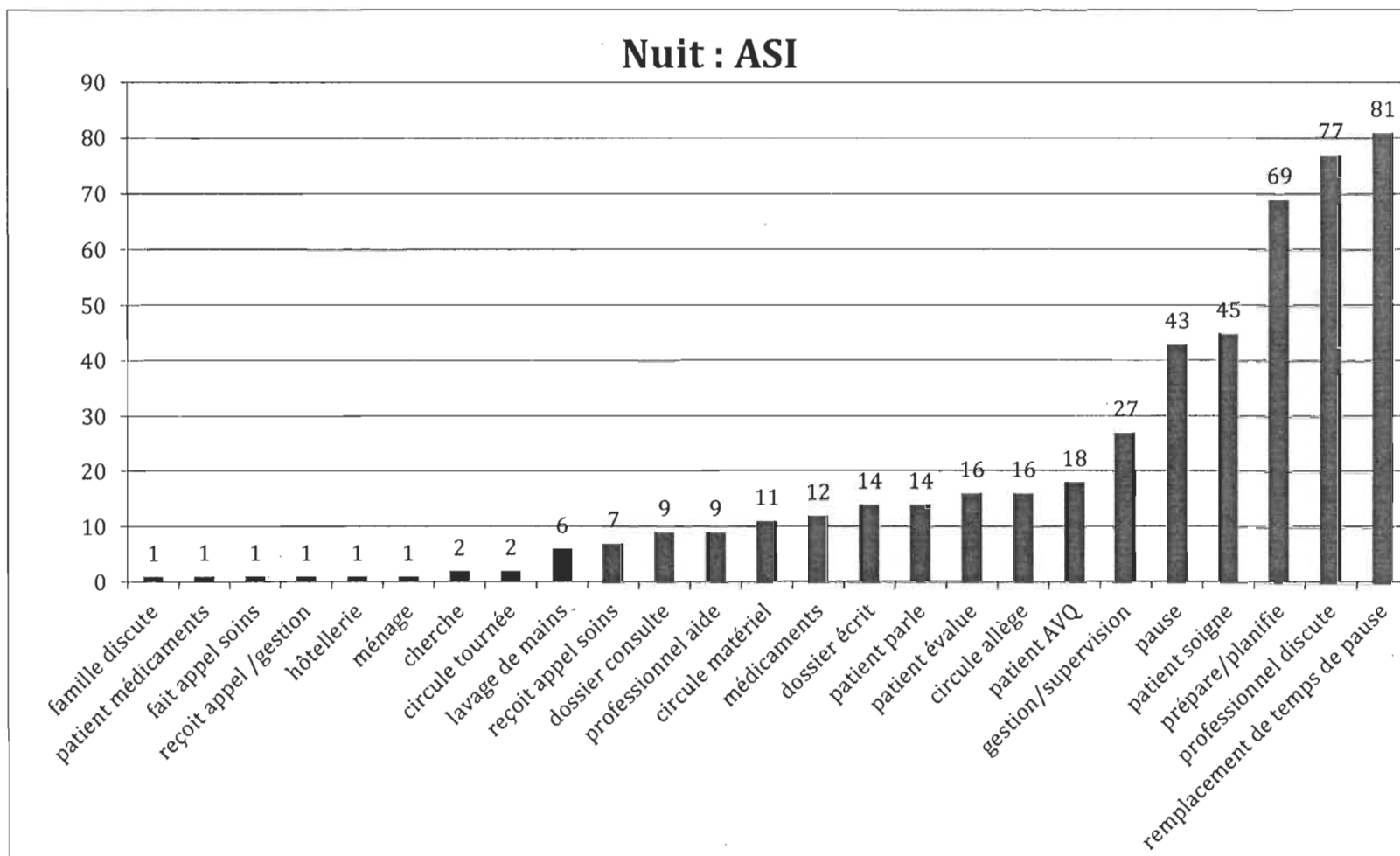


Figure 7. Activités observées chez l'infirmière ASI du quart de travail de nuit.

Infirmière au poste urgence/triage. Lors de ce quart de nuit, l'infirmière attirée au triage et dans la section urgence/soins ambulatoires passe plus de la moitié de son quart de travail (262 minutes) à effectuer des AVA, soit des tâches reliées à la gestion et supervision (révision de dossiers, supervision de patients) (133 minutes), des soins aux patients (71 minutes) ainsi que de l'évaluation clinique (58 minutes). L'ANVA représentée par l'inactivité (67 minutes) s'explique par la faible affluence de consultations à l'urgence lors de cette nuit d'observation. Dans ce secteur, même s'il y a de l'inactivité, l'infirmière doit demeurer à son poste de travail puisqu'elle doit être disponible si un patient se présente au triage. La Figure 8, à la page suivante, représente ce poste de travail.

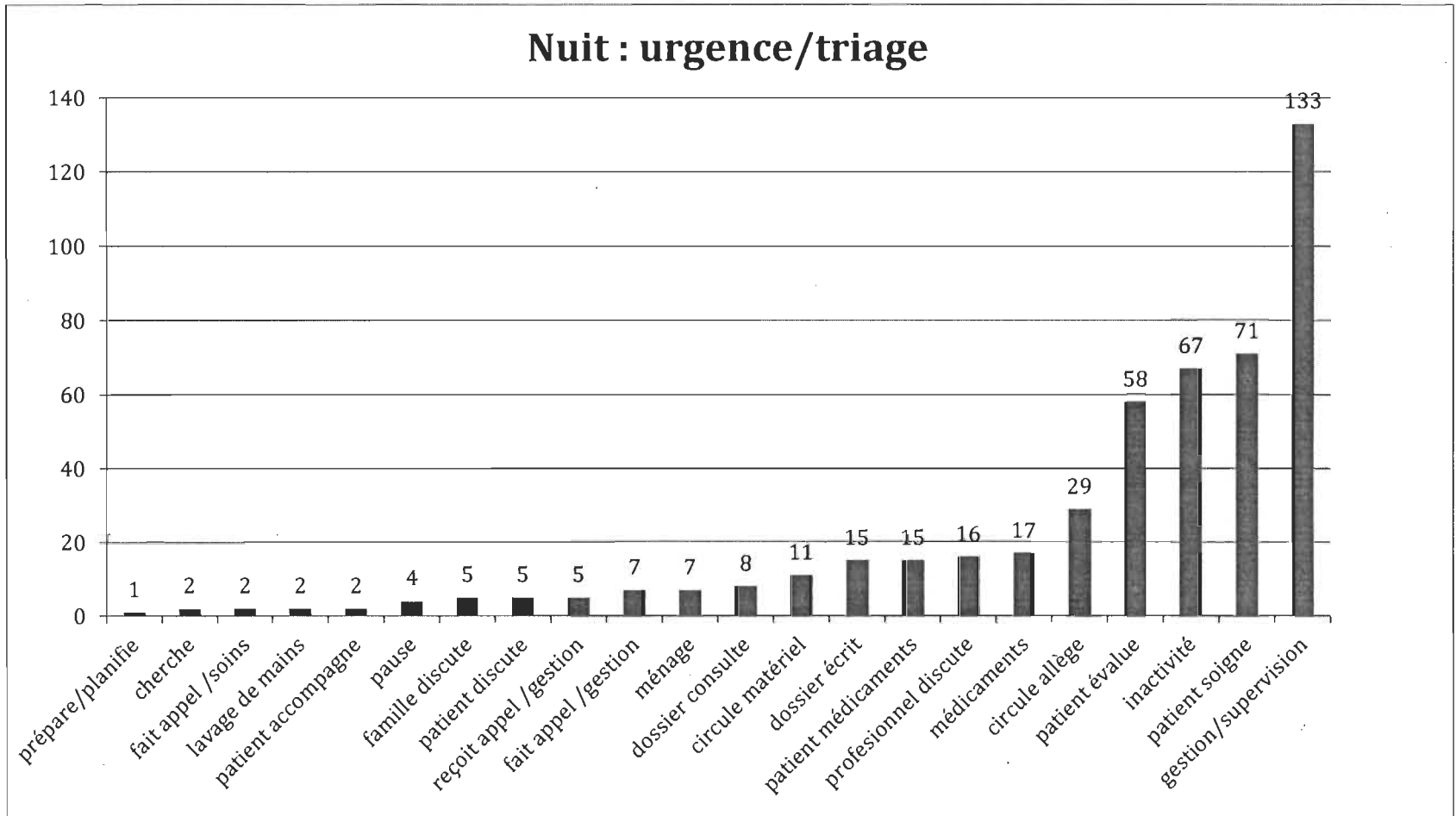


Figure 8. Activités observées chez l'infirmière du quart de travail de nuit à l'urgence/triage.

Infirmière au poste UCS/observation monitorée. L'infirmière à ce poste doit habituellement travailler à l'UCS, seul secteur de l'urgence se situant au deuxième étage. L'UCS est fréquemment fermée du fait que les médecins n'hospitalisent pas les patients dans ce secteur puisque cela demande plus d'organisation que d'hospitaliser un patient au rez-de-chaussée. Malgré le fait que l'UCS soit fréquemment fermée, l'infirmière affectée à ce poste doit légalement demeurer présente dans l'urgence au cas où l'UCS ouvrirait. Elle apporte son aide à ses collègues en attendant la prise en charge de patients dont les médecins décideraient d'hospitaliser à l'UCS. L'inactivité de l'infirmière est donc élevée (156 minutes) puisqu'elle est supposée travailler à l'UCS mais elle est fermée. Ce temps d'inactivité est une ANVA mais qui est inévitable. Par contre, l'infirmière contribue indirectement à la qualité des soins aux patients en offrant son aide auprès de ses collègues. L'action prépare/planifie (61 minutes/AVA) désigne surtout la vérification de dates d'expiration du matériel à l'UCS et la vérification du matériel dans le sac à transfert inter-établissements. En plus de cette AVA, l'infirmière effectue d'autres AVA dont des soins aux patients (30 minutes), de la rédaction de notes au dossier (22 minutes) ainsi que plusieurs autres actions dont préparer et administrer de la médication (5 minutes et 3 minutes), accompagner les patients (1 minute) et parler avec les patients et leur famille (3 minutes et 2 minutes). L'infirmière circule pendant 20 minutes de son quart de travail : circule matériel (9 minutes/ANVA), circule allège (7 minutes/ANVA), circule tournée (4 minutes/ANVA). La présence d'une infirmière auxiliaire à ce poste et lors de ce quart de travail est tout à fait justifiable. Pratiquement toutes les AVA effectuées par l'infirmière le seraient également pour l'infirmière

auxiliaire car ces actions sont comprises dans la définition de sa tâche. La Figure 9 à la page suivante représente les activités de l'infirmière au poste de l'UCS.

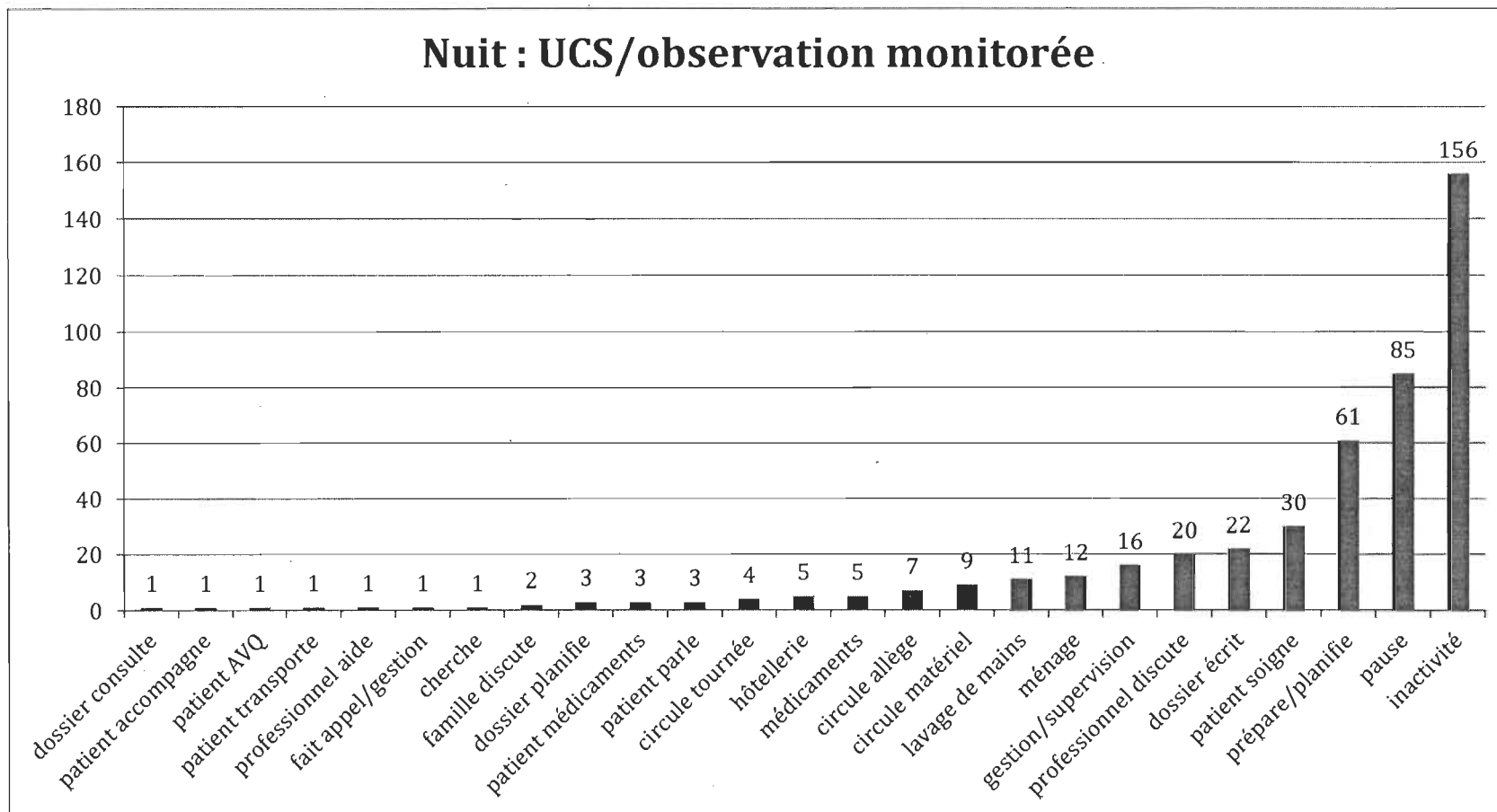


Figure 9. Activités observées chez l'infirmière du quart de travail de nuit à l'UCS/observation monitorée lorsque l'UCS est fermée.

Infirmière au poste de l'UCS. La Figure 10 présente les résultats obtenus par l'observation de l'infirmière à l'UCS. Tout d'abord, il a été difficile de pouvoir observer les infirmières travaillant à l'UCS, puisque ce secteur de l'urgence est très souvent fermé. Il a cependant été ouvert quelques fois et donc l'observation de l'infirmière travaillant à ce poste a été possible. L'infirmière travaillant à l'UCS de nuit se trouve seule au 2^e étage. L'infirmière à ce poste effectue des AVA de tout genre, par exemple, elle écrit au dossier (41 minutes), elle consulte le dossier (37 minutes), elle prépare/planifie (29 minutes), ce qui représente les mesures de précautions que devait prendre l'infirmière ayant sous ses soins des patients devant être en isolement pour la prévention des infections. Cette infirmière fait aussi de l'évaluation clinique (25 minutes/AVA). L'action patient/AVQ (29 minutes) démontre des ANVA. Cette action représente le temps où l'infirmière accompagnait les patients à la salle de bain ou le temps où elle effectuait des soins d'hygiène aux patients. De plus l'infirmière a effectué quelques ANVA dont circuler (circule allège, 13 minutes), (circule matériel, 1 minute), chercher du matériel (5 minutes) ainsi que des tâches reliées au ménage (3 minutes) et à l'hôtellerie (2 minutes). Lors de la collecte de données, l'observatrice a dû intervenir sur le terrain à plus d'une reprise pour venir en aide à l'infirmière observée. Se trouvant seule, elle ne pouvait venir en aide à plus d'un patient à la fois. De plus, compte tenu de l'heure à laquelle se produisent les événements nécessitant l'intervention de plus d'une personne, il se peut qu'aucune infirmière ne soit disponible pour venir en aide à l'infirmière. Lors de ce quart de travail, outre l'heure et demie suivant le début du quart de travail et l'heure et demie précédant la fin du quart de

travail, une infirmière parmi les quatre qui sont présentes est en temps de pause. Par exemple, si l'infirmière au triage doit demeurer à cet endroit pour accueillir les nouveaux patients, l'infirmière à la section observation monitorée assure une surveillance clinique des patients sur civières et l'ASI est en pause, cela fait en sorte qu'aucune relève n'est disponible en situation de crise. Lors de la période de collecte de données, l'UCS étant très souvent fermée, une seule infirmière a pu être observée. Lors de cette observation, l'infirmière était en TSO et l'ASI lui a permis de prendre une plus longue pause (128 minutes).

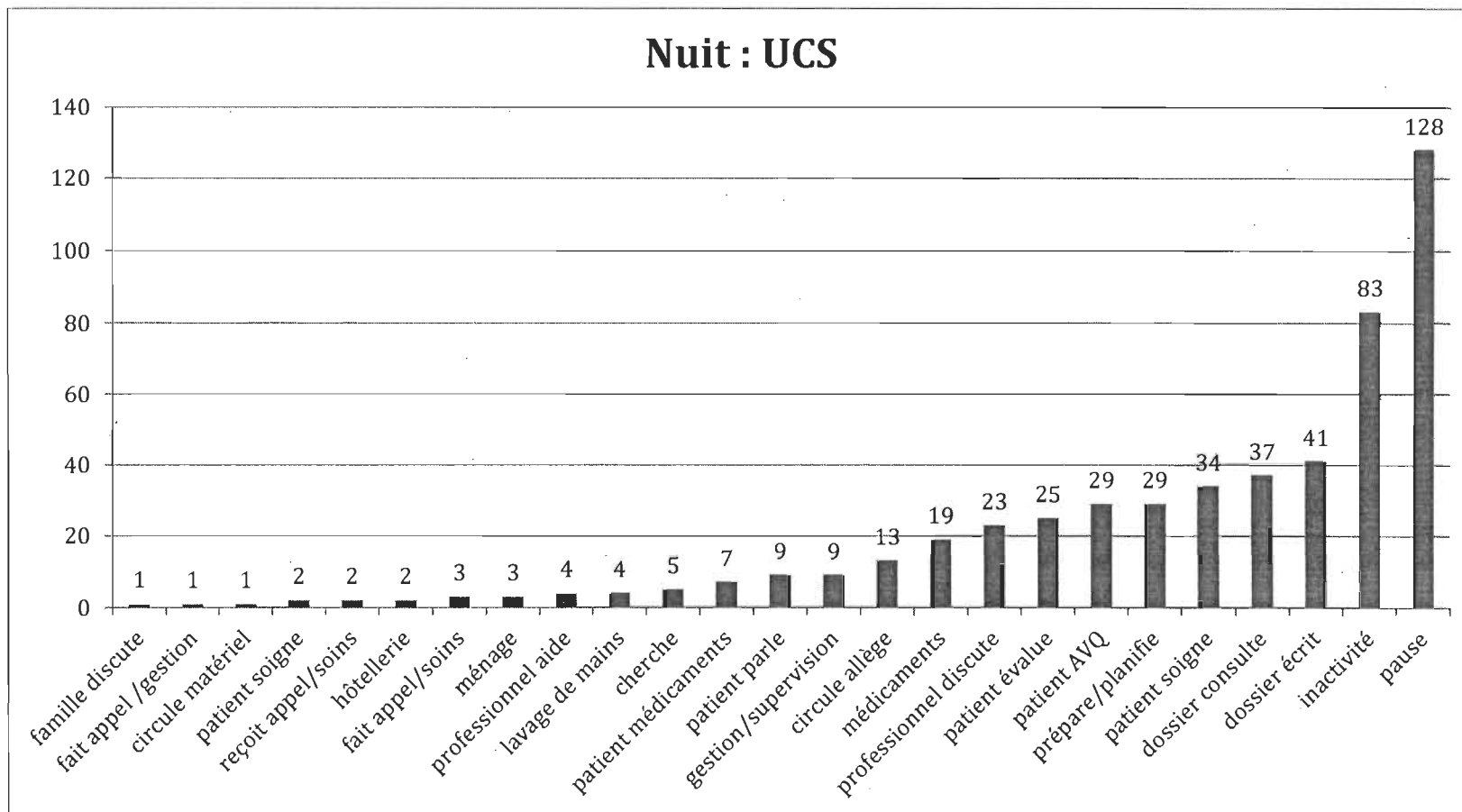


Figure 10. Activités observées chez l'infirmière du quart de travail de nuit à l'UCS lorsque l'UCS est ouverte.

Infirmières du quart de travail de jour

Infirmière ASI. L'ASI passe 90 minutes à discuter des soins avec des collègues, ce qui représente une AVA. Elle passe également 40 minutes à effectuer « avec professionnel enseigne ». Cette action est une AVA car il fait partie du rôle de l'ASI d'orienter les nouvelles infirmières ou les infirmières dans de nouveaux secteurs, comme en clinique externe. Par ailleurs, il faut noter que lors des observations, un médecin dépanneur était en fonction et ce dernier nécessitait plusieurs explications sur le fonctionnement de l'urgence. Cette action représente une AVA car l'ASI assure un suivi auprès du médecin et fait en sorte que le fonctionnement sera optimal. L'action gestion/supervision (62 minutes/ANVA) représente surtout la gestion des horaires. L'ASI doit retranscrire à la main à plus d'une reprise l'horaire de travail complet du personnel infirmier de l'urgence. Un commis administratif pourrait devenir responsable de l'élaboration des horaires de travail du personnel de l'urgence et contribuerait à retirer ces ANVA des tâches de l'ASI. L'infirmière passe également 36 minutes à circuler : circule allège (18 minutes/ANVA), circule matériel (18 minutes/ANVA). La Figure 11 présente le travail d'une ASI de jour.

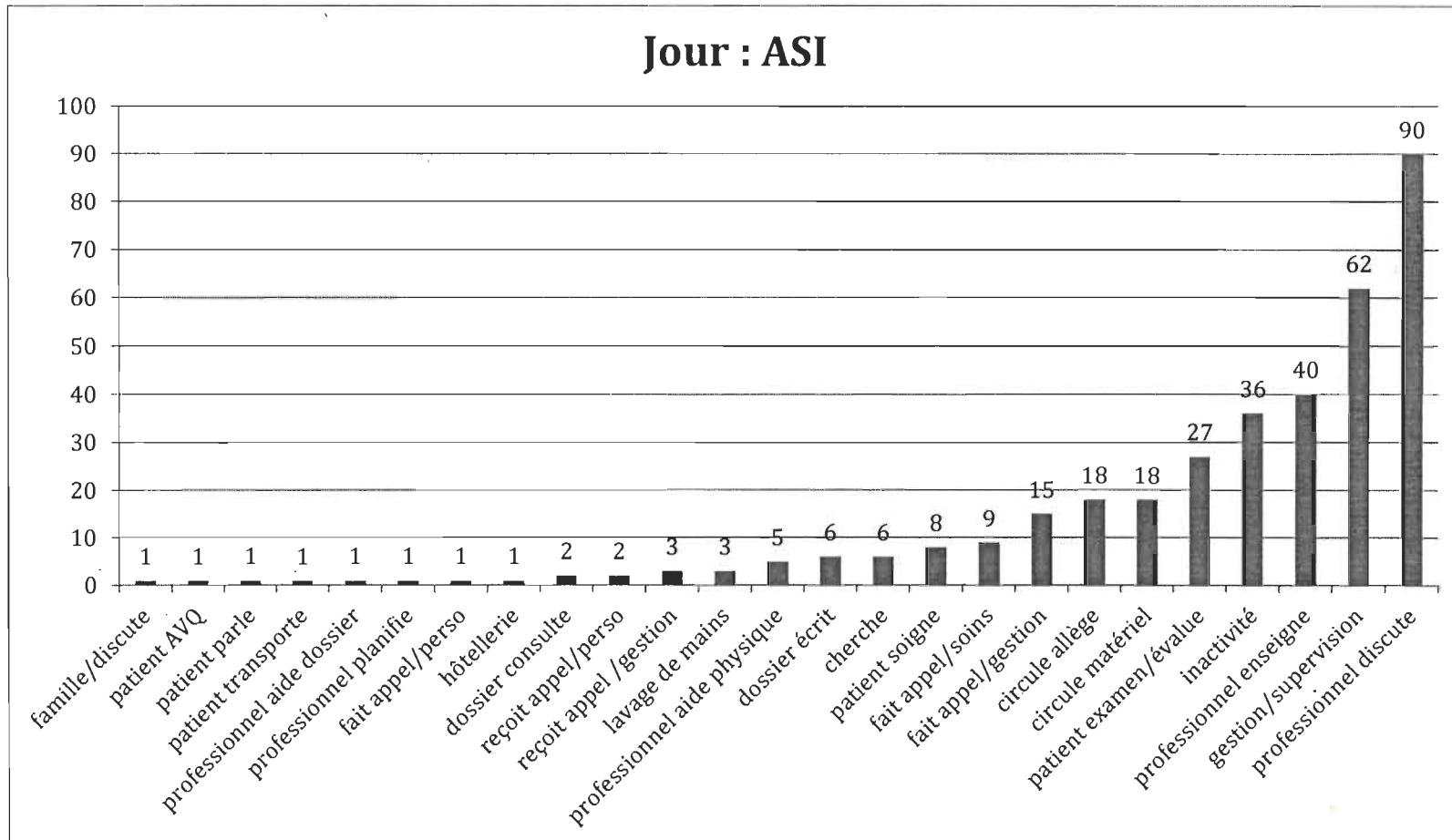


Figure 11. Activités observées chez l’infirmière ASI du quart de travail de jour.

Infirmière au poste de triage. L'infirmière attitrée au secteur triage effectue en majorité des AVA, soit de l'évaluation clinique (213 minutes), de la consultation de dossiers (36 minutes), des discussions avec professionnels (28 minutes) et de l'écriture aux dossiers (22 minutes). L'inactivité de l'infirmière au triage (46 minutes/ANVA) s'explique par le fait qu'il est essentiel que cette infirmière demeure à son poste en tout temps, en attente d'un nouveau patient. La Figure 12 démontre le travail effectué par cette infirmière.

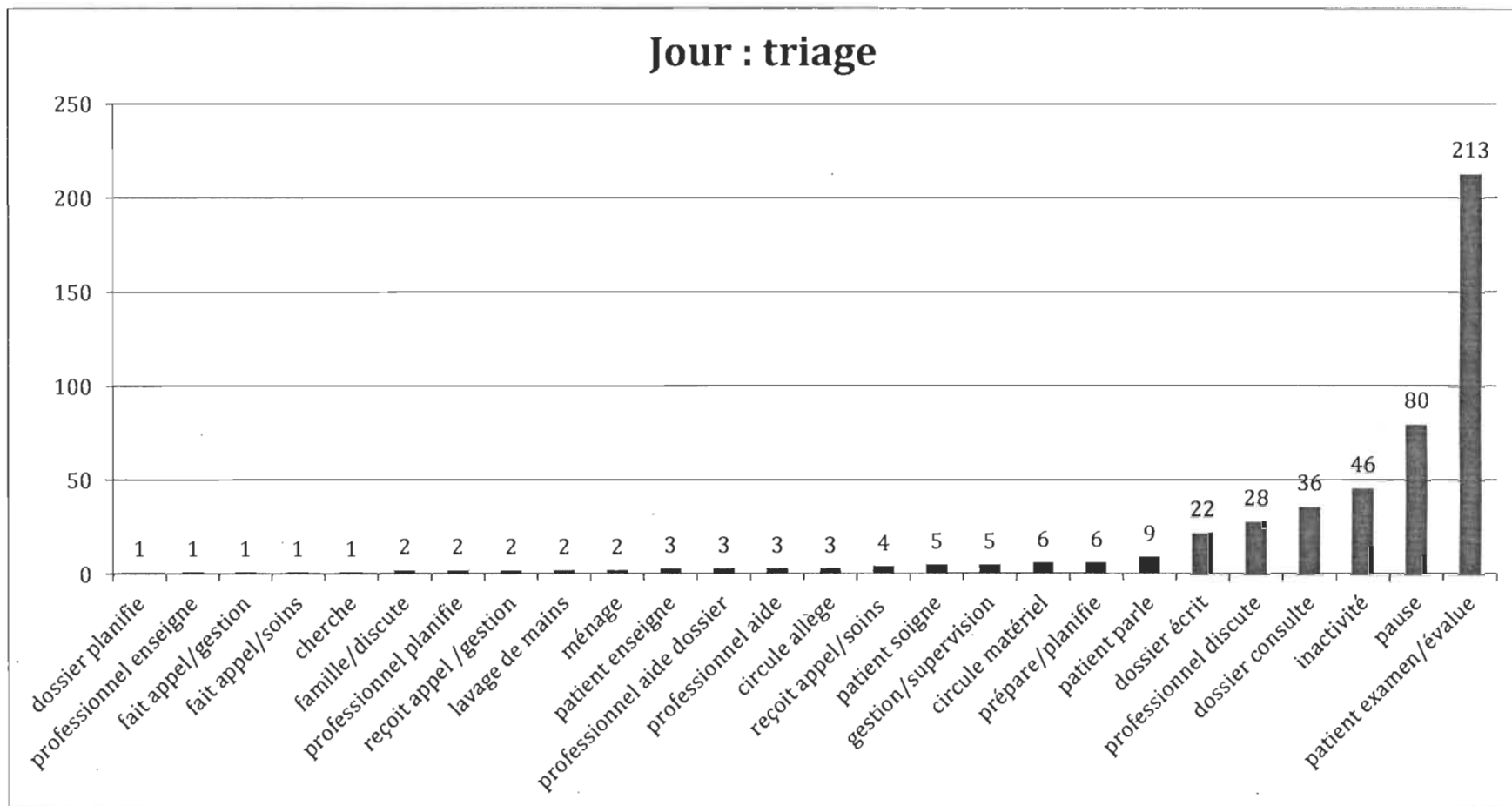


Figure 12. Activités observées chez l'infirmière du quart de travail de jour au triage.

Infirmière au poste d'observation/monitorée. L'infirmière travaillant dans le secteur observation de l'urgence passe près de 3 heures de son temps à effectuer des AVA, soit de la rédaction de notes au dossier (46 minutes), discute avec ses collègues (43 minutes), de la consultation de dossiers (34 minutes), de l'évaluation de patients (32 minutes) et des soins aux patients (19 minutes). L'action gestion/supervision (47 minutes/ANVA) lors de cette observation représente en quasi-totalité des tâches cléricales. Habituellement cette tâche est une AVA pour l'infirmière mais puisqu'ici, le contenu, en raison de la nature, pourrait être effectué par un agent administratif par exemple, cette action est considérée comme une ANVA. En plus des tâches cléricales, l'infirmière effectue d'autres ANVA dont des déplacements : circule allège (16 minutes/ANVA), circule matériel (12 minutes/ANVA), du ménage (5 min) et de l'hôtellerie (3 min), c'est-à-dire servir et desservir des cabarets à repas. En général, ce quart de travail représente bien le travail typique d'une infirmière au secteur monitoré au quotidien. La Figure 13 présente les résultats obtenus à la suite de l'observation de ce poste de travail.

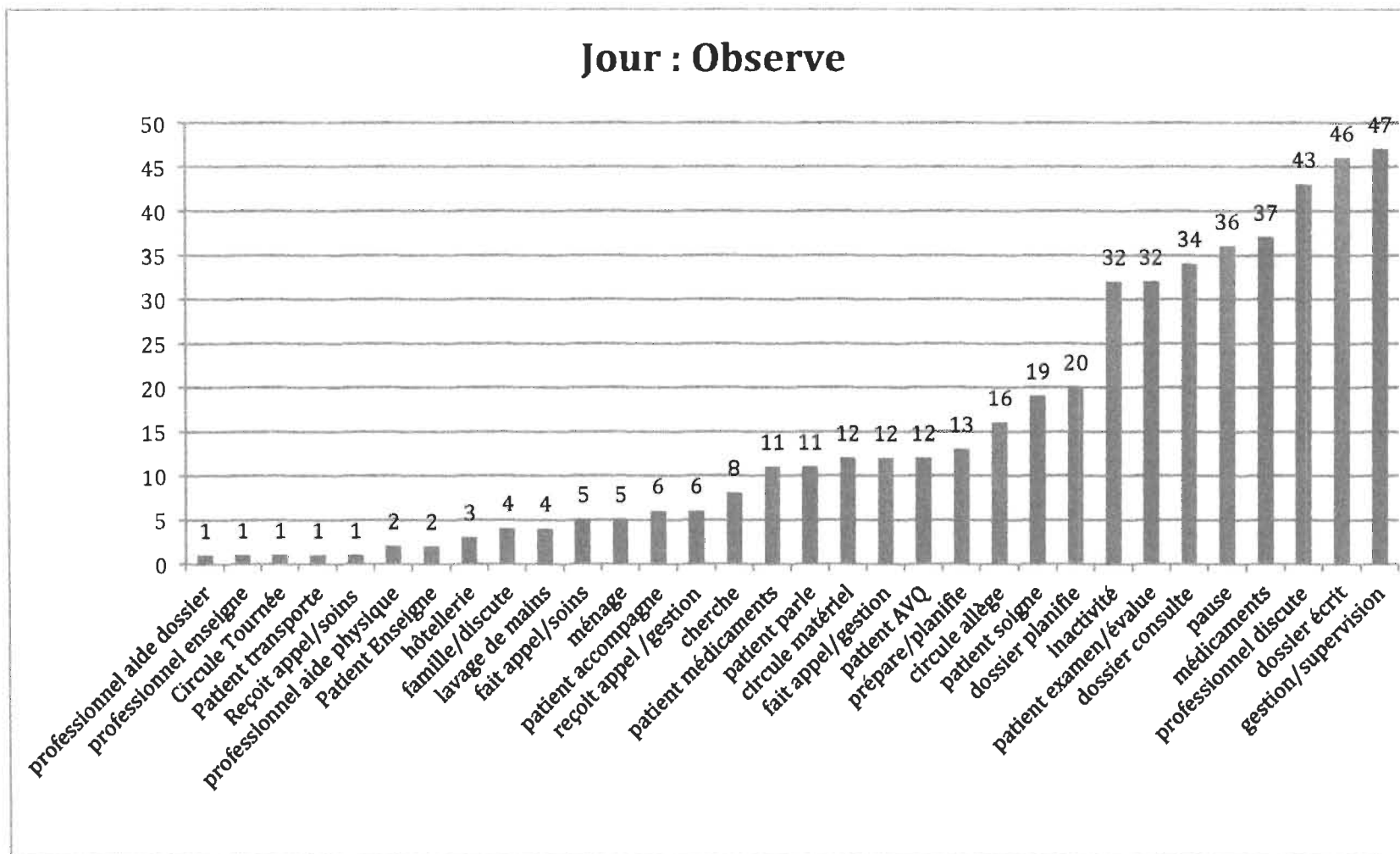


Figure 13. Activités observées chez l'infirmière du quart de travail de jour à l'observation monitorée.

Infirmière au poste de l'urgence. Cette infirmière effectue beaucoup d'AVA dont, soigner les patients (82 minutes) et communiquer avec ses collègues (52 minutes) car cela est son rôle dans ce secteur spécifique de l'urgence. Elle effectue d'autres AVA comme de la gestion/supervision (39 minutes), de la consultation de dossiers (23 minutes), de l'écriture aux dossiers (22 minutes), de l'évaluation clinique (19 minutes), de la préparation de médicaments (17 minutes) et l'administration de médicaments (8 minutes). L'infirmière occupant ce poste de travail effectue beaucoup d'AVA et sa présence est indispensable. Il faut aussi noter que cette infirmière passe 30 minutes, en ANVA, à circuler pour se déplacer d'un endroit à l'autre (15 minutes) ou pour aller chercher du matériel (15 minutes) en raison de la disposition des secteurs de l'urgence. La Figure 14 représente l'infirmière travaillant au poste de l'urgence.

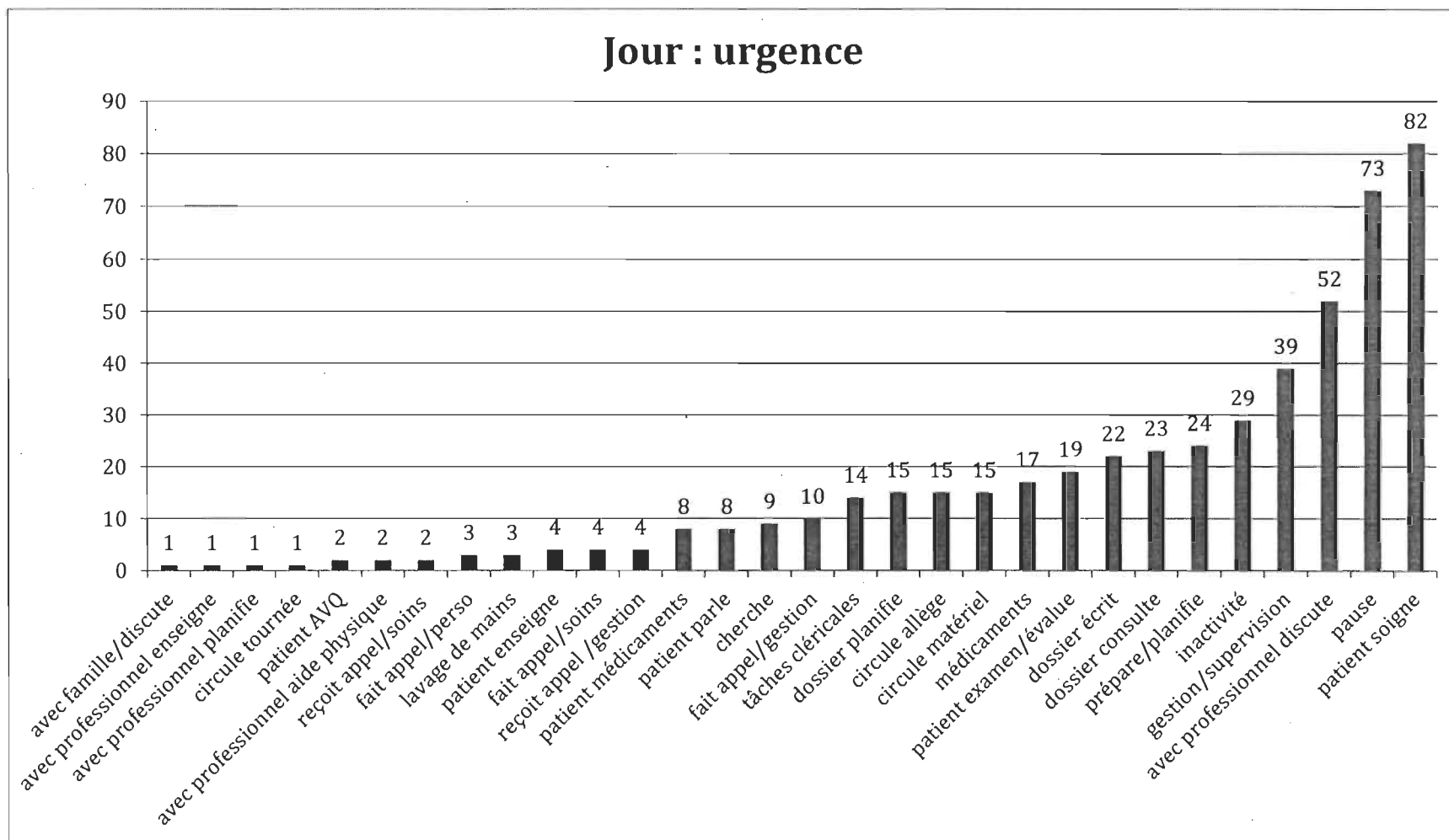


Figure 14. Activités observées chez l'infirmière du quart de travail de jour à l'urgence.

Infirmière au poste de santé ambulatoire. L'infirmière au poste de santé ambulatoire passe 3 heures et 21 minutes (201 minutes) à effectuer des AVA directement en lien avec ses fonctions, soit donner des soins aux patients (66 minutes), évaluer les patients (52 minutes), écrire aux dossiers (30 minutes), préparer et planifier les soins (22 minutes), parler aux patients (20 minutes) et effectuer de la gestion/supervision (11 minutes). Cependant, une période d'inactivité de 106 minutes est notée et s'explique en raison d'un manque de rendez-vous. La Figure 15 démontre le travail de cette infirmière.

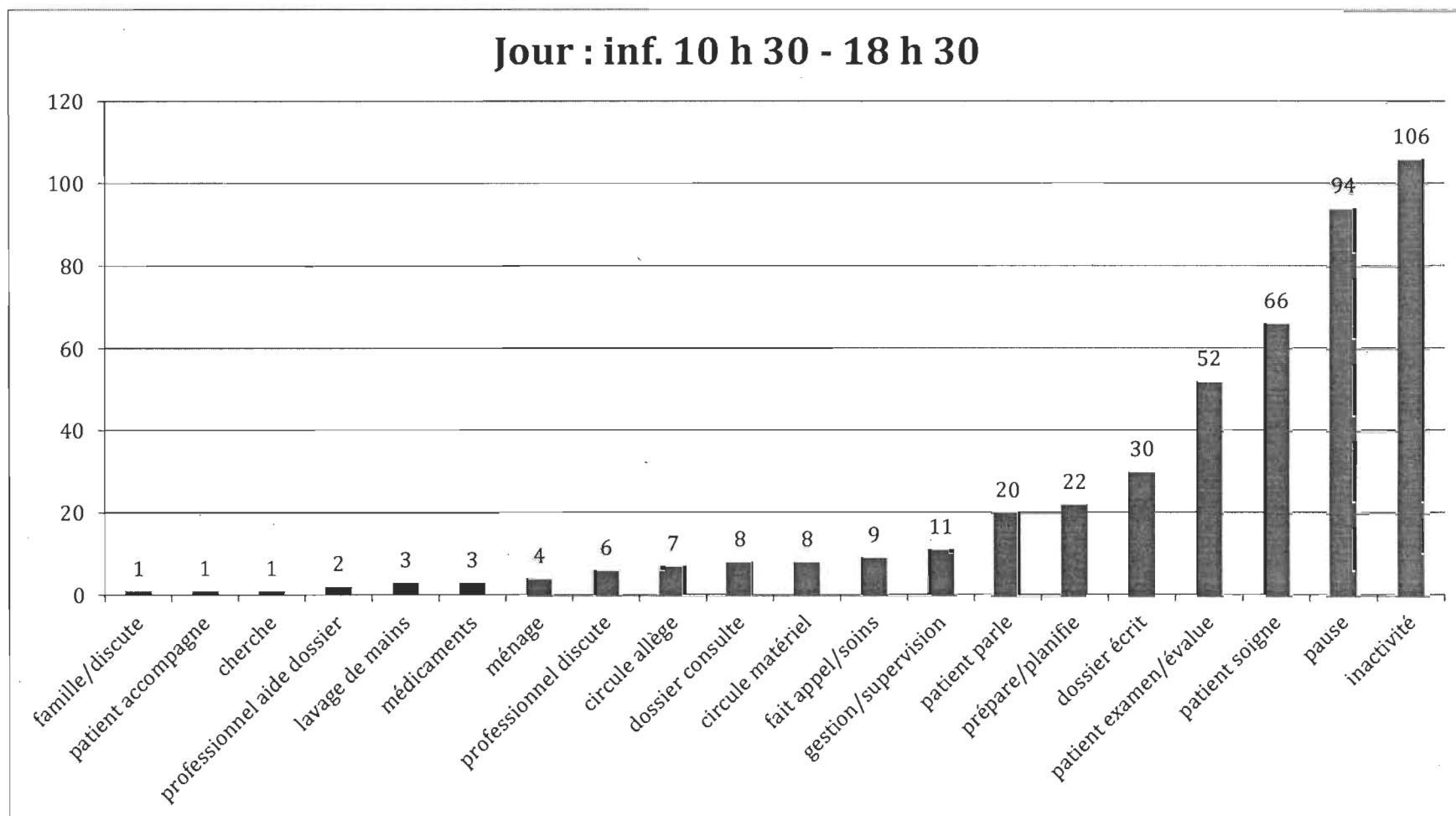


Figure 15. Activités observées chez l'infirmière du quart de travail de jour en santé ambulatoire.

Infirmière au poste de remplacement de pauses/approvisionnement.

L'infirmière travaillant à ce poste de travail est responsable de remplacer les pauses de chaque infirmière à tour de rôle de sorte que ces dernières puissent bénéficier de leur temps de pause sans laisser leur poste à découvert. Cette infirmière doit remplacer des pauses le matin ainsi que d'autres pauses pour les repas. Elle doit obtenir un rapport de la situation de soins des patients qu'elle prendra en charge pendant les pauses de ses collègues (79 minutes/AVA). Elle passe plus de 2 heures et demie (154 minutes) à effectuer des AVA directement en lien avec les soins aux patients, soit préparer et planifier les soins (58 minutes), effectuer de l'évaluation clinique (25 minutes), prodiguer des soins aux patients (23 minutes), faire de la rédaction de notes aux dossiers (16 minutes), aider physiquement ses collègues (13 minutes), parler aux patients (11 minutes) et faire de la gestion/supervision (8 minutes). Cependant, elle effectue aussi des ANVA comme du ménage (10 minutes), servir et desservir des cabarets (hôtellerie, 8 minutes), effectuer des soins d'hygiène aux patients (patient AVQ, 7 minutes), chercher du matériel (2 minutes) et accompagner des patients à la toilette (2 minutes). Par ailleurs, cette infirmière effectue également des ANVA comme circuler à travers les différents secteurs de l'urgence : circule allège (16 minutes), circule matériel (9 minutes). Étant donné la nature de son poste qui est de remplacer des pauses, cela est une action nécessaire. Toutefois, si l'urgence était configurée autrement, cette infirmière aurait possiblement moins de pas à faire pour se rendre d'un endroit à l'autre. L'inactivité (69 minutes) est expliquée de plusieurs raisons dont par le fait que, normalement, l'infirmière de ce poste doit effectuer la commande de matériel pour tous

les secteurs de l'urgence mais, pour une raison inconnue, elle ne doit pas la faire lors de l'observation. Il arrive aussi qu'elle soit inactive pendant l'attente de remplacement de pauses d'autres infirmières. Cette ANVA (approvisionnement) qui prend habituellement un peu plus d'une heure pourrait sans doute être effectuée par un commis. La Figure 16 représente les activités de l'infirmière.

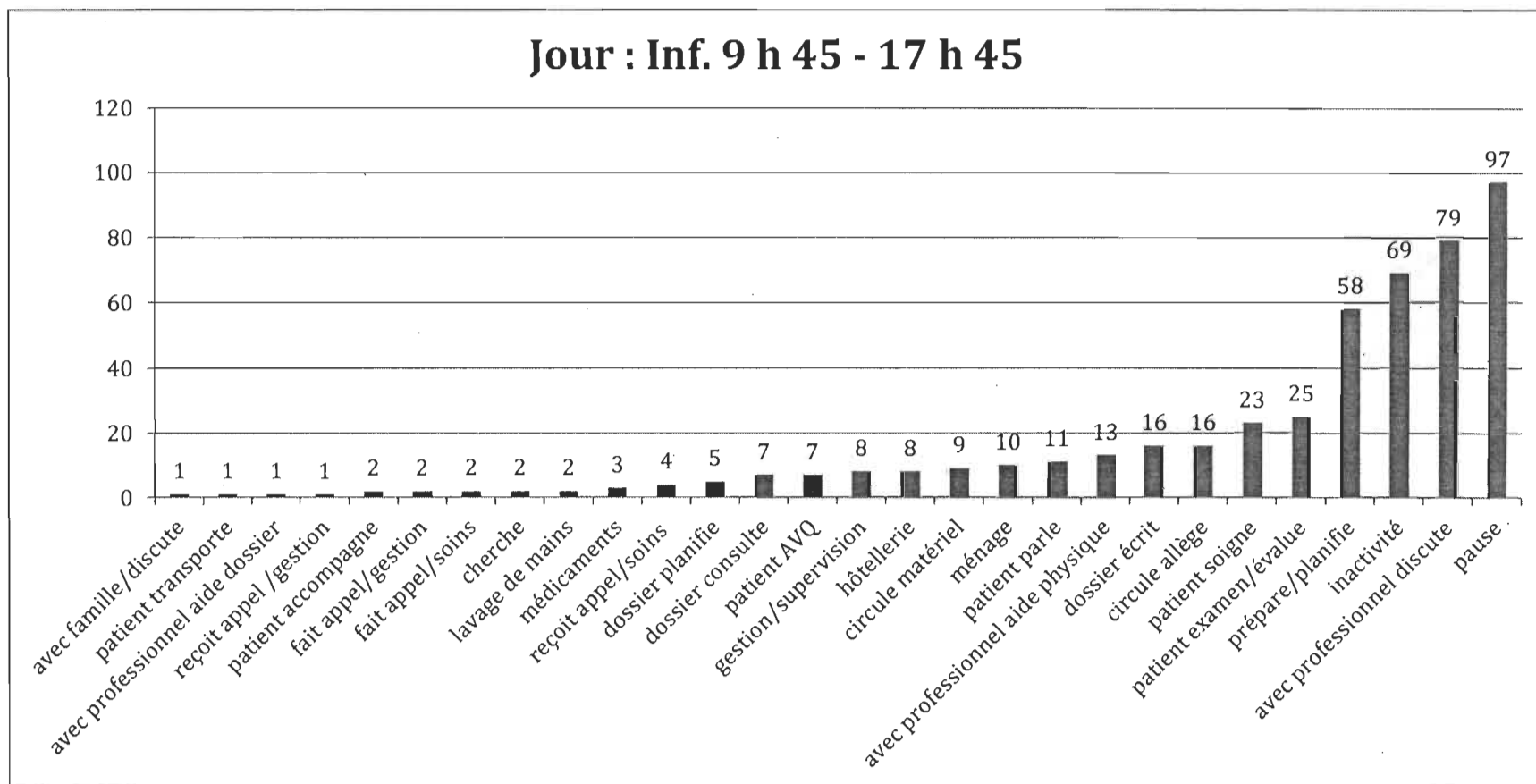


Figure 16. Activités observées chez l'infirmière du quart de travail de jour au poste de remplacement de pauses/approvisionnement.

Infirmière au poste de clinique externe d'orthopédie. L'infirmière au poste de clinique externe d'orthopédie prépare et planifie le matériel nécessaire (72 minutes/AVA) dans chaque salle, avant l'arrivée du médecin, ainsi qu'entre chaque consultation. Ce matériel est nécessaire aux techniques de soins et la préparation du matériel nécessaire à l'intervention demande une connaissance des soins, de la part de la personne qui le prépare. L'infirmière doit donner des explications et des renseignements aux patients (48 minutes/AVA) et à leur famille (12 minutes/AVA). Elle doit aussi discuter avec le médecin des soins aux patients (48 minutes/AVA), préparer de la médication (24 minutes/AVA), consulter les dossiers (17 minutes/AVA) et planifier les soins à partir du dossier (14 minutes/AVA). L'inactivité représente 140 minutes. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette ANVA dont le non-respect du début de la clinique en raison du retard des orthopédistes, ce qui fait en sorte que l'infirmière passe des minutes d'inactivité en attendant l'arrivée du médecin. De plus, lorsque les patients sont en consultation avec le médecin, l'infirmière doit patienter et attendre la fin de la consultation et demeurer disponible au cas où l'orthopédiste aurait besoin de son aide. Il faut aussi noter qu'il arrive que l'infirmière ne puisse pas bénéficier des 75 minutes de pause prévues (60 minutes observées) puisque le médecin ne prend pas de pause. En plus de ne pas pouvoir prendre ce temps de pause, elle doit aller chercher le repas de l'orthopédiste à la cafétéria car ce dernier s'alimente entre ses consultations de sorte qu'il puisse voir plus de patients et rattraper le retard dans les rendez-vous, s'il y en a. La Figure 17 représente les activités de l'infirmière en orthopédie.

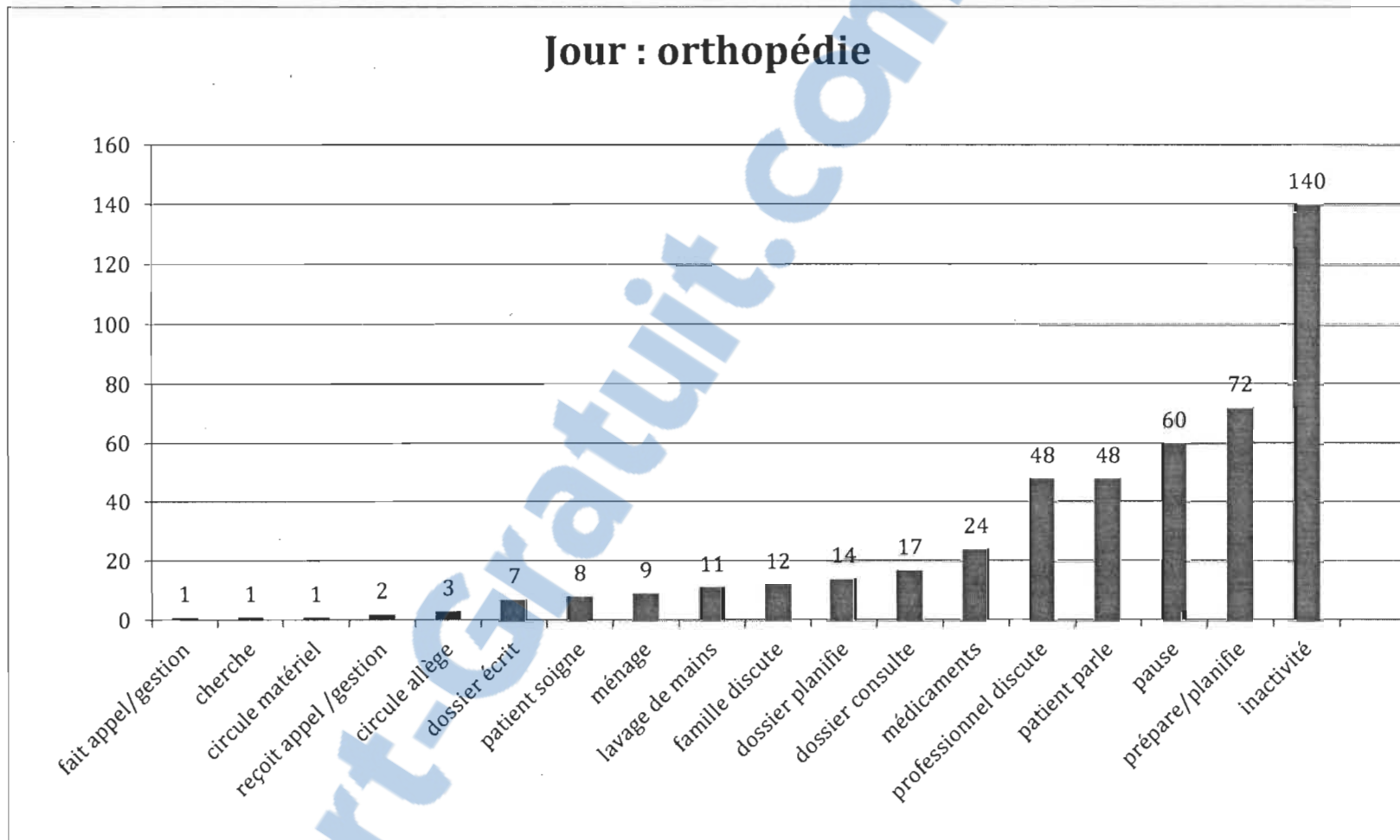


Figure 17. Activités observées chez l'infirmière du quart de travail de jour travaillant en clinique externe d'orthopédie.

Infirmière au poste de clinique externe de chirurgie. Une des infirmières présente en clinique de chirurgie a pour rôle d'accompagner/d'assister le médecin lors des interventions chirurgicales, entre autres lors du retrait de polypes en cours d'une intervention endoscopique (92 minutes /AVA). Cette action a été notée sous gestion/supervision. L'infirmière doit discuter avec ses collègues (22 minutes/AVA) pour assurer le bon fonctionnement de la clinique et aider physiquement ses collègues lors des interventions (18 minutes/AVA). L'infirmière en clinique externe de chirurgie doit arriver avant le début du quart de travail (environ 1 heure) car elle doit stériliser les endoscopes avant le début des chirurgies et examens. L'action « ménage » désigne le nettoyage des instruments. Cette stérilisation de matériel (139 minutes) est une ANVA pour l'infirmière et pourrait très bien être effectuée par un préposé à la stérilisation. L'action « prépare/planifie » (35 minutes/ANVA) désigne la préparation de la salle d'examen, du matériel nécessaire à la procédure et elle ne nécessite pas des compétences infirmières. Les infirmières travaillant lors de cette clinique ne peuvent prendre la totalité des pauses qui leur sont permises étant donné qu'elles doivent suivre l'horaire du médecin avec lequel elles travaillent. Le raccourcissement de ce temps de pause varie selon le médecin en fonction. Prenant moins de temps de pause (55 minutes), l'infirmière est en mesure de nettoyer tous les endoscopes et de terminer son quart de travail à l'heure prévue. Il faut toutefois noter que le temps de pause et de repas non pris ne peut être payé en temps supplémentaire.

Lors de certaines journées où des chirurgies en rafales sont pratiquées, trois infirmières sont présentes pour ce poste, soit une infirmière qui assiste les interventions chirurgicales (AVA), une infirmière qui accueille les patients en période post-opératoire immédiate (AVA) ainsi qu'une troisième infirmière qui est responsable du nettoyage et de la stérilisation des instruments (ANVA). Cette dernière pourrait être remplacée par un préposé à la stérilisation ou un PAB. La Figure 18 illustre les activités de l'infirmière en clinique externe de chirurgie lors d'une journée régulière.

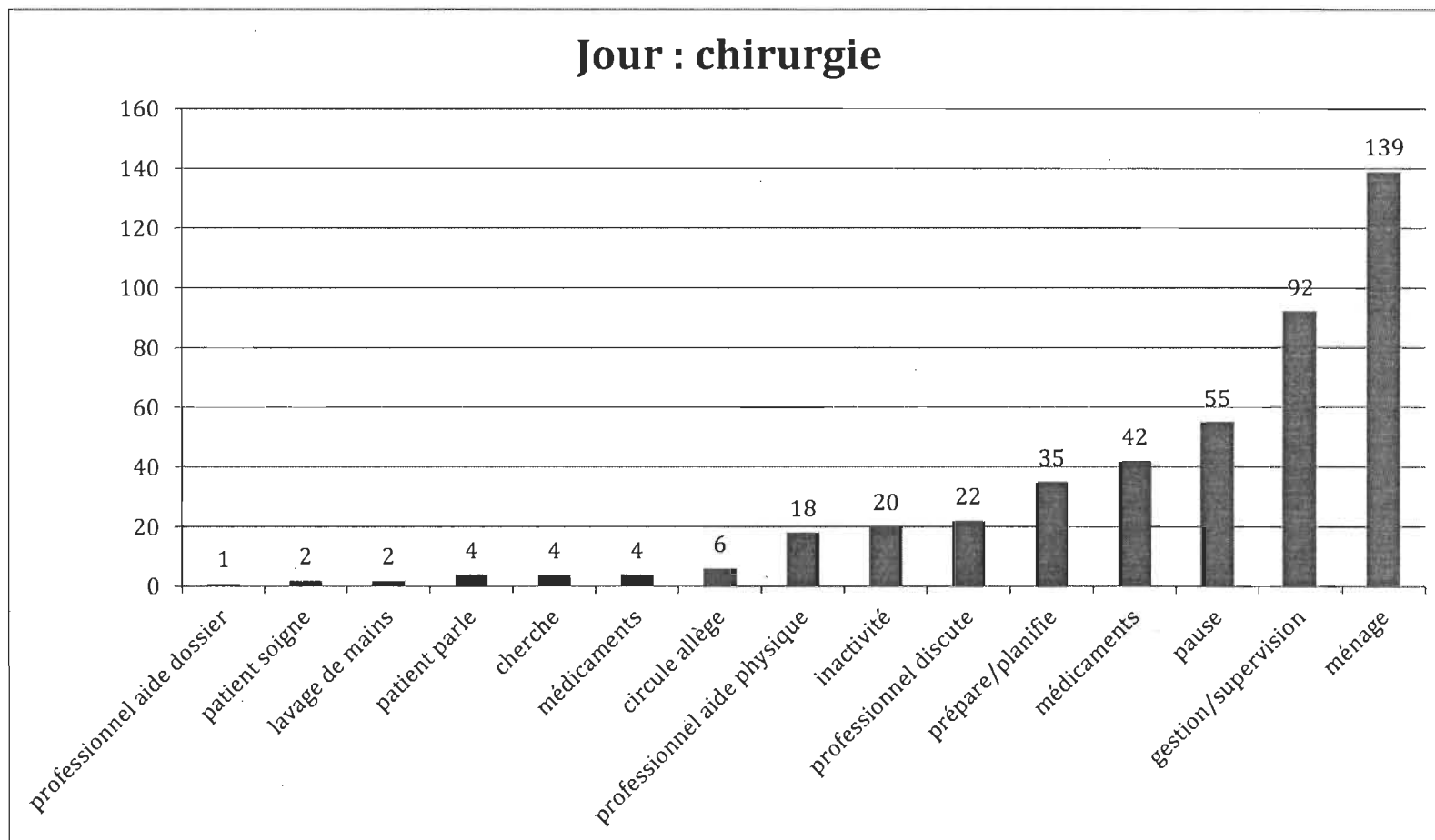


Figure 18. Activités observés chez l'infirmière du quart de travail de jour en clinique externe de chirurgie.

Infirmière au poste de clinique externe d'ORL. Tout d'abord, l'infirmière en clinique externe d'ORL effectue plusieurs AVA dont assister le médecin pendant les interventions (135 minutes/AVA) qui correspond à « avec professionnel aide physique », préparer et planifier le matériel et la salle pour les interventions (60 minutes/AVA), effectuer des soins aux patients (50 minutes/AVA), faire de la gestion/supervision (32 minutes/AVA) et discuter avec ses collègues (31 minutes/AVA). Elle effectue aussi des ANVA dont des déplacements inutiles : circule allège (15 minutes), circule matériel (7 minutes). Elle effectue du ménage (9 minutes) et cherche du matériel (8 minutes). Considérant que l'infirmière en clinique d'ORL n'effectue pas concrètement d'évaluation de patients, une infirmière auxiliaire pourrait effectuer le travail de l'infirmière lors de cette clinique. La Figure 19 démontre le travail effectué par l'infirmière au poste de clinique externe d'ORL.

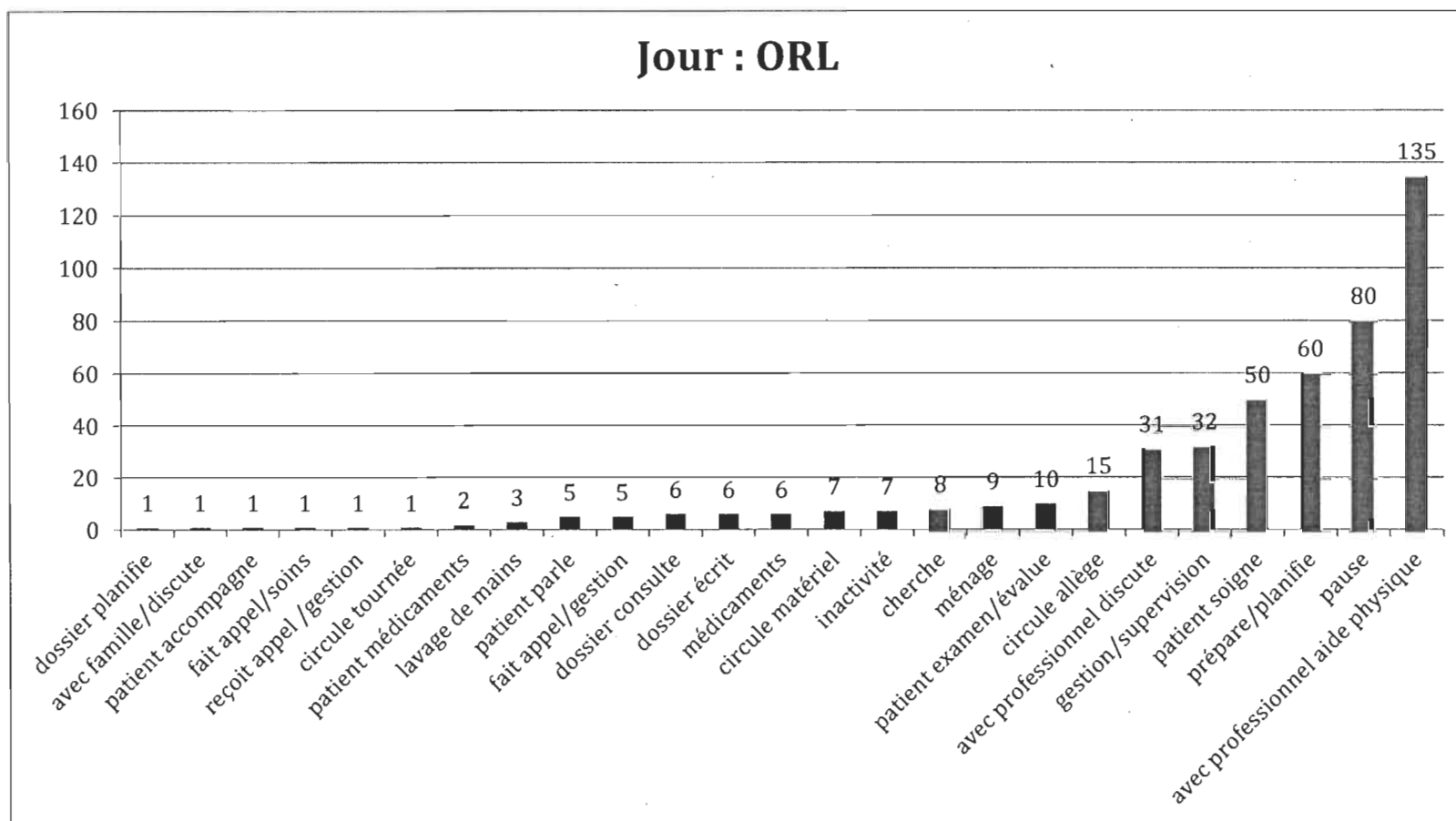


Figure 19. Activités observées chez l'infirmière du quart de travail de jour en clinique externe d'ORL.

Infirmières du quart de travail de soir

Infirmière ASI. Lors de ce quart de travail, tout comme pour tous les autres quarts de travail, il arrive que des transferts de patients vers un centre plus spécialisé aient lieu. Pour l'année 2010-2011, 98 transferts ont eu lieu de nuit, 338 transferts ont eu lieu de jour et 258 transferts ont eu lieu de soir. L'ASI doit alors remplacer le poste de l'infirmière ayant quitté en transfert. Comme cette situation est assez fréquente en soirée, cela explique le fait que l'ASI peut avoir des patients à sa charge. Parmi les AVA qu'effectue l'infirmière, se retrouvent l'évaluation clinique (80 minutes/AVA), de la gestion/supervision (59 minutes/AVA), discuter avec ses collègues (58 minutes/AVA), prodiguer des soins aux patients (25 minutes/AVA), écrire au dossier (21 minutes/AVA) et préparer de la médication (15 minutes/AVA). L'ASI passe du temps auprès de ses collègues à offrir de l'enseignement (9 minutes/AVA) et de la collaboration physique (2 minutes/AVA). Étant disponible pour tous les secteurs de l'urgence, l'ASI circule pour se déplacer d'un endroit à l'autre (38 minutes/ANVA), pour aller récupérer du matériel dans un autre secteur de l'urgence (10 minutes/ANVA) ou pour transporter des patients en examen (2 minutes/ANVA). Elle effectue aussi du ménage (10 minutes/ANVA) et des activités reliées à l'hôtellerie (3 minutes/ANVA). La Figure 20 représente le travail effectué par l'infirmière ASI du quart de travail de soir.

Soir : ASI

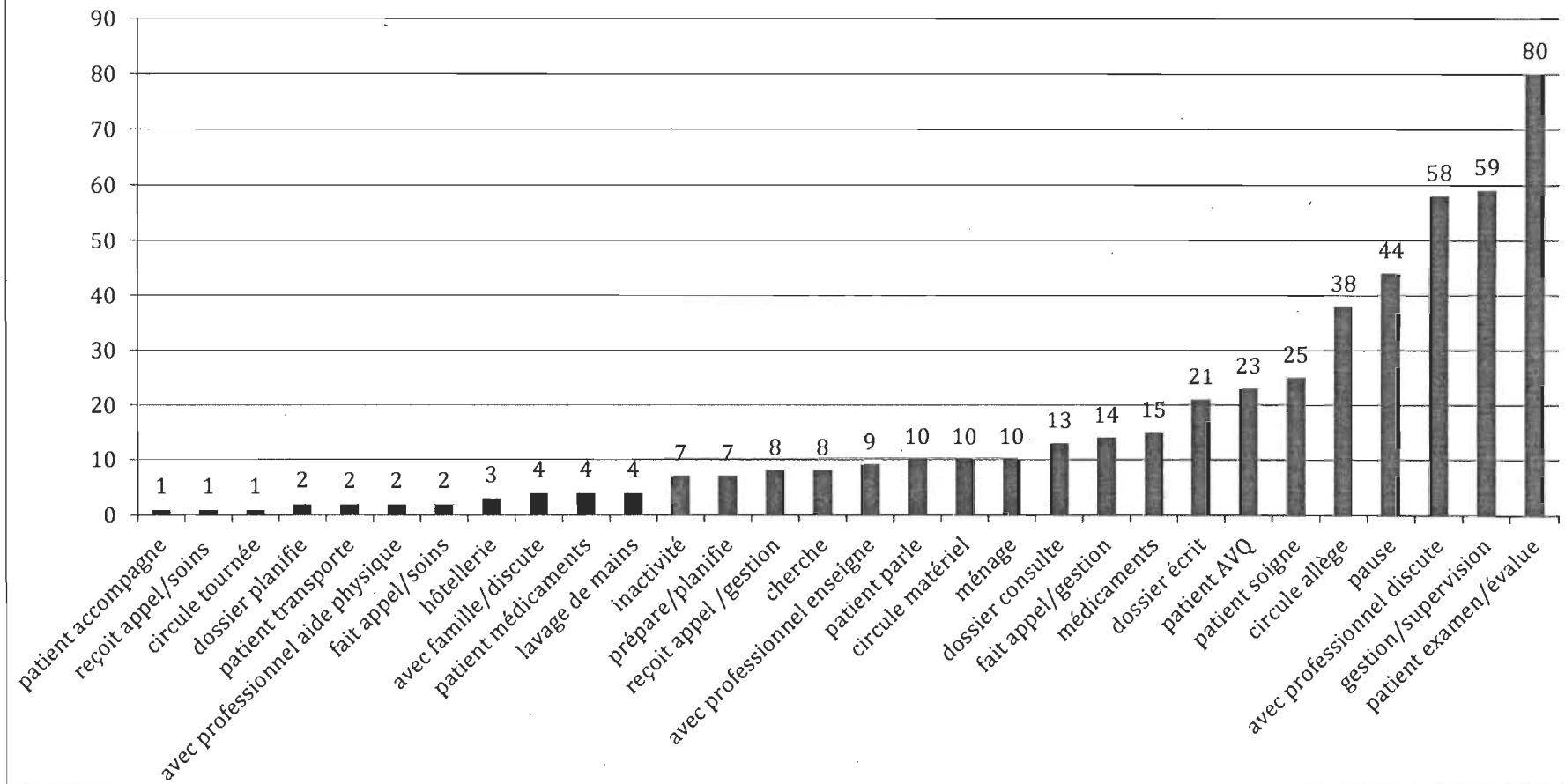


Figure 20. Activités observées chez l'infirmière ASI du quart de travail de soir.

Infirmière au poste de triage. L'infirmière travaillant au triage effectue l'essentiel de son rôle, c'est-à-dire de l'évaluation clinique (190 minutes/AVA). De plus, elle effectue d'autres AVA dont discuter avec ses collègues au sujet des patients (29 minutes), consulter les dossiers (29 minutes), écrire aux dossiers (20 minutes), discuter avec les patients (11 minutes) et préparer et planifier les soins (8 minutes). Cependant, tout comme les infirmières travaillant au triage sur le quart de travail de nuit et de jour, elle est inactive pendant 71 minutes (ANVA). Ce temps est la période où elle attend que de nouveaux patients se présentent au triage. Bien qu'il s'agisse d'une ANVA en raison du poste de l'urgence qu'elle occupe, soit le triage, il faut voir cette infirmière comme occupant un poste stratégique et elle doit rester en poste (service aux patients). Elle effectue certaines ANVA comme du ménage (6 minutes), se déplacer pour aller chercher du matériel (6 minutes), se déplacer pour se rendre d'un endroit à l'autre dans l'urgence (5 minutes) et chercher du matériel placé au mauvais endroit (3 minutes). La Figure 21 démontre le travail effectué par l'infirmière du quart de travail de soir au poste du triage.

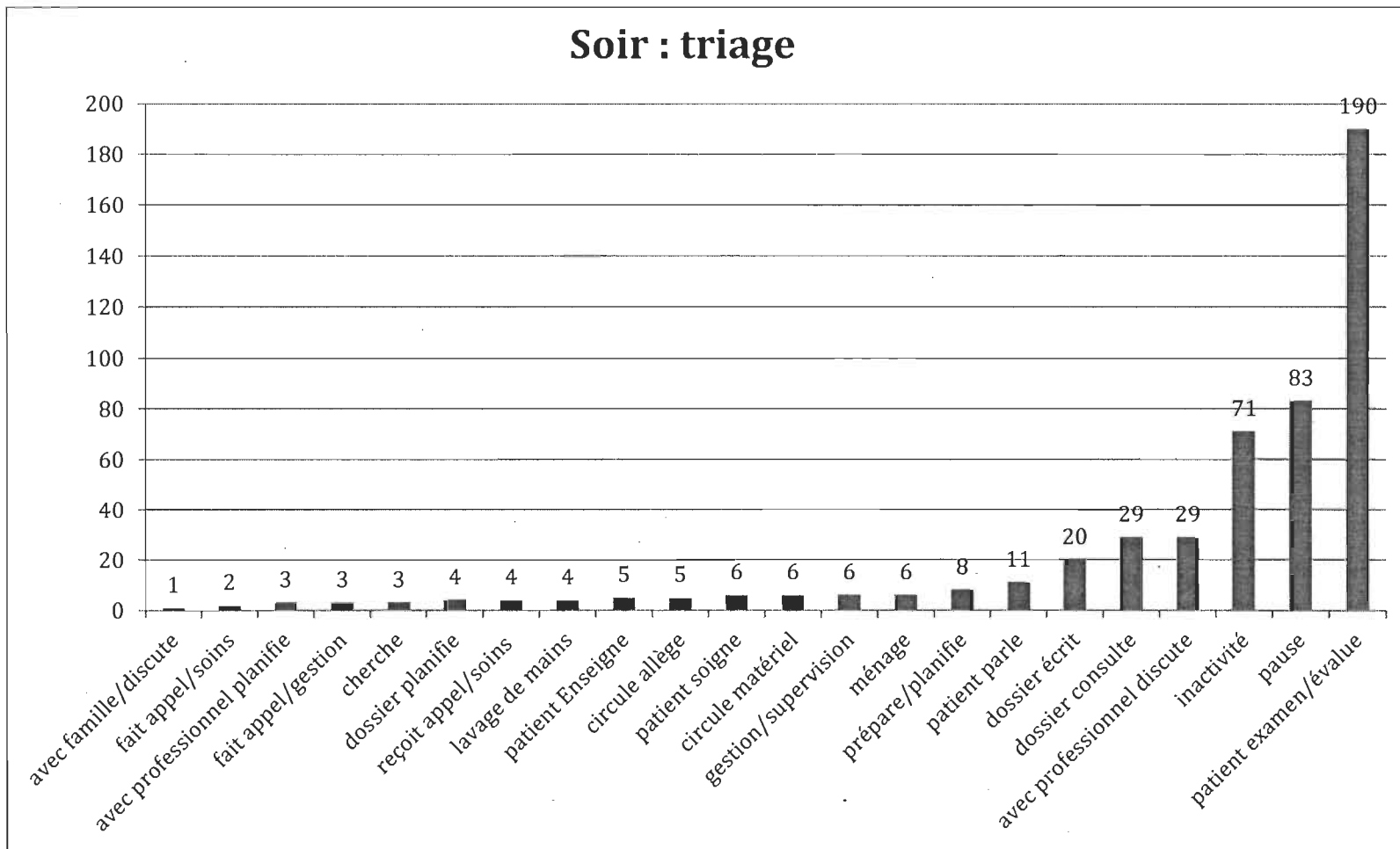


Figure 21. Activités observées chez l’infirmière du quart de travail de soir au triage.

Infirmière au poste d'observation. L'infirmière au poste d'observation effectue de nombreuses AVA, soit discuter avec ses collègues (59 minutes), écrire aux dossiers (56 minutes), prodiguer des soins aux patients (41 minutes), préparer et planifier les soins (34 minutes), consulter les dossiers (30 minutes), effectuer de la gestion/supervision (28 minutes), préparer de la médication (25 minutes) et faire de l'évaluation clinique (25 minutes). L'infirmière passe 19 minutes (ANVA) à circuler pour se déplacer d'un endroit à l'autre (11 minutes) ou pour aller chercher du matériel (8 minutes) dont elle a de besoin. La Figure 22 représente le travail qu'effectue l'infirmière du quart de travail de soir au poste d'observation.

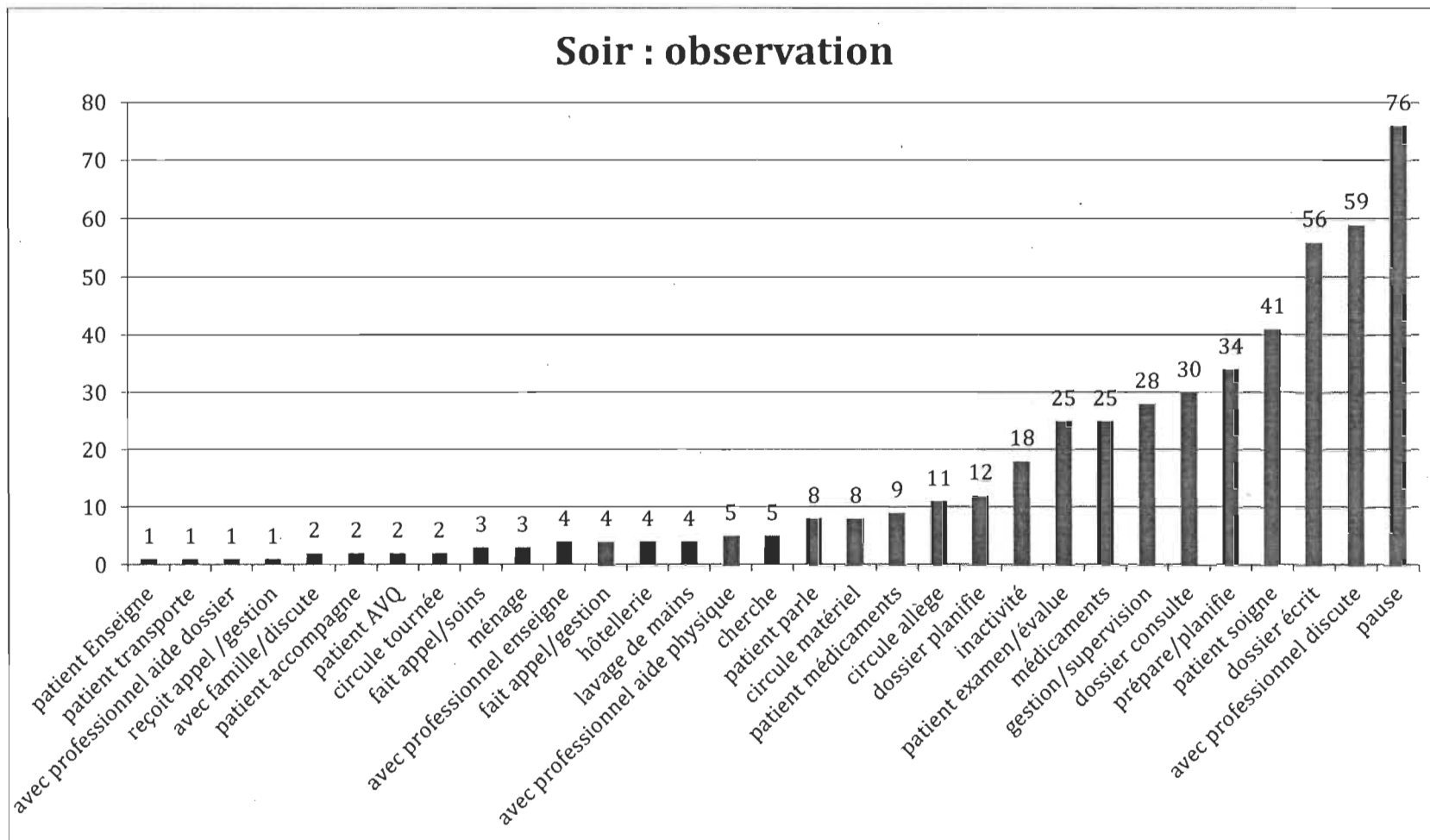


Figure 22. Activités observées chez l'infirmière du quart de travail de soir à l'observation.

Infirmière au poste de l'urgence. L'infirmière travaillant au poste de l'urgence accomplit plusieurs AVA. Parmi celles-là, elle prépare et planifie les soins (54 minutes) en relevant des nouvelles prescriptions et autres dans le dossier. Elle effectue d'autres AVA, dont prodiguer des soins aux patients (48 minutes), discuter avec ses collègues au sujet des soins (39 minutes), parler avec les patients pour leur fournir du soutien (14 minutes) ou de l'information au sujet des soins (3 minutes). L'infirmière à ce poste est inactive pendant 90 minutes (ANVA) étant donné que, lors des observations, le médecin en fonction est un médecin habitué et régulier et qu'il est très autonome. Cela démontre tout le temps qui peut être rentabilisé à effectuer des AVA contrairement à un quart de travail où un médecin dépanneur est en service. Pendant une certaine période d'inactivité, l'infirmière est en attente de résultats de laboratoire. La présence d'un manque de communication entre le service de laboratoire et celui de l'urgence fait en sorte que les infirmières ne sont pas au courant lorsque les employés du service de laboratoire prennent leurs pauses. L'infirmière fait des ANVA comme des tâches cléricales (44 minutes) qui pourraient être faites par une commis ou une adjointe administrative. Cette infirmière perd du temps (39 minutes/ANVA) à circuler soit pour se déplacer d'un endroit à l'autre (26 minutes/ANVA) en raison de la configuration du secteur de l'urgence ou pour aller chercher du matériel (13 minutes/ANVA) dans d'autres secteurs de l'urgence. La Figure 23 représente le travail de l'infirmière attitré au poste de travail de soir à l'urgence.

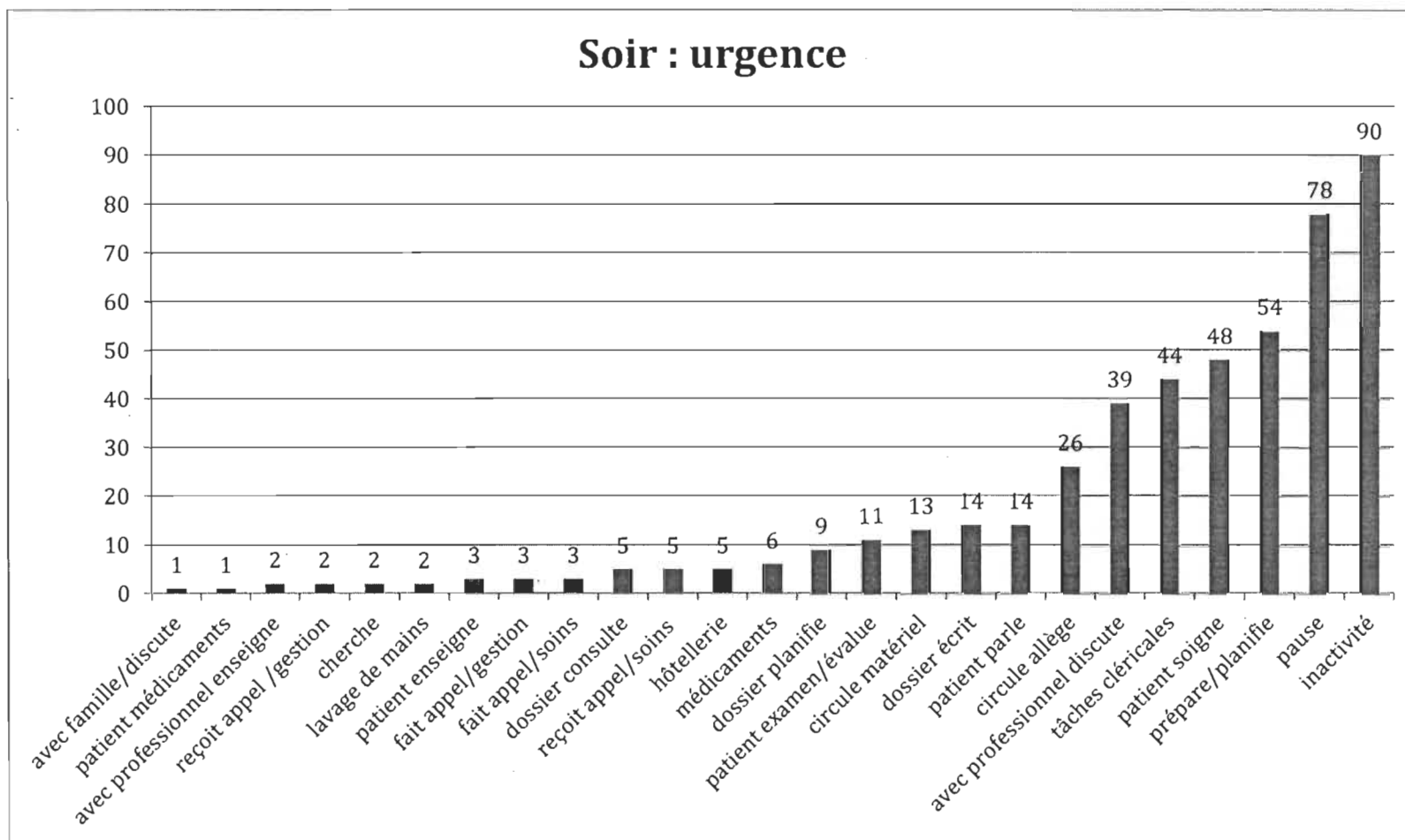


Figure 23. Activités observées chez l'infirmière du quart de travail de soir à l'urgence.

Infirmière au poste de l'UCS. L'infirmière qui travaille à l'UCS de soir effectue en majorité des AVA. Ces AVA sont des activités reliées à la préparation de médicaments (63 minutes), aux soins aux patients (42 minutes), aux discussions auprès de ses collègues (40 minutes), à l'écriture aux dossiers (36 minutes), à la consultation des dossiers (27 minutes) et à l'évaluation clinique (23 minutes/AVA). Par ailleurs, cette infirmière consacre également 18 minutes à la planification des soins au dossier (AVA), 13 minutes à la gestion/supervision (AVA), 12 minutes à l'administration des médicaments aux patients (AVA), 11 minutes à des appels téléphoniques reliés aux soins (AVA) ainsi que 10 minutes à parler aux patients (AVA). Par contre, un peu plus de 15 minutes de son temps sont allouées à des ANVA, comme circuler pour se rendre d'un endroit à l'autre (9 minutes), chercher du matériel (5 minutes), faire des tâches reliées à l'hôtellerie (3 minutes), etc. Compte tenu que seulement 23 minutes sont passées à effectuer de l'évaluation clinique de patients (AVA), une infirmière auxiliaire pourrait possiblement remplacer le poste de cette infirmière. Il serait également une option intéressante de travailler en dyade, c'est-à-dire une infirmière et une infirmière auxiliaire ensemble pour 10 patients, par exemple. Dans ce cas, il deviendrait important que le travail soit fait en équipe et non pas que l'infirmière et l'infirmière auxiliaire se divisent le travail relié aux 10 patients. L'expertise de chacune contribuerait à la solidité de l'équipe et à la qualité des soins. La Figure 24 représente les activités effectuées par l'infirmière occupant le poste de travail de soir de l'UCS.

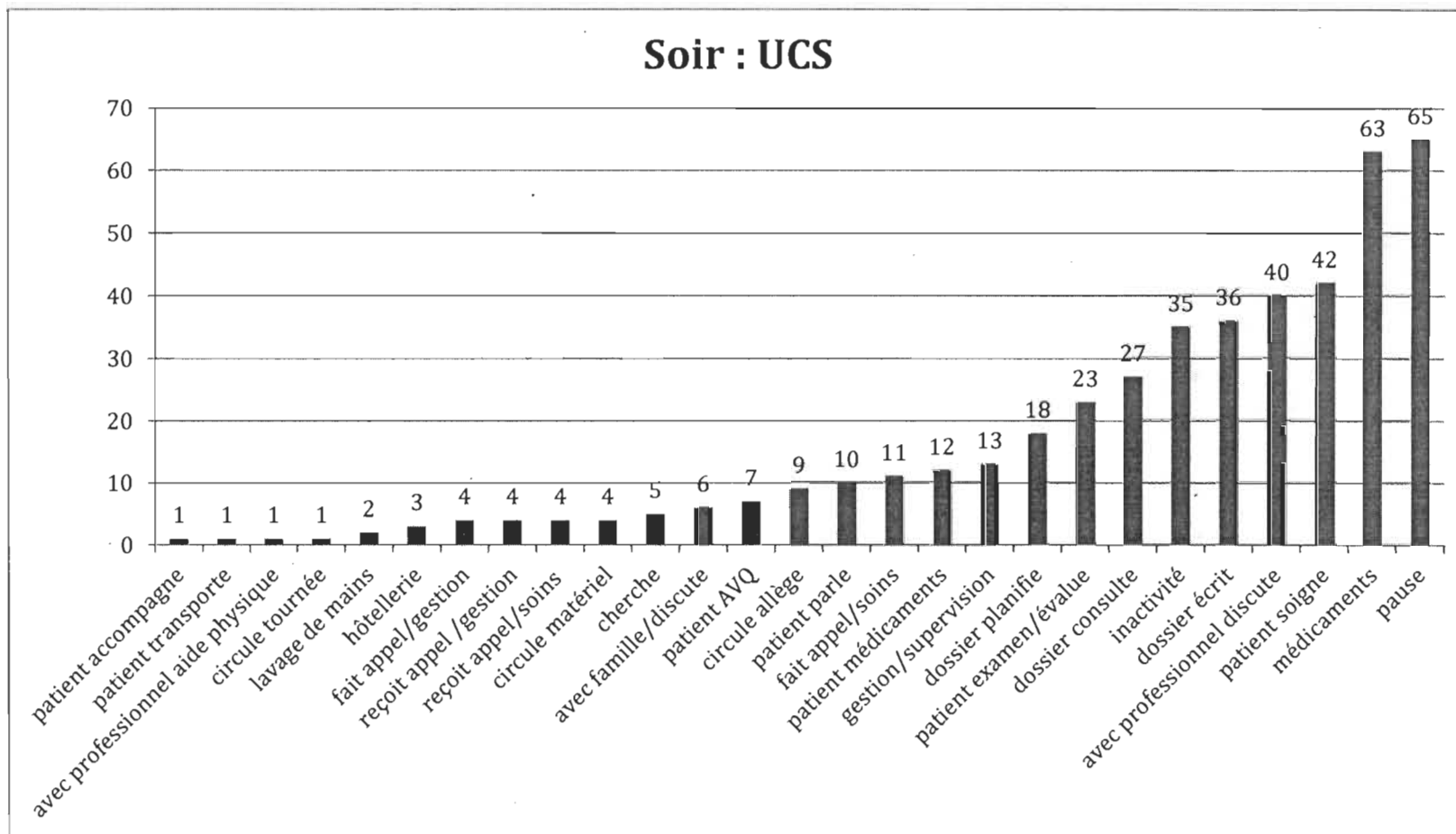


Figure 24. Activités observées chez l'infirmière du quart de travail de soir à l'UCS.

Préposé aux bénéficiaires du quart de travail de jour

Le PAB passe 91 minutes à accompagner les patients dans leurs AVQ (AVA). Le PAB communique avec les infirmières pour obtenir de l'information quant à la prise en charge des patients (42 minutes/AVA). L'action prépare/planifie (42 minutes/AVA) signifie le remplissage de matériel aux bons endroits et la préparation du matériel pour les soins. Le PAB effectue des AVA reliées à ses fonctions dont du ménage (82 minutes) et de l'hôtellerie (37 minutes). Le PAB perd du temps lors des déplacements à travers les différents secteurs de l'urgence (33 minutes/ANVA) ainsi que lors des déplacements pour aller chercher du matériel (32 minutes). La Figure 25 illustre les rôles, tâches et responsabilités du PAB du quart de travail de jour.

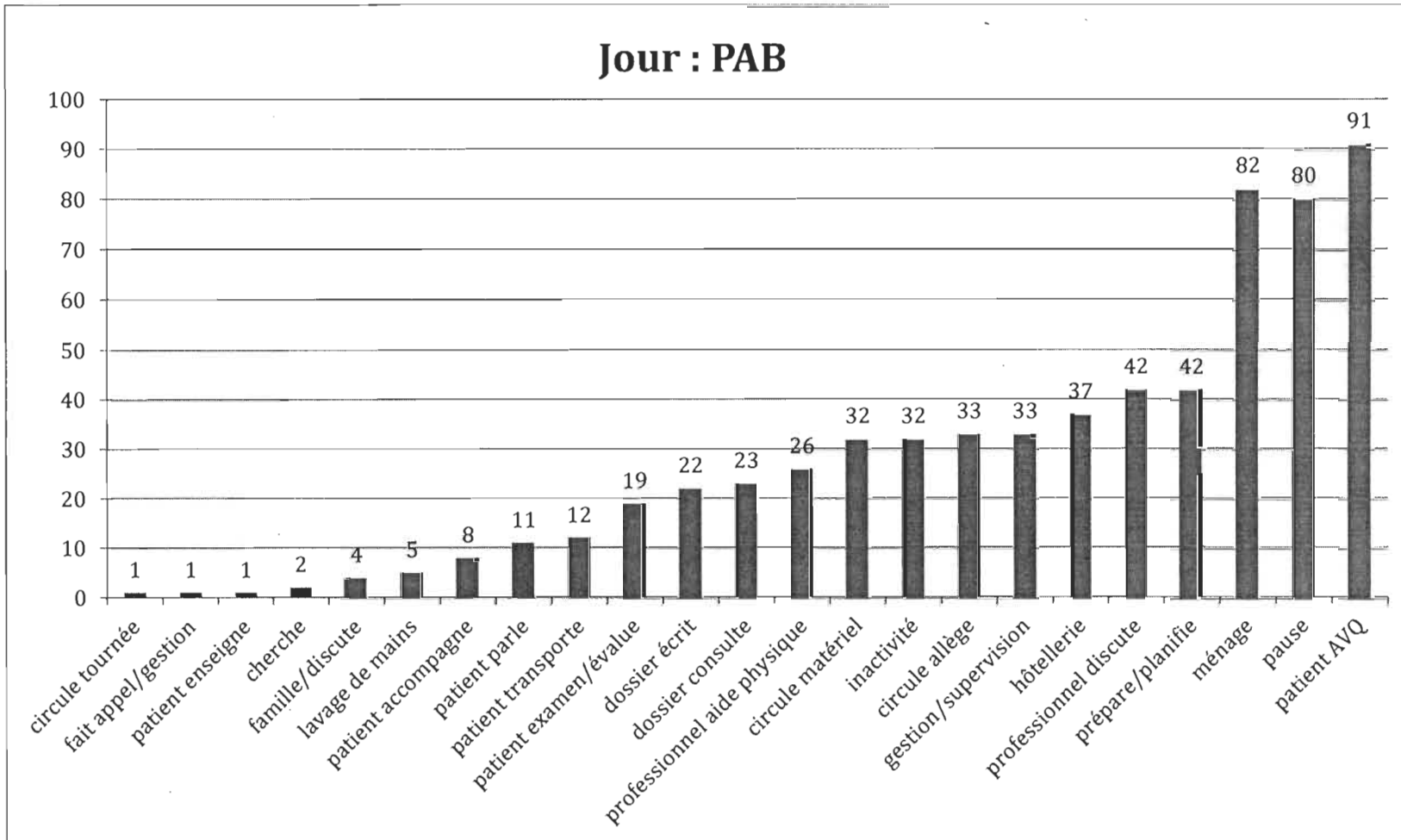


Figure 25. Activités observées chez le PAB du quart de travail de jour.

Déplacements

Avec la collaboration du département de génie industriel, il a été possible de créer des diagrammes de déplacements de patients et d'employés à travers les différents secteurs de l'urgence. Ces diagrammes ont permis de déterminer les relations entre les divers secteurs de l'urgence et d'élaborer différentes propositions d'aménagement dans le but d'améliorer le fonctionnement. L'observation des employés a permis de constater que les infirmières circulaient régulièrement entre les deux postes de l'urgence. De plus, en raison de la présence de deux portes verrouillées magnétiquement, les infirmières sont ralenties d'environ cinq secondes lors de leurs déplacements entre les deux postes. Ces diagrammes démontrent également que ce sont les ASI, les infirmières travaillant à l'observation non-monitorée ainsi que celles travaillant à l'urgence-triage qui circulent le plus. Ces dernières circulent des distances variant entre 1,22 km à 1,69 km lors d'un quart de travail. Durant la nuit, le nombre d'infirmières étant réduit, les responsabilités par infirmière sont augmentées. De ce fait, les infirmières travaillant de nuit qui doivent, par exemple, combler le poste à l'urgence ainsi que celui au triage, doivent parcourir une plus grande distance, et ce, de manière répétée.

Activité kaizen

Certains constats généraux ont également été notés lors des études d'observation. Ces derniers ont été regroupés par thème. Une activité kaizen a eu lieu et a aussi permis de faire ressortir de nombreux constats. Lors de cette activité qui s'est tenue les 10, 11 et 19 avril 2013, onze personnes ont pris place dont, la chef de programme de l'urgence,

l'infirmière clinicienne de jour, une préposée aux bénéficiaires, une infirmière auxiliaire, une infirmière travaillant régulièrement aux cliniques externes spécialisées, une infirmière travaillant de nuit, une infirmière travaillant de soir et de nuit, deux infirmières travaillant de soir ainsi que deux infirmières travaillant de jour. Les problématiques qui ont été notées lors de cette activité kaizen ont fait ressortir l'objectif visé par le kaizen c'est-à-dire d'optimiser l'organisation du travail. À la suite de l'énumération des constats, l'équipe a discuté en groupe et a élaboré un plan d'action dans le but d'entreprendre rapidement la démarche de réorganisation du travail. Les différents constats (10 constats) et les éléments du plan d'action se trouvent ci-dessous. De plus, en Appendice D se trouve le plan d'action élaboré par l'équipe lors de l'activité kaizen. Ce plan étant une première ébauche, il sera à retravailler dans le futur par l'équipe kaizen. Le plan d'action est énoncé dans les paragraphes suivants.

Structure, procédures de travail et processus de soins

Signalisation

La signalisation à l'extérieur de la bâtisse indiquant l'urgence est très peu visible. De plus, la signalisation de la section observation est manquante. Cela occasionne un mécontentement tant de la part des patients que des employés car les patients doivent demander leur chemin au personnel qui eux se voient interrompre leur travail. La signalisation de la section laboratoire et de la section radiologie est également manquante. Le plan d'action prévoit d'afficher des panneaux de signalisation indiquant les endroits où se trouvent les différents secteurs de l'urgence. Un panneau indiquant le

temps d'attente avant consultation dans la salle d'attente sera installé. Un téléviseur où seront diffusées certaines explications quant au fonctionnement de l'urgence sera également installé dans la salle d'attente. Cela diminuera les ANVA du personnel infirmier quant aux explications liées au temps d'attente et au déroulement du séjour à l'urgence à donner aux patients.

Visiteurs permis

Un nombre limité de visiteurs est permis dans toutes les aires de l'urgence. Les infirmières se disent toutefois parfois incommodées par un trop grand nombre de visiteurs. Le non respect des quotas de visiteurs gêne le travail des infirmières. Certaines ont toutefois rapporté qu'elles trouvaient délicat de demander aux proches du malade de quitter.

Emplacements

Les aires de travail sont pour la plupart fermées ce qui occasionne plus de déplacements pour le personnel. Les employés se disent privés d'une salle de repos où ils peuvent prendre leurs pauses ainsi que leur période de repas. Les employés font également ressortir qu'une salle de toilette pour le personnel dans le secteur urgence/soins ambulatoires est manquante et que cela occasionne de nombreux et inutiles déplacements. Il arrive parfois que le nombre de patients séjournant sur civière dépasse le nombre de civières au permis. Les civières sont alors placées le long d'un corridor adjacent au secteur d'observation de l'urgence. Du poste de travail des

infirmières, il est toutefois impossible de visualiser les patients en tout temps. Cela est problématique pour tous et davantage pour les patients plus instables médicalement.

En raison de la disposition géographique des aires de travail, la sécurité des soins n'est pas toujours optimale. À l'UCS, l'infirmière est souvent la seule employée à l'étage et si un problème survient ou si elle nécessite de l'aide, cela peut prendre un certain moment avant qu'un autre membre du personnel arrive sur les lieux. En raison de cela, les ASI ne sont pas portées à vouloir admettre des patients à l'UCS et préfèrent installer les patients sur civière dans le corridor adjacent au secteur de l'observation monitorée. Cela fait en sorte que l'UCS est souvent fermée. Il a d'ailleurs été impossible d'observer une infirmière travaillant à l'UCS de jour puisque l'UCS était très souvent fermée pendant la période de collecte de données. Lors des observations, chaque infirmière travaillait à son poste de travail respectif et peu d'entraide entre les infirmières a été constatée par la chercheuse. Dans la présentation des résultats, l'action « aide professionnelle » démontre bien ce fait (entre 1 et 14 minutes). Les cliniques externes spécialisées ne sont pas comptées puisque l'action « aide professionnelle » effectuée par l'infirmière observée consiste à assister le médecin lors de son intervention médicale. Au moment des observations, certaines infirmières ont mentionné à la chercheuse que le travail d'équipe est limité ou peu existant entre le personnel et qu'il y a un sentiment de leadership négatif à travers tous les secteurs de l'urgence.

Dans le plan d'action, il est prévu de désigner une salle de repos pour le personnel de l'urgence ainsi qu'un endroit servant à la formation. Une salle de toilette sera construite du côté ambulatoire pour réduire les déplacements du personnel. Il est également prévu de placer les patients plus instables médicalement plus près du poste infirmier. Il a été décidé que le bureau de l'infirmière-chef de l'urgence soit à l'intérieur même de l'urgence de sorte qu'elle soit plus près en cas de besoin. Il est prévu de réaménager les deux postes infirmiers, l'aire de choc ainsi que le secteur d'observation. Dans tous les secteurs de l'urgence, il est aussi prévu d'appliquer l'outil 5S pour améliorer le fonctionnement du personnel.

Triage

Selon les statistiques fournies par le CSSSM, le délai d'attente entre le triage et la prise en charge des patients a augmenté depuis la dernière année (101,4 minutes à 113,4 minutes). Le temps nécessaire à l'évaluation initiale d'un patient au triage a lui aussi augmenté (3,19 minutes à 3,76 minutes). De plus, lors de l'activité kaizen, certaines infirmières ont fait ressortir que le processus de triage et d'évaluation était parfois incomplet et qu'il ne correspondait pas aux standards de triage. Il a été inséré dans le plan d'action de revoir et de standardiser le triage. Cela sera effectué par l'infirmière clinicienne.

Pharmacie

Les infirmières dénotent également une problématique occasionnant une augmentation dans les processus de travail et un temps supplémentaire d'attente pour les patients. Lorsque les patients se voient prescrire un médicament antibiotique, ces derniers reçoivent leur première dose à l'urgence au lieu d'aller chercher leur prescription à la pharmacie et de prendre leur première dose une fois rendus à la maison, soit quelques temps plus tard. Si nous comparons le temps d'attente avant la prise de la première dose de la médication, il est parfois plus rapide pour le patient de se déplacer à la pharmacie pour récupérer sa prescription que d'attendre à l'urgence que le département de la pharmacie serve le médicament demandé. Le plan d'action a convenu qu'à l'avenir, les patients devant recevoir de la médication par voie orale devraient aller chercher la médication à la pharmacie privée sauf si cette dernière est fermée.

Communication

Communication interdépartementale. Certaines lacunes ont été notées au niveau de la communication interdépartementale. Par exemple, entre le personnel travaillant en radiologie et le personnel de l'urgence, il arrive parfois qu'il y ait des délais avant de recevoir les résultats de laboratoire, ce qui occasionne du mécontentement de la part du personnel de l'urgence. Les résultats de laboratoire ne sont pas toujours envoyés et imprimés au bon endroit, c'est-à-dire au bon secteur dans l'urgence. Il a donc été convenu que les copies papier de résultats de laboratoire seraient envoyées à l'imprimante du secteur où le patient se trouve pour éviter des déplacements inutiles

pour le personnel infirmier. Toujours en lien avec les résultats de laboratoire, lorsque les cultures d'échantillons prélevés chez les patients sont analysées, habituellement en quelques jours, et que les rapports sont envoyés à l'urgence, ce sont les infirmières qui doivent s'occuper de contacter le médecin qui a initialement demandé cette culture sans avoir décidé de traiter le patient préventivement. Étant donné le contexte de médecins dépanneurs, il devient difficile pour les infirmières de rejoindre ces médecins pour leur transmettre les résultats et pour qu'une prise en charge adéquate du patient soit assurée. Aussi, dans le plan d'action, il a été décidé que les cultures positives de patients non traités préventivement devraient être prises en charge par le médecin sur place au moment de la réception du résultat et non par le médecin ayant prescrit ce prélèvement.

Liste de rappel. Il y a aussi un problème de communication avec le service de la liste de rappel. L'ASI est souvent une des premières personnes à être mise au courant lors des absences anticipées ou non du personnel infirmier de l'urgence. Cette dernière doit donc aviser le service de la liste de rappel assez rapidement afin que les commis à la liste de rappel aient le temps de faire des appels téléphoniques et de trouver du personnel disponible. Cependant, il est souvent impossible de rejoindre ces commis pendant l'heure du dîner, ce qui retarde la recherche de personnel et s'avère problématique lorsque le personnel recherché est pour le quart de travail suivant.

En plus de cette problématique, il est fréquent que, lors de la transmission des horaires de travail pour la prochaine période par les commis à la liste de rappel, il y ait

présence de déséquilibre au niveau des effectifs infirmiers. Si deux infirmières peuvent être en surplus pour un quart de travail alors que pour le même quart, le jour suivant, quatre infirmières doivent être trouvées pour combler l'horaire. Ainsi, lorsque l'ASI reçoit l'horaire de la liste de rappel, elle doit s'occuper de rééquilibrer l'horaire et de rejoindre du personnel lorsque nécessaire. Cette tâche ne fait pas partie des rôles de l'ASI et représente nettement une ANVA. Le plan d'action prévoit que des démarches devront être faites afin que le service de la liste de rappel soit disponible en tout temps entre 6 heures et 21 heures, et ce, sept jours par semaine. De plus, les employés travaillant au service de la liste de rappel devront s'assurer que l'horaire de travail des infirmières soit toujours équilibré, c'est-à-dire sans infirmières en moins ou en surplus.

Protocoles et procédures. Il a été relevé que plusieurs protocoles et formulaires présentent des lacunes. Lorsqu'un patient hors territoire consulte au CSSSM, la procédure, par rapport à sa prise en charge, n'est pas claire. En effet, ce patient consulte à l'urgence de Louiseville en raison de la rapidité avec laquelle il peut être vu. Toutefois, lorsqu'il doit recevoir des traitements en externe (clinique ambulatoire), ce patient ne relève pas du territoire administratif du CSSSM, ce qui occasionne des problématiques quant aux corridors de services non respectés. Le plan d'action prévoit une clarification et l'élaboration d'une procédure claire et officielle pour les patients qui consultent l'urgence du CSSSM et qui sont hors territoire.

Le protocole post-exposition² (PPE) doit également être revu car il est fastidieux et des dédoublements ont été notés. Les formulaires de protocoles de médicaments doivent également être mis à jour par le département de la pharmacie. Les profils pharmaceutiques devront être révisés afin de diminuer les risques d'erreur en lien avec la médication. Une standardisation des formulaires a été inscrite au plan d'action.

Transferts inter-établissements. Le CSSSM doit effectuer chaque jour plusieurs transferts inter-établissements. Pour ce faire, des taxis adaptés pour transporter des patients avec appareillage médical sont utilisés. Toutefois, il faudrait prévoir augmenter le nombre de taxis disponibles pour le CSSSM. Aussi, cela prend parfois de longues minutes voire des heures avant qu'un patient soit accepté dans l'établissement où il a été transféré. Cela s'avère problématique car tant que le patient n'est pas pris en charge par l'établissement (dans lequel le patient vient d'être transféré), l'infirmière du CSSSM doit demeurer avec ce dernier à attendre sa prise en charge. De plus lors de l'accompagnement d'un patient par une infirmière à un examen, cette dernière doit attendre avec le patient le temps d'attente avant l'examen et elle doit également patienter pendant la durée de l'examen du patient. Si tout va bien, l'infirmière raccompagne le patient à la fin de l'examen jusqu'au CSSSM mais il arrive parfois que le patient doive demeurer au centre hospitalier où a lieu l'examen. À ce moment, un certain délai peut s'écouler entre la fin de l'examen et sa prise en charge par l'infirmière du CSSS

² Recommandations sur la prise en charge des travailleurs de la santé exposés accidentellement à du sang et à d'autres liquides biologiques susceptibles de transmettre des infections à diffusion hémotogène (MSSS, 2011c).

d'accueil et l'infirmière du CSSSM doit toujours demeurer présente. Lors de cette même situation, l'infirmière doit revenir en taxi au CSSSM et le patient est pris en charge par le CSSS où a lieu l'examen. Ce processus représente du gaspillage de temps pour l'infirmière et du temps occupé de façon non optimale. Afin d'améliorer ce processus de transferts, l'équipe kaizen a indiqué quelques actions au plan d'action dont : l'amélioration du corridor de services avec le CSSSTR et l'augmentation de la disponibilité de taxis adaptés pour les transferts.

Standardisation des processus

Certains processus de soins ont été révisés dans le but d'améliorer et d'accélérer la transmission d'informations et de réduire les ANVA chez les infirmières. Il arrive parfois que les patients obtiennent leur congé et quittent l'urgence avant que les résultats d'examens paracliniques soient reçus et leur soient transmis. Lors de la réception des résultats à l'urgence, les infirmières ont la responsabilité de rejoindre les patients pour leur demander de revenir à l'urgence ou encore pour leur dire de se rendre à la pharmacie. Étant donné que cela représente une ANVA pour les infirmières, cette activité sera dorénavant faite par la commis à l'accueil de l'urgence. Aussi, le processus de distribution d'antibiotiques a été révisé et modifié. Les antibiotiques seront maintenant dilués par la pharmacie et cela permettra aux infirmières de réduire leur temps de préparation de médicament et de diminuer le risque d'erreurs.

Alimentation

Un manque de communication avec le département de l'alimentation survient occasionnellement ce qui fait en sorte qu'un nombre insuffisant de plateaux est servi compte tenu du nombre de patients sur civière ou à l'UCS qui est supérieur. Il arrive aussi que les diètes ne soient pas respectées et que les patients se voient distribuer un cabaret contenant une diète non adéquate pour leur condition de santé. Finalement, il arrive régulièrement que les infirmières doivent aller chercher le plateau de repas du médecin à la cafétéria. Cette façon de faire permet au médecin de ne pas quitter l'urgence et lui permet de voir plus de patients. Dans le plan d'action, il est prévu que trois plateaux supplémentaires soient servis par la cuisine, et ce, en tout temps.

Pratique professionnelle : rôles, tâches et responsabilités

Infirmières

Les rôles, tâches et responsabilités des infirmières étant mal définies, les infirmières travaillant dans tous les secteurs de l'urgence effectuent parfois des ANVA. Ces dernières perdent du temps à effectuer des tâches cléricales comme la relève de prescriptions dans les dossiers. Cela leur enlève du temps pour des tâches prioritaires dont la supervision clinique. De plus, en raison de l'absence d'un commis de bureau, les infirmières doivent répondre à plusieurs appels téléphoniques qui ne sont pas en lien avec leur travail. Cela représente encore une fois des ANVA. Les infirmières effectuent aussi des répétitions de tâches. De façon générale, les infirmières doivent retranscrire manuellement plusieurs informations contenues dans les dossiers des patients et/ou dans

leurs documents de travail comme dans les formulaires d'administration des médicaments (FADM). Elles ont aussi fait ressortir que trois infirmières devaient contrevérifier les dernières prescriptions de chaque dossier médical et apposer leur signature en guise de vérification et que cela n'était pas toujours respecté. Les infirmières ont également fait ressortir qu'elles doivent elles-mêmes aller porter les dossiers de patients ayant reçu leur congé au service d'archives médicales, ce qui représente des déplacements inutiles, une forme de temps utilisé de façon non optimale. Dans le plan d'action, il a été proposé qu'un commis administratif puisse venir soutenir les infirmières pour ces tâches permettant ainsi de diminuer les ANVA pour ces dernières. Dans le but d'éliminer la répétition de tâches ou encore certains oublis, il a été convenu de construire un document de vérification de tâches pour chaque quart de travail et pour chaque assignation de travail ainsi qu'un document où est décrite la routine de travail des infirmières selon leur assignation et leur quart de travail. Ce document, en plus de standardiser les procédures de travail, sera aussi une aide précieuse pour les infirmières ayant moins d'expérience à l'urgence. Le plan d'action permet aussi d'encourager la supervision clinique chez les infirmières dans le but d'améliorer la qualité des soins.

Assistante soins infirmiers

L'optimisation des compétences cliniques de l'ASI ont aussi été discutées en équipe kaizen. En effet, cette dernière effectue souvent des ANVA et des tâches qui ne sont pas directement reliées à la nature de son travail. Elle doit parfois orienter les médecins

dépanneurs dans l'urgence ou encore modifier à nouveau l'horaire de travail des infirmières qui a été initialement conçu avec des erreurs de placements. Alors que cette dernière effectue ces ANVA, elle manque de temps pour compléter les mandats régionaux qui lui sont dévolus (corridors de services avec le CSSSTR, suivi des patients hors territoire, PPE, liens avec le soutien à domicile). Le plan d'action prévoit l'augmentation des AVA pour l'ASI. Différentes pistes de solution sont suggérées comme : superviser davantage le personnel en fonction, assister la chef d'unité lors d'interventions nécessitant sa présence, établir de nouveaux protocoles et de nouvelles procédures quant aux soins à l'urgence, organiser le travail, contrôler la qualité des soins, effectuer la surveillance des employés en probation, agir à titre de personne de référence en soins de plaies auprès des autres infirmières, assister aux réunions de l'Agence de la santé et des services sociaux et participer à l'élaboration de plans d'action avec la chef d'unité. De plus, l'ASI ne devra plus effectuer la gestion des horaires, cette gestion étant la responsabilité du département des ressources humaines.

Formation et mentorat

Lors de l'activité kaizen, l'équipe a souligné l'intérêt du personnel pour la formation en cours d'emploi et le manque d'espace physique pour tenir les formations. Aucun programme de préceptorat pour les infirmières novices n'est utilisé, ce qui occasionne plusieurs irritants pour les infirmières plus expérimentées. En effet, ces dernières ont mentionné devoir prendre beaucoup de temps pour répondre à des questions de tout ordre mais qui sont parfois non pertinentes et redondantes et qui auraient pu être

répondues lors d'une formation pré embauche. Ces mêmes infirmières affirment également que, selon elles, certaines nouvelles infirmières manquent d'autonomie clinique et que ces dernières dépendent beaucoup des infirmières qui ont plus d'expérience. Cette problématique crée un mécontentement chez les infirmières qui ont plus d'expérience car elles se sentent dérangées dans leurs tâches et à long terme, elles manquent de temps pour compléter leur travail. Lors de l'embauche de nouveau personnel infirmier, il semblerait que ce dernier n'ait pas suffisamment de journées d'orientation pour se sentir à l'aise et fonctionnel dans leurs nouvelles fonctions. Il semblerait également que la rétention du personnel infirmier nouvellement embauché soit difficile. Dans le plan d'action, il a été convenu que l'infirmière clinicienne effectuerait davantage de formation planifiée auprès des infirmières et qu'elle agirait à titre de personne référence en cas de besoin. Cela contribuera donc possiblement à améliorer l'autonomie et le jugement clinique des nouvelles infirmières. Le plan d'action prévoit également d'améliorer la communication et l'accès à l'information en gardant toujours au même endroit un cartable contenant de l'information clinique et administrative. Un document contenant le détail d'orientation pour les nouveaux employés pour chaque assignation et chaque quart de travail sera élaboré. Cependant, la période d'orientation devra être modulable selon le niveau de compétence et d'expérience clinique de la personne nouvellement embauchée. Il a été suggéré qu'une prime financière soit octroyée aux infirmières qui effectuent l'orientation de nouveau personnel.

Ressources humaines

Cliniques externes spécialisées

Lors des cliniques externes, les compétences du personnel ne sont pas toujours exploitées à leur plein potentiel. L'équipe kaizen a suggéré l'intégration des infirmières auxiliaires dans certaines cliniques externes et l'ajout d'un PAB pour assurer le nettoyage des instruments lors de la clinique de chirurgie, permettant ainsi aux infirmières d'effectuer plus d'AVA. Cette piste de solution est actuellement réfléchiée par les employés du CSSSM. Selon le plan d'action, le PAB choisi devra avoir terminé sa période de probation et devra aussi être intéressé et avoir les connaissances et aptitudes personnelles pour travailler à l'urgence.

Dans le plan d'action, il a également été convenu que le médecin devait être présent pour 8 h ou à l'heure prévue du début de la clinique. Si la plage horaire avait à être modifiée pour quelque raison, le médecin devra moduler son horaire à cet horaire.

Par ailleurs, certaines infirmières s'investissent beaucoup dans leur travail, le temps supplémentaire obligatoire est très fréquent, ce qui crée beaucoup de mécontentement, de démotivation et de démobilitation de la part du personnel régulier et un risque d'épuisement professionnel est présent. Dans le but de contrer le temps supplémentaire obligatoire, le plan d'action prévoit l'ouverture de postes d'infirmière à l'urgence.

Les employés affirment qu'il y a non respect des valeurs organisationnelles préétablies par l'organisation à travers le travail à l'urgence. Ces valeurs sont l'intégrité, le respect, la rigueur et le travail d'équipe. Le Tableau 5 présente les valeurs organisationnelles du CSSSM.

Tableau 5

Valeurs organisationnelles du CSSSM

Valeurs organisationnelles	
Intégrité :	Chacun de nous est responsable de l'intégrité de son travail.
Respect :	Chacun de nous se respecte et respecte l'autre dans ses convictions, ses valeurs, ses choix, sa façon d'être et ses forces.
Rigueur :	Chacun de nous mène ses projets et ses tâches à bien. Il établit la norme de rendement tout en cherchant sans cesse à s'améliorer.
Travail d'équipe :	Chacun de nous place le succès de l'équipe au-dessus de son succès personnel. Il prend le temps de contribuer à l'élaboration et à la compréhension des objectifs et de la stratégie de l'équipe et aide ses collègues afin que l'équipe atteigne ses objectifs.

Source : CSSSM (2013). Consulté sur le site Internet du CSSSM.

Dans le plan d'action, il est prévu de tenter de sensibiliser le personnel aux valeurs organisationnelles de l'établissement.

Une certaine rivalité entre les quarts de travail, associé à la somme de travail, a aussi été notée par des employés. Le plan d'action prévoit donc que les infirmières tentent de comprendre les réalités de chaque quart de travail pour ainsi tenter de réduire cette

rivalité. Une amélioration de la communication au sein de toutes les infirmières améliore les bonnes relations de travail et est bénéfique pour les patients. De ce fait, le climat de travail et un esprit d'équipe positive permettent au personnel de centrer toute leur attention sur les soins à donner.

Matériel et équipements

Les employés de l'urgence notent que beaucoup de matériel, pour assurer le bon fonctionnement du département de l'urgence en général, est manquant. Une liste de matériel manquant ou défectueux a été dressée lors de l'activité kaizen et il est prévu dans le plan d'action d'acheter le matériel manquant.

Armoire à narcotiques

Les clés pour l'armoire à narcotiques ne sont pas toujours serrées au même endroit ou portées par la même personne et cela fait en sorte que le personnel perd beaucoup de temps à les chercher ou à tenter de les récupérer. Lors des observations, une infirmière a accidentellement quitté pour un transfert inter-établissements avec les clés à narcotiques, ce qui a occasionné de la confusion au sein du personnel en place.

Dossiers médicaux

Au niveau du matériel, les casiers où les infirmières placent les dossiers des patients avant qu'ils soient vus par le médecin sont trop hauts. De plus, les infirmières soulignent

avoir à chercher fréquemment les dossiers médicaux car ils ne sont pas toujours placés au même endroit. Un suivi plus rigoureux permettrait d'éviter de chercher les dossiers.

Civières

Le nombre de civières (quatre) n'est pas suffisant et parmi les civières disponibles, plusieurs sont défectueuses et ne se verrouillent pas.

Génie biomédical

La présence de techniciens en génie biomédical pourrait être très utile pour l'ajustement, le calibrage et l'entretien de la plupart des appareils médicaux ce qui permettrait de faire diminuer les ANVA exécutées par les infirmières. Le plan d'action propose qu'une équipe de maintenance soit responsable de l'entretien des appareils comme le changement des filtres dans les appareils médicaux.

Entretien ménager

Les employés de l'urgence soulignent que le personnel de l'entretien ménager vient nettoyer les planchers tous les midis. Cet entretien est nécessaire mais l'heure de l'entretien est problématique car il s'agit d'un moment occupé à l'urgence et le bruit nuit à la concentration du personnel en place. Un changement d'heure serait souhaité par les membres de l'équipe kaizen.

Changements survenus

Il avait été convenu initialement d'appliquer le plan d'action en 20 jours, soit en environ un mois. Cependant, certaines nouvelles contraintes ont fait que le projet a encore été retardé. Une deuxième collecte de données n'a donc pas eu lieu puisque le plan d'action n'a pas été mis en place en entier. Toutefois, certains changements ont tout de même débuté le 20 avril 2013. Dès le lendemain de l'activité kaizen, certaines mesures ont été entreprises quant à la réorganisation du travail. Cela a d'ailleurs motivé le personnel de l'urgence à poursuivre le projet. Les changements survenus sont énoncés dans les paragraphes suivants.

Déménagement de l'UCS

Tout d'abord, devant les constats inquiétants en lien avec l'UCS, une décision a été prise quant à ce secteur de l'urgence. L'UCS est déménagée au premier étage de sorte que tous les patients de l'urgence se trouvent maintenant sur un même étage. Le déménagement de secteur fait en sorte que l'UCS sera ouverte plus souvent et évitera l'encombrement des couloirs avec des civières. De plus, le bureau de l'infirmière chef du programme de l'urgence a été aménagé dans un local de l'ancienne UCS, ce qui permet à cette dernière d'être présente dans le secteur de l'urgence. Ce rapprochement de l'infirmière chef contribuera possiblement à augmenter le travail d'équipe puisqu'elle sera plus facilement accessible pour les membres de son équipe.

Structure de travail à l'UCS

Les données quant à l'observation à l'UCS ont permis de constater que l'infirmière dans ce secteur effectuait plus d'ANVA que d'AVA. Il a donc été proposé d'ouvrir un poste pour une infirmière auxiliaire. Cette dernière travaille en équipe avec l'infirmière du secteur de l'observation monitorée. Une problématique a cependant été notée quant au travail d'équipe entre l'infirmière et l'infirmière auxiliaire et des ajustements sont à l'essai. Si six patients sont hospitalisés à l'UCS, l'infirmière prend sous ses soins trois patients et l'infirmière auxiliaire fait de même avec les trois autres patients. Ce fonctionnement entraîne des ANVA chez les infirmières ainsi que chez les infirmières auxiliaires et l'équipe kaizen a souligné qu'il ne s'agit pas d'une façon optimale de fonctionner. Il est plutôt indiqué de travailler en paire et d'avoir toutes les deux six patients sous leurs soins. L'infirmière doit effectuer ses propres rôles, tâches et fonctions et l'infirmière auxiliaire doit faire de même. Le plan d'action prévoit aussi l'essai de quart de travail de 12 heures pour les infirmières auxiliaires de l'UCS. L'essai de ce nouvel horaire devrait être en fonction à l'automne 2013.

Structure de travail aux cliniques externes spécialisées

La structure de travail aux cliniques externes spécialisées a également été modifiée. Des infirmières auxiliaires seront intégrées aux horaires des cliniques externes de chaque spécialité pour ainsi diminuer les ANVA chez les infirmières et même, lors de certaines cliniques, d'éliminer le besoin d'infirmières. Lors des cliniques d'ORL et de la clinique d'orthopédie, la présence d'une seule infirmière auxiliaire sera nécessaire. Lors de ces

cliniques, une infirmière clinicienne demeure cependant disponible selon les besoins de la clinique et de l'infirmière auxiliaire. Lors de la clinique de chirurgie, une infirmière est remplacée par une infirmière auxiliaire. Cela fait en sorte que l'infirmière auxiliaire assiste le médecin lors des interventions chirurgicales et l'infirmière est responsable des soins post-opératoires. Le Tableau 6 présente un portrait des effectifs aux cliniques externes spécialisées à ce jour ainsi que les effectifs prévus à l'avenir.

Tableau 6

Effectifs aux cliniques externes spécialisées

Clinique	Fréquence	Nombre d'infirmières	Nombre d'infirmières prévu
Urologie	1 jour /sem	2 inf	1 inf 1 inf-aux
Orthopédie	1 jour/4 sem	2 inf	1 inf-aux
Orthopédie	2 jours/4 sem	1 inf	1 inf-aux
Chirurgie	2 jours/sem	2 inf et parfois 3 inf	1 inf 1 inf-aux 1 PAB
Cardiologie	2 jours/4 sem	1 inf	
ORL	2 jours/4 sem	1 inf	1 inf-aux

De plus, un PAB sera intégré à la clinique de chirurgie. Ce dernier travaillera un quart de travail de 12 heures, soit de 10 h à 22 h. Il sera disponible pour tous les secteurs de l'urgence et aussi pour les cliniques externes spécialisées où il aura comme

responsabilité la stérilisation des instruments et du matériel nécessaire à la clinique de chirurgie. La présence de ce préposé permettra aux infirmières d'effectuer davantage d'AVA.

Aire de choc

Plusieurs changements ont également pris place quant à l'aire de choc. Le registre de médicaments utilisés à l'aire de choc a été révisé et amélioré. Les médicaments dans le chariot à code/réanimation ont eux aussi été réévalués. Une procédure en lien avec les interventions à effectuer ainsi qu'un document avec les tâches infirmières pour ce secteur a été élaboré. Dans l'aire de choc, se trouvait l'armoire chauffante pour couvertures de l'urgence. Cette armoire occupait une grande partie de l'espace pour ce petit secteur. Elle a été déplacée dans un autre secteur de l'urgence. L'endroit récupéré sert maintenant à serrer le chariot à réanimation cardio-vasculaire qui était rangé à la sortie de l'aire de choc. Ces changements, bien que mineurs, ont contribué à améliorer le fonctionnement de l'aire de choc et le personnel en est très satisfait.

Formation

Une formation au logiciel de gestion des soins Siurge³ est maintenant donnée d'emblée par l'infirmière clinicienne aux nouvelles infirmières lors de leur embauche

¹ Le progiciel **SIURGE** permet la gestion des services d'urgence. Il soutient les activités de soins infirmiers, cliniques et clinico-administratives en temps réel donnant ainsi l'accès immédiat au suivi des patients. Il donne une information rapide, précise, intègre et valide les épisodes de soins et de services à l'urgence ainsi que les épisodes antérieurs (Logibec, 2013).

par l'infirmière clinicienne. Cela augmente le sentiment d'autonomie des nouvelles infirmières et libère plus de temps aux infirmières d'expérience étant moins interrompues dans leur travail.

Les résultats obtenus lors de la collecte de données ont permis de dresser un portrait de l'organisation du travail au CSSSM. L'analyse et l'interprétation des données seront discutées en détail lors de la discussion au chapitre suivant.

Discussion

Dans ce chapitre, l'analyse et l'interprétation des données obtenues et décrites dans le chapitre précédent sont présentées. Les événements qui ont eu lieu au CSSSM ainsi que les changements survenus à la suite de l'activité kaizen seront énoncés dans les prochains paragraphes.

À la suite des rencontres préparatoires et portant sur l'implantation de la méthode lean dans le cadre de ce projet de recherche, il avait été convenu, en septembre 2011, qu'une première collecte de données serait faite à l'automne 2011, suivie d'une activité kaizen au printemps 2012. Un plan d'action 20 jours serait alors déployé dans le but de mettre en application les changements prévus au plan. Finalement, une deuxième collecte de données devait être faite au début de l'automne 2012. Toutefois, plusieurs contraintes ont fait en sorte que le projet a été repoussé. Plusieurs acteurs ayant un rôle très important dans le projet ont quitté l'établissement. Tout d'abord, le directeur général a obtenu un poste dans un autre CSSS. Le projet a donc été mis sur la glace. À la suite du départ du directeur général, le directeur des soins infirmiers a obtenu le poste de directeur général par intérim et n'a donc pu assumer son rôle de leader dans la gestion du changement du projet de réorganisation du travail à l'urgence. De plus, la chef du programme de l'urgence a démissionné, ce qui a entraîné davantage de délais dans la poursuite du projet. Finalement, l'ASI, ayant également un rôle majeur à jouer dans ce

projet a dû quitter pour un congé de maladie. En raison de tous ces bouleversements et changements organisationnels, il a été impossible de reprendre des données et de constater les résultats de l'implantation de la méthode lean puisque le plan d'action n'a toujours pas eu lieu à ce jour. Lors du début du projet, dix mois avaient été prévus pour la durée entière du projet, soit la collecte de données, la présentation des résultats, l'activité kaizen, le plan d'action 20 jours, la reprise des données et la présentation finale. Lors de l'initiation d'un projet, il est très important de prévoir une date de début ainsi qu'une date de fin. À ce jour, 23 mois se sont écoulés et le projet n'est pas encore terminé. Il y a toutefois plusieurs changements positifs qui ont eu lieu et qui ont permis à l'équipe de demeurer positive et motivée. Bien que le projet ne soit pas terminé à ce jour, des effets reliés à l'application de la méthode lean ont eu lieu à l'urgence. Les changements mis en place ont eu un impact, notamment sur l'amélioration du fonctionnement de l'aire de choc, du secteur de l'UCS ainsi que des cliniques externes spécialisées. La liste de matériel manquant qui avait été relevé à l'activité kaizen a été traitée et le CSSSM a acheté du nouveau matériel et du nouvel équipement. Des discussions quant à la révision de la structure de postes et de la nature des effectifs présents aux cliniques externes spécialisées sont débutées auprès de la direction des ressources humaines ainsi qu'auprès du syndicat.

Environnement physique

Comme la particularité de construction de l'urgence sur deux étages est très problématique, il s'avère important de trouver une solution. De plus, tel que présenté

dans le chapitre des résultats, les observations ont permis de faire ressortir que plus de 350 minutes sont passées par 24 heures aux déplacements du personnel, ce qui pourrait être réduit considérablement si la configuration de l'urgence était repensée. Les plans architecturaux de l'urgence actuelle ainsi que ceux d'un aménagement proposé sont présentés à l'Appendice E. Avec la collaboration du département de génie industriel, il a été possible d'élaborer des possibilités de réaménagements selon différentes techniques. Pour ce mémoire, deux techniques, empruntées au département de génie industriel, ont été utilisées pour élaborer des plans d'aménagement. Tout d'abord, il a été possible de mettre en relation les secteurs de l'urgence les plus utilisés et leur emplacement. À la suite de l'application de la première technique d'aménagement appelé « Relationship Diagramming » (Hétu, 2012) il a été possible d'obtenir une proposition d'aménagement selon l'utilisation réelle des différents secteurs par les infirmières de l'urgence et non selon l'utilisation supposée. Cette méthode est efficace dans l'élaboration de plans initiaux de construction, c'est-à-dire lors de la naissance du projet. Elle consiste à construire une grille des relations interdépartementales selon l'intensité des interactions et relations qu'ont, entre eux, les secteurs de l'urgence, c'est-à-dire la fréquence des allées et venues entre les différents secteurs de l'urgence. Cependant, lorsque le plan d'aménagement proposé est comparé avec le plan actuel de l'urgence, il est possible de se rendre compte que les concepteurs de l'urgence n'ont pas tenu compte des relations que pouvaient avoir les différents secteurs du département. Cela explique le fait qu'à la suite du déménagement du service de l'urgence, les membres du personnel ont progressivement remarqué une baisse de rendement du personnel au niveau du

département. Cette technique démontre toutefois la pertinence de conserver certains secteurs à proximité l'un de l'autre en raison de leurs fortes relations. En référence au plan initial de l'urgence avec légende de couleurs, le centre de prélèvement (rouge) et le secteur de la radiologie (jaune) sont à proximité l'un de l'autre tout comme l'indiquait le plan initial de l'urgence. Le secteur des archives (fushia) est tout juste à côté du poste nommé médecins et infirmières (qui est le poste du secteur ambulatoire/saumon) et les salles de consultation (blocs/vert forêt) sont également adjointes au poste du secteur ambulatoire (saumon). Ces secteurs sont fortement liés de par les allées et venues et doivent être conservés ainsi.

L'utilisation d'une deuxième technique d'aménagement conçue selon la méthode « systematic layout planning » (SLP) a permis d'élaborer des alternatives d'aménagement. Tout d'abord, la proposition d'aménagement 1 vise à trouver une solution à la problématique de l'urgence répartie sur deux étages. Il est proposé de déplacer l'UCS du deuxième étage vers le rez-de-chaussée. Pour ce faire, une permutation de la clinique externe (vert) avec l'unité de court séjour devrait avoir lieu. Puisque la clinique externe (vert) est plus petite que l'UCS, le département de stérilisation (gris) devrait être déplacé également. De plus, le secteur de la stérilisation (gris) et celui du poste de l'urgence (bleu) ont peu de relations, c'est-à-dire que les va-et-vient sont peu fréquents entre ces deux secteurs. Le déplacement de ce secteur ne serait donc pas problématique. Il est aussi proposé qu'une chambre de l'UCS soit à l'endroit du bureau de l'ASI (gris) et que ce dernier soit déménagé dans un autre local situé dans

le couloir adjacent. La salle de repos des employés pourrait, quant à elle, être déménagée dans un local de même taille, au bout du même couloir. Cette alternative apportera beaucoup de points positifs tout en réduisant les déplacements. Parmi ces points positifs se retrouvent un accès plus rapide au poste d'observation de l'UCS à partir des autres postes de l'urgence (saumon et bleu), une meilleure proximité avec le poste du secteur de l'observation monitorée (bleu), une vue périphérique de 83 % (5/6) des chambres de l'UCS, une distance plus faible avec le centre de prélèvements (rouge) et avec la radiologie (jaune), un accès plus facile à l'UCS par les entrées principales de l'urgence, une plus grande tendance à laisser l'UCS ouverte en raison de sa proximité et l'utilisation des chambres de l'UCS au lieu de civières placées dans le couloir, en cas de débordement de patients à l'urgence. Cette alternative d'aménagement est sans doute intéressante selon le CSSSM mais des investissements supplémentaires dans une urgence neuve représentent un élément négatif à cette alternative d'aménagement selon le CSSSM.

La deuxième proposition d'aménagement porte plutôt sur le rapprochement des deux postes de l'urgence (saumon et bleu). À la suite de l'évaluation des tableaux et des diagrammes relationnels de cette méthode d'aménagement, il est possible de constater que si les deux postes étaient plus près l'un de l'autre, il y aurait une grande économie de déplacements. Cette proposition ressemble un peu à la première proposition, en ce sens que l'UCS sera également déplacée au même endroit en la permutant avec la clinique externe (vert). Lors de la révision des deux méthodes d'aménagement utilisées,

la plupart des relations interdépartementales, c'est-à-dire des va-et-vient, auraient lieu entre les deux postes de l'urgence. La distance entre le poste du secteur de l'observation et le poste du secteur de l'urgence est franchie très fréquemment lors de l'observation systématique par la chercheuse. Il sera donc bénéfique d'effectuer une rotation antihoraire de 90 degrés du poste du secteur de l'observation (bleu). De plus, on constate que l'infirmière travaillant au poste du secteur de l'observation (bleu) devait faire le tour de son poste pour accéder aux civières des patients sous moniteurs mais qu'elle avait un accès direct à la chambre privée. De plus, elle se servait rarement de la section du comptoir à la droite du poste de droite. Donc, en faisant pivoter le poste et en faisant une ouverture supplémentaire du côté droit du poste, les accès se trouvent augmentés et les déplacements sont réduits. De plus, une porte coulissante entre le poste du secteur de l'observation (bleu) et le poste du secteur de l'urgence (saumon) donnera une meilleure accessibilité pour permettre le passage d'une civière ou encore pour que deux personnes puissent passer. Une porte au fond du poste du secteur de l'observation (olive) reste disponible si jamais un médecin ou une infirmière décide d'entrer directement dans le poste. Ces deux portes fonctionneraient aussi selon un principe de cartes magnétiques. Cette deuxième proposition d'aménagement comporte plusieurs avantages dont une valeur ajoutée supplémentaire due à la modification du poste du secteur de l'observation et des soins monitorés (saumon), une meilleure accessibilité au poste du secteur de l'observation (saumon) par la porte coulissante et un accès plus direct pour rejoindre l'UCS. Cependant, cette deuxième proposition comporte aussi des points négatifs comme des investissements encore plus importants que dans la première proposition

d'aménagement et le fait que la diminution significative du temps de traitement d'un patient ne soit pas assuré. Cette deuxième proposition d'amélioration intégrant des approches supplémentaires est meilleure que la première et permettrait possiblement de diminuer les déplacements et d'améliorer le flux dans l'optique de développer une urgence lean.

Par ailleurs, à la lumière des constats, il serait souhaitable de réaménager les bureaux le long du corridor des soins monitorés pour y installer l'UCS, ce qui réduirait une partie des déplacements à non-valeur ajoutée. Il serait aussi bien de prévoir l'installation d'une porte coulissante au fond de la salle d'attente (bleu marin), ce qui enlève deux portes avec accès magnétique fréquemment utilisées par les employés de l'urgence.

Compte tenu que plusieurs mois se sont écoulés entre le début du projet et l'élaboration du plan d'action, certains changements majeurs au niveau de l'aménagement ont pris place. Ces changements ont tenu compte des deux propositions d'aménagement. À la suite de la collecte de données initiale, les chercheurs se sont rendu compte que l'UCS était très souvent fermée. De plus, les chercheurs ont pris connaissance des lacunes au niveau du fonctionnement, de l'organisation du travail et de la sécurité pour les patients ainsi que pour le personnel se trouvant à l'UCS. En raison de sa localisation, c'est-à-dire au deuxième étage, ce secteur de l'urgence n'est pas utilisé de façon optimale puisqu'il est presque toujours fermé. Les gestionnaires ont mentionné

avoir fait valoir, initialement lors de la construction de cette nouvelle urgence, que la conception de l'urgence sur deux étages serait très problématique. Il faut toutefois saisir aujourd'hui que la construction d'une urgence sur deux étages n'est pas fonctionnelle ni sécuritaire et que la présence d'une seule infirmière au deuxième étage représente un grand risque pour les patients dont elle a la charge.

Deux propositions d'aménagement de ce secteur ont donc été élaborées. Ces alternatives terminées, les chercheurs ont partagé les constats et ont fait des propositions d'aménagement générales au CSSSM en tenant compte des deux propositions. Les propositions d'aménagement ont été retenues par le CSSSM avant même que la mise en place officielle du plan d'action et que la réorganisation du travail débute. Les ingénieurs et architectes engagés par le CSSSM ont donc utilisé les deux propositions d'aménagement de ce présent projet de recherche et ont débuté les travaux dans le but de déménager l'UCS du deuxième étage au premier. Les travaux de déménagement, de démolition et de construction sont présentement en cours à l'ancienne UCS qui était située au deuxième étage.

Il a été décidé par le conseil d'établissement que la moitié des chambres de l'UCS actuelle au deuxième étage (trois chambres) demeurent intactes pour être disponibles en cas de débordement de l'UCDG. L'UCDG est adjacente via une double porte à l'UCS. Ainsi, la permutation de ces deux unités est réalisable. À la place de la seconde moitié des chambres de l'UCS, des bureaux seraient aménagés. Les bureaux de l'ASI, de la

chef de programme et d'une gestionnaire se trouvent dans les chambres de l'UCS. Il a été décidé de ne pas détruire la chambre d'isolement à pression positive ou négative qui a été très coûteuse à construire malgré la décision de la transformer en bureau de façon permanente. Il a été convenu que le poste de travail des infirmières demeure intact aussi. Il est prévu de transformer les anciens bureaux du corridor au premier étage en chambre d'UCS, comme le veut la première proposition d'aménagement mais en attendant que cela ait lieu, des civières sont placées le long du corridor adjacent au secteur de l'observation monitorée. Le CSSSM se retrouve actuellement à vivre les mêmes contraintes que lorsqu'il y a un surplus de patients sur civières. Ces modifications de l'aménagement ont engendré beaucoup de coûts et vont continuer à en entraîner dans les prochains mois au fur et à mesure que le projet avancera. Ces dépenses auraient possiblement pu être évitées si le MSSS avait travaillé en concertation avec le personnel du CSSSM.

Actions à valeur ajoutée (AVA) et actions à non-valeur ajoutée (ANVA)

L'analyse des données a permis de faire ressortir que certaines assignations chez les infirmières comportaient beaucoup d'AVA mais que d'autres assignations incluaient également beaucoup d'ANVA. Ce sont les infirmières travaillant aux secteurs de triage, d'urgence et d'observation qui effectuent le plus d'AVA (256 minutes en moyenne) pendant leur quart de travail. Leur présence dans ces secteurs respectifs est indispensable en raison de leurs rôles et responsabilités, des protocoles à suivre et de leurs compétences et au niveau légal (MSSS & AQESSS, 2006). Il est ressorti que dans

plusieurs secteurs de l'urgence, les infirmières effectuent trop souvent des tâches cléricales (51 minutes en moyenne). Ces ANVA pourraient être effectuées par un commis ou une agente administrative. Même en tenant compte du contexte de rareté de la main d'œuvre infirmière en milieu rural, il serait possible de déléguer certaines de ces tâches cléricales à la réceptionniste à l'accueil de l'urgence. Considérant que les infirmières travaillant en santé ambulatoire sont inactives pendant une longue période de temps (106 minutes), l'organisation et la gestion des horaires de rendez-vous pour les patients devraient être revues. Certaines raisons peuvent contribuer à l'inactivité (ANVA) des infirmières en santé ambulatoire. Il y a possiblement trop de temps alloué à chaque rendez-vous de sorte que l'infirmière termine toujours le rendez-vous avant la fin du temps prévu. Il est également possible qu'un nombre insuffisant de rendez-vous soit donné dans une journée. De grandes périodes d'inactivité (140 minutes) avaient également lieu lors de la clinique d'orthopédie. Dans le plan d'action, il a été convenu que le médecin devrait arriver à l'heure prévue de début. Cela aidera au bon fonctionnement de la clinique d'orthopédie car l'inactivité effectuée par l'infirmière sera diminuée ainsi que le temps d'attente pour les patients. Par ailleurs, lors de la redistribution des tâches à la suite de l'activité kaizen, il a été convenu d'introduire une infirmière auxiliaire aux cliniques externes spécialisées. L'introduction des infirmières auxiliaires contribuera à diminuer les ANVA effectuées par les infirmières qui travaillent aux cliniques externes. Ces ANVA étant diminuées, plus d'infirmières seront disponibles pour effectuer autre chose ou travailler dans un autre secteur de l'urgence. Conséquemment, cela pourrait réduire le recours au temps supplémentaire obligatoire.

La clinique de chirurgie était également un secteur où l'organisation devait être revue car beaucoup d'ANVA étaient effectuées. L'assignation d'un PAB pour la stérilisation des instruments permettra à l'infirmière qui effectuait cette tâche de rentabiliser ses compétences et d'effectuer des AVA dans un autre secteur de l'urgence. Par contre, compte tenu des rôles et tâches d'un PAB, la stérilisation d'instruments et d'équipement médical est une ANVA. Cependant, il faut tenir compte du contexte de soins en région rurale et de la disponibilité de la main d'œuvre dans la population régionale qui est réduite (CSSSM & Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2010).

Il a été constaté que l'ASI de soir faisait trop d'ANVA (plus de 63 minutes) qui pouvaient être faites par un PAB. À la suite de ce constat, l'équipe kaizen a suggéré de revoir la structure de poste des PAB et de créer un nouveau poste. Avec maintenant deux postes sur 12 heures, l'ASI disposera de plus de temps pour effectuer des AVA.

Rôles, tâches et responsabilités des infirmières

Dans le plan d'action, l'équipe de l'urgence prévoit intégrer plus de formation des infirmières pour encourager l'autonomie de ces dernières et augmenter leur expertise. Étant donné que les infirmières sont tenues par l'OIIQ d'utiliser les moyens pour maintenir leurs compétences à jour et donc d'effectuer de la formation continue depuis janvier 2012, elles seront possiblement plus enclines à participer à la formation offerte par leur milieu. L'organisation devra donc être créative et mettre en place des mesures

incitatives afin d'encourager les infirmières à s'inscrire à une formation en lien avec les soins critiques. À travers le plan d'action, la direction du CSSSM s'engage toutefois à offrir des formations et aimerait également que l'ASI puisse assurer le transfert des connaissances, guider et encadrer le personnel infirmier.

La réalité des infirmières travaillant en milieu rural pour ce qui est des besoins de formation est différente comparativement à celle des infirmières en centres urbains. Les infirmières sont moins exposées à des situations différentes et particulières comparativement aux situations rencontrées dans les centres hospitaliers spécialisés. Elles ont moins l'occasion d'appliquer les méthodes, protocoles et techniques de soins d'urgence utilisés en soins critiques et sont donc plus enclines à perdre leurs habiletés à effectuer certaines tâches rapidement et cela peut avoir un impact sur la qualité des soins. Cette réalité justifie encore plus le besoin de formation continue des infirmières travaillant en région rurale, comme au CSSSM. Le besoin de formation spécifique dans le milieu de l'urgence est nécessaire pour assurer une qualité de soins optimale. Lors de l'activité kaizen, les infirmières ont fait part qu'elles ressentaient le besoin de mise à jour et qu'elles étaient intéressées à recevoir de la formation sous forme de simulation. Cette méthode de formation consiste en la simulation de situations de soins réelles sur un mannequin où les infirmières doivent appliquer leur jugement clinique et intervenir rapidement puisque le mannequin donne des rétroactions aux soins apportés. Il pourrait être convenu de prévoir une période de formation auprès des infirmières d'une durée de deux à quatre heures, et ce, une fois par mois. Un éventail de difficultés et une grande

variété de conditions cliniques en lien avec des situations d'urgence seraient simulés. Ces formations mensuelles contribueraient au sentiment de compétence et de satisfaction chez les infirmières.

Ressources humaines

Médecins

L'absence de médecin chef à l'urgence fait en sorte que la prise de décisions quant aux nouvelles structures de travail est plus difficile. Pour faciliter le recrutement de médecins au CSSSM, tous les nouveaux médecins devraient être encadrés par un médecin d'expérience, ce qui permettrait d'apprendre le fonctionnement de l'urgence, de se familiariser avec les procédures qui y sont utilisées et de connaître les modalités de transfert. L'absence de médecin d'expérience avec une appartenance au CSSSM freine l'intention des nouveaux médecins ou médecins dépanneurs de vouloir œuvrer dans un milieu où il y a absence de leadership médical. En raison de l'absence de médecin chef à l'urgence, l'intégration d'infirmières auxiliaires aux cliniques externes spécialisées requiert un délai supplémentaire puisque la décision doit passer par le médecin responsable de l'urgence qui travaille à l'Agence de la santé et des services sociaux du territoire. Cela demande un plus long processus, car ce médecin de l'Agence n'est pas parfaitement renseigné sur les réalités particulières de cette urgence. Cette attente de la décision retarde l'optimisation du fonctionnement des cliniques externes spécialisées.

Les infirmières trouvent difficile de soutenir les médecins dépanneurs afin qu'ils adaptent leur pratique au fonctionnement de l'organisation. Les infirmières doivent prendre du temps, qu'elles n'ont pas toujours, pour aider le médecin à s'orienter et à accomplir ses tâches de façon optimale. Inversement à ce qui devrait être fait, le personnel doit souvent s'adapter aux nouvelles façons de fonctionner de chaque médecin, ce qui demande beaucoup de temps et qui représente des ANVA.

Situé en milieu rural, le CSSSM est particulièrement touché par la rareté des effectifs médicaux mais infirmiers également. L'absence de médecin chef à l'urgence et le manque d'infirmières sont responsables de plusieurs problématiques dans la réorganisation du travail en cours. Certaines stratégies pour contrer ces problématiques sont inscrites dans le plan d'action à la suite de l'activité kaizen et elles devraient être mises en application à l'automne 2013.

Infirmières

Tout d'abord, le personnel des ressources humaines et le personnel qui travaille à la liste de rappel devront tenter d'améliorer la gestion des horaires. En faisant preuve de souplesse dans l'aménagement des horaires de travail et en assurant de compléter les horaires à l'avance, et ce, de façon équilibrée, c'est-à-dire sans infirmières en moins ou en plus, le département de l'urgence diminuera le nombre d'absences imprévues. L'intégration des quarts de travail volontaire de 12 heures chez les infirmières auxiliaires s'avère positive. Les quarts de travail de 12 heures diminuent les besoins en

effectifs sur les trois quarts de travail et peuvent contribuer à diminuer le temps supplémentaire obligatoire chez les infirmières. Il serait donc intéressant que toutes les assignations de tous les secteurs de l'urgence acceptent de mettre à l'essai des quarts de travail de 12 heures. Cet essai pourrait être d'une durée de deux mois et la mise en place à la suite de l'essai serait conditionnelle à l'accord de la majorité du personnel. De plus, il serait également pertinent d'essayer d'appliquer un chevauchement lors de ces quarts de travail de 12 heures, c'est-à-dire que, par exemple, le quart de travail de certaines infirmières de jour serait de 8 h à 20 h et de 6 h à 18 h et que le quart de travail des infirmières de soir serait de 20 h à 8 h. Ce chevauchement permettrait d'augmenter le travail d'équipe et contribuerait à diminuer la charge de travail en période d'affluence, par exemple de 15 h à 18 h en après-midi. Par ailleurs, il est possible de croire que ce chevauchement contribuerait à ce que la qualité des soins soit plus uniforme tout au long de la journée et non amoindrie lors de la transmission des rapports de jour et de soir car plus de personnel serait en place en même temps. La modification de la structure de poste et la clarification des rôles du personnel infirmier à l'urgence serait bénéfique car chacun pourrait effectuer des tâches relevant de sa propre expertise et cela éviterait de surcharger les membres de l'équipe par des ANVA. Ce changement s'avèrerait très positif puisqu'il contribuerait à diminuer la charge de travail du personnel infirmier.

Le CSSSM aurait aussi tout avantage à favoriser le recrutement infirmier dans le but d'améliorer les conditions de travail des infirmières. Il devient important de créer de nouveaux postes pour les infirmières qui offrent plus de disponibilités et de s'assurer de

la présence d'une équipe de remplacement formée pour occuper un poste à l'urgence. La tenue d'un « salon des postes¹ » dans les établissements pour combler le plus rapidement possible un plus grand nombre de postes est habituellement bénéfique. Cependant, encore une fois, il faut tenir compte du contexte particulier du CSSSM puisqu'en région rurale, les effectifs sont moins nombreux et les effectifs spécialisés en soins critiques le sont encore moins. En ce qui concerne le personnel infirmier, le recrutement est facilité lorsque les postes offerts comportent suffisamment d'heures de travail. De plus, une bonne réputation quant à la compétence de l'équipe, aux conditions de travail et au climat de travail favorise le recrutement et l'attribution de postes. Il est toutefois ressorti lors de l'activité kaizen qu'il y avait présence de rivalité entre les membres des différents quarts de travail et que le travail d'équipe était manquant. L'équipe de l'urgence devra appliquer le plan d'action et travailler à améliorer la communication et le climat de travail.

En se penchant sur le recrutement, l'orientation et l'intégration ainsi que sur la formation continue du personnel infirmier, il est possible de former une équipe stable et compétente et d'améliorer le fonctionnement du personnel infirmier.

¹ Un « salon de postes » désigne un affichage à l'interne, c'est-à-dire pour les employés seulement, de postes nouvellement créés ou de postes non comblés, afin d'accélérer le processus habituel de dotation des postes.

Leadership et suivi

Le CSSSM n'a pas réussi à appliquer tous les principes lean et n'a pas pu respecter les échéanciers du projet pour plusieurs raisons. Le manque d'implication et de suivi par les gestionnaires a possiblement contribué aux difficultés encourues tout au long du projet et a nui à la survie du projet. Pour que ce projet lean devienne un succès, il aurait fallu que la direction puisse s'impliquer davantage et que tout soit plus stable à ce niveau. L'engagement et le leadership de la direction aident au succès de l'implantation du lean à long terme, à l'adoption des changements et à la mise en place d'une culture d'amélioration continue. En l'absence de culture d'amélioration continue, l'organisation ne peut obtenir l'ensemble des bénéfices du lean.

Le manque de suivi dans ce projet a fait en sorte qu'il a été impossible de respecter l'échéancier du projet. En raison des déplacements d'assignation du personnel cadre et du nouveau personnel cadre, il y a eu un manque de leadership. Cela a sans doute contribué au manque de suivi et au non-respect des échéanciers et des objectifs du projet. Tout projet de réorganisation du travail doit comporter une date où le projet est initié ainsi qu'une date butoir. Lorsque cela n'est pas le cas, il peut se créer un manque de motivation ainsi qu'une démobilisation du personnel.

Limites de l'étude

Le milieu choisi pour mener l'étude est conçu sur deux étages. Cet aménagement unique au Québec fait en sorte que l'étude n'est pas entièrement généralisable. Aussi, le

fait que l'échantillon de l'étude soit de convenance est une limite en soi. Il est possible que la chercheuse ne voit pas ce que certains employés qui refusent de participer font normalement. Par ailleurs, la décision de mettre en place les changements proposés ou non est une décision qui relève entièrement du CSSSM. Le fait d'avoir choisi de ne pas appliquer les changements empêche l'étude de progresser et donc de tirer certaines conclusions. Finalement, l'absence de chargé de projet, qui aurait été assigné par le CSSSM, a contribué à la lenteur de la mise en place des actions décidées par l'équipe de travail de l'urgence de Louiseville.

Rapport-Gratuit.com

Conclusion

Ce projet de recherche avait pour but de collecter des données sur les activités faites par le personnel de l'urgence du CSSSM afin d'optimiser le travail de chacun et d'améliorer la performance départementale. Le CSSSM avait également comme objectifs, à travers ce projet, de trouver une solution au problème d'aménagement sur deux étages, de standardiser le travail du personnel infirmier et de diminuer le recours au temps supplémentaire et à la main d'œuvre indépendante.

À travers ce projet de recherche, il a été possible d'observer les effets de l'implantation du *lean healthcare* dans le contexte particulier d'une urgence en milieu rural et conçue sur deux étages. Cette étude a tout d'abord démontré que les problématiques d'organisation du travail sont vécues non seulement au CSSSM mais aussi dans d'autres centres hospitaliers au Québec ainsi qu'internationalement (Blais, Lagacé, & St-Pierre, 2009; Dubois & D'Amour, 2011; Garneau, 2009; St-Pierre, Lagacé, Leblanc, & Bélanger, 2010; St-Pierre, Lazzara, Leblanc, & Gascon, 2010). Il a également été possible d'observer que l'implantation de la méthode lean était très bénéfique pour l'amélioration de plusieurs variables quant à l'organisation du travail. Une bonification des ressources humaines, matérielles et financières, une diminution des étapes dans les processus de soins et de services offerts et une amélioration du flux patient dans différents secteurs font partie du résultat d'une démarche lean. Le projet de

recherche a également permis d'en connaitre un peu plus sur les rôles, tâches et responsabilités des infirmières œuvrant dans le secteur de l'urgence.

À la suite de la collecte des données, les résultats ont fait ressortir plusieurs constats non négligeables quant au fonctionnement de l'urgence. Ces constats ont été le cœur de l'activité kaizen et le plan d'action mis en place lors de l'activité kaizen a permis au CSSSM d'amorcer certains changements à l'urgence. La réorganisation de structure de poste et la standardisation des tâches actuellement en cours a permis de diminuer les ANVA et a diminué plusieurs formes de gaspillage telles que des déplacements inutiles et la répétition de tâches. De plus, un des changements majeurs ayant eu lieu est le déménagement de l'UCS au premier étage et donc l'abolition de l'urgence sur deux étages. Ce mémoire a permis de démontrer qu'une urgence sur deux étages n'était pas fonctionnelle et pouvait même causer préjudice aux patients ainsi qu'au personnel infirmier. Il a aussi servi à prouver objectivement comment une contrainte d'aménagement sur deux étages exigée et imposée par le MSSS a entraîné une désorganisation des soins et a causé de nombreuses préoccupations pour les dirigeants du CSSSM.

Le manque de suivi et de leadership à travers l'implantation du plan d'action a toutefois contribué à ralentir la mise en place d'une culture d'amélioration continue et, conséquemment, à retarder le projet. La présence d'un chargé de projet aurait certainement contribué au respect des objectifs et échéanciers du projet. Dans un projet

comme celui-ci, il importe non seulement de bien initier le départ mais aussi de prévoir une date limite pour l'atteinte des objectifs et de tenter de la respecter. Malgré ce fait, les améliorations au sein du département ont motivé et encouragé le personnel à poursuivre dans la lancée de l'amélioration continue telle que véhiculée par le lean. Le grand potentiel d'implication des employés et le travail d'équipe nouvellement exercé a sans doute contribué à l'avancement du projet et facilitera évidemment sa poursuite.

Étant donné le manque de rigueur à travers l'implantation de la méthode lean au CSSSM, il n'est pas encore possible de connaître l'étendue des résultats de son implantation. L'absence de collecte de données post-changement est impossible étant donné que les améliorations n'ont pas toutes été mises en place et que ces changements s'échelonneront au-delà de ce projet de maîtrise. Cela empêche également de tirer certaines conclusions quant à l'efficacité de l'organisation du travail actuel. Il est cependant possible de conclure que l'implantation de la méthode lean, qui a lieu actuellement, a déjà apporté plusieurs effets positifs au niveau du fonctionnement en général, dont le travail en équipe, et contribue jour après jour à l'amélioration de l'organisation du travail à l'urgence ainsi qu'à rendre un service amélioré aux patients.

Le flux patient à travers l'urgence ayant été analysé, il serait intéressant, lors d'une prochaine étude, de voir si la méthode lean contribue à améliorer la trajectoire des patients et donc à réduire d'autres variables néfastes, dont les temps d'attente à l'urgence.

Références

- Aherne, J. (2007). Think lean. *Nursing management*, 13(10), 13-15.
- Albright, B. (2008). Lean and Mean. *Healthcare Informatics*, 25(6), 4.
- Bahensky, J. A., Roe, J., & Bolton, R. (2005). Lean sigma – will it work for healthcare? *Journal of Healthcare Information Management*, 19(1), 39-44.
- Ballé, M., & Regnier, A. (2007). Lean as a learning system in a hospital ward. *Leadership in health services*, 20(1), 33-41.
- Bédard, B., Benoit, D., & Viens, C. (2005). *Guide des pratiques novatrices en organisation des soins et du travail*. Association des Hôpitaux du Québec. Montréal : Presses Inter Universitaires.
- Ben-Tovim, D., Bassham, J., Bolch, D., Martin, M. A., Dougherty, M. L., & Szwarcbord, M. (2007). Lean thinking across a hospital: Redesigning care at the Flinders Medical Centre. *Australian Health Review*, 31(1), 10-15.
- Ben-Tovim, D., Dougherty, M. L., O'Connell, T. J., & McGrath, K. M. (2008). Patient journeys: The process of clinical redesign. *Medical Journal of Australia*, 188(6), 14-17.
- Beveridge, R., Clarke, B., Janes, L., Savage, N., Thompson, J., Dodd, G., ... Vadeboncoeur, A. (1998). L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence. Guide d'implantation. Document consulté de http://www.amuq.qc.ca/assets/memoires-et-positions/eTG_-_L_echelle_canadienne_de_triage_et_de_gravite.pdf
- Blackmore, C. C., Mecklenburg, R. S., & Kaplan, G. S. (2011). At Virginia Mason, collaboration among providers, employers and health plans to transform care cut costs and improved quality. *Health Affairs*, 30(9), 1680-1687.
- Blais, M.-C., Lagacé, D., & St-Pierre, L. (2009). *Le Lean au Centre Parents-Enfant du CHRTR : un début prometteur*. Communication présentée au 8ième congrès international de génie industriel, Bagnères de Bigorre, France.

- Brackett, T., Comer, L., & Whichello, R. (2013). Do lean practices lead to more time at the bedside? *Journal for healthcare quality : official publication of the National Association for Healthcare Quality*, 35(2), 7-14. doi:10.1111/j.1945-1474.2011.00169.x
- Bushell, S., Mobley, J., & Shelest, B. (2002). Discovering lean thinking at progressive Healthcare. *Journal of Quality and Participation*, 25, 20.
- Cameron, D. (2013, 8 mai). *Palmarès des urgences : toujours plus d'attente*. Document consulté de <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201305/07/01-4648588-palmares-des-urgences-toujours-plus-dattente.php>
- Castonguay, C. (2012). *Santé : l'heure des choix*. Québec : Éditions du Boréal.
- CSSSM. (2013). *Mission /Vision /Valeurs*. Document consulté le 2013-07-13 de <http://www.csssm.qc.ca/mission>
- Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé, & Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. (2010). *Région 04- Entente de gestion et d'imputabilité 2010-2011 entre l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec et le CSSS de Maskinongé*. Québec : Gouvernement du Québec. Document consulté de www.informa.msss.gouv.qc.ca
- Champagne, S. (2010, 26 mars). *Infirmières : explosion des heures supplémentaires*. Document consulté de <http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201003/25/01-4264427-infirmieres-explosion-des-heures-supplementaires-.php>
- Code des professions (2013b). Page consultée de http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_26/C26.HTM
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2013). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2013*. Consulté le 2013-07-14 de http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2013_PerformanceGlobale/CSBE_Rapport_PerformanceGlobale_2013.pdf
- Cookson, D., Read, C., Mukherjee, P., & Cooke, M. (2011). Improving the quality in emergency department care by removing waste using Lean Value Stream mapping. *The International Journal of Clinical Leadership*, 17, 25-30.
- Corporation d'hébergement du Québec. (2011a). *Gestion des déchets hospitaliers*. Document consulté de http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/planification-immobiliere/app/DocRepository/1/Publications/Guide/Dechets_hospitaliers_28.pdf

- Corporation d'hébergement du Québec. (2011b). *Guide logistique hospitalière*. Document consulté le 2013-07-11 de http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/planification-immobiliere/app/DocRepository/1/Publications/Guide/110629_Guide_logistique_hospitaliere.pdf
- Dagenais, M. (2012). *Analyse exploratoire des impacts et des facteurs de succès de l'implantation de l'approche Lean dans deux centres hospitaliers universitaires québécois* (Mémoire de maîtrise inédit). École Polytechnique de Montréal, Qc. Repéré à http://publications.polymtl.ca/803/1/2012_MartineDagenais.pdf
- Dart, R. C. (2010). Can Lean thinking transform American healthcare? *Annals of Emergency Medicine*, 57(3), 279-281.
- De Mast, J., Kemper, B., Does, R. J. M. M., Mandjes, M., & Vander Bijl, Y. (2011). Process Improvement in Healthcare: Overall Resource Efficiency. *Quality And Reliability Engineering International*, 27(8), 1095-1106.
- Desmarais, M. (2011). *Déploiement du lean dans les organisations de la santé au Québec : Étalonnage sur les facteurs clés de succès* (Essai de maîtrise inédit). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC.
- Dickson, E. W., Anguelov, Z., Vetterick, D., Eller, A., & Singh, S. (2009). Use of Lean in the Emergency Department: A care series of 4 hospitals. *Annals of Emergency Medicine*, 54(4), 504-510.
- Dickson, E. W., Singh, S., Cheung, D. S., Wyatt, C. C., & Nugent, A. S. (2008). Application of Lean Manufacturing Techniques in the Emergency Department. *The Journal of Emergency Medicine*, 37(2), 177-182. doi:10.1016/j.jemermed.2007.11.108
- Drebit, S., Ngan, K., Hay, M., & Alamgir, H. (2010). Trends and costs of overtime among nurses in Canada. *Health Policy*, 96(1), 28-35. doi:10.1016/j.healthpol.2009.12.016
- Dubois, C-A., & D'Amour, D. (2011). *Synthèse descriptive et analytique de 27 projets d'organisation du travail en soins infirmiers. Projets subventionnés par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2008-2010*. Montréal, QC : Université de Montréal.
- Dussault, J., & Amar, M. (2012). *L'offre de soins et de services de première ligne à Québec : les médecins de famille sonnent l'alarme!* Rapport qualitatif inédit. Récupéré de <http://www.csssvc.qc.ca/telechargement.php?id=937>

- Eller, A. (2009). Rapid Assessment and Disposition: Applying LEAN in the Emergency Department. *Journal for Healthcare Quality: Promoting Excellence in Healthcare*, 31(3), 17-22.
- Endsley, S., Magill, M. K., & Godfrey, M. M. (2006). Creating a lean practice. *Family Practice Management*, 13(4), 34-38.
- Fillingham, D. (2007). Can lean save lives? *Leadership in Health Services*, 20(4), 231-241.
- Fine, B. A., Golden, B., Hannam, R., & Morra, D. (2009). Leading Lean: A Canadian healthcare leader's guide. *Healthcare Quarterly*, 12(3), 32-41.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2001). *Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système*. Document consulté de http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/pscomcare_f.pdf
- Forero, R., & Hillman, K. (2008). *Access Block and Overcrowding: A Literature Review*. Document consulté de http://www.acem.org.au/media/media_releases/Access_Block_Literature_Review_08_Sept_3.pdf
- Friset, C., & Provencher, L. (2009). *Comment déployer le « Lean Healthcare »?* Communication présentée au Colloque L'urgence et le réseau : une synergie... ou deux solitudes? Saguenay, Québec.
- Fujimoto, J. (1999). *The evolution of a manufacturing system at Toyota*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Garneau, V. (2009). *Impact de l'approche lean healthcare sur la pratique médicale. Application dans les services d'urgences : Expérience au CSSSTR*. Document consulté de <http://www.amq.ca/fr/documents/presentations/item/166-approche-lean-healthcare-en-sante-urgence>
- Goumain, P. (2001). *Processus et produit de la conception architecturale des urgences : Recensement préliminaire des écrits*. Document consulté de <http://www.ergonomie-self.org/documents/36eme-Montreal-2001/PDF-FR/V6-006-R149-GOUMAIN.pdf>
- Goyette, G., & Lessard-Hébert, M. (1987). *La recherche-action : ses fonctions, ses fondements et son instrumentation*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Hendrich, A., Chow, M. P., Skierczynski, B. A., & Lu, Z. (2008). A 36 hospital time and motion study: How do medical-surgical nurses spend their time? *The Permanent Journal*, 12(3), 25-34.
- Hétu, M. (2012). *Évaluation de la performance d'une urgence via l'analyse des flux au sein du département*. Document inédit du cours GIA1042 (Simulation de systèmes industriels I), Département de génie industriel, Université du Québec à Trois-Rivières, QC.
- Hill, T. D. (2011). *Lean Healthcare – Why Canada needs more*. Document consulté de <http://www.kyoseicanada.ca/healthcare1.pdf>
- Holden, R. J. (2011). Lean thinking in emergency departments: A critical review. *Annals of Emergency Medicine*, 57(3), 265-278.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2010). *Qualitative research in nursing and healthcare*. Oxford, Angleterre : Blackwell.
- Hundt, A., & Karsh B. (2006). Work system design for patient safety: The SEIPS model. *Quality and Safety in Health Care*, 15, i50-i58.
- Ieraci, S., Digiusto, E., & Sonntag, P. (2008). Streaming by case complexity: Evaluation of a model for emergency department fast track. *Emergency Medicine Australasia*, 20, 241-249.
- Jacobsen, J., (2008). *Lean for process improvement*. Document consulté de www.asq.com
- Jimmerson, C., Weber, D., & Sobek, D. (2005). Reducing waste and errors: Piloting lean principles at IHC. *Journal Quality and Safety*, 31(5), 249-257.
- Jones, D. T. (2006). *Leaning Healthcare*. Document consulté de http://www.leanuk.org/downloads/dan/leaning_healthcare.pdf
- Joosten, T., Bongers, I., & Janssen, R. (2009). Application of lean thinking to health care: Issues and observations. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(5), 341-347. doi:10.1093/intqhc/mzp036
- Juneau, L., Pelletier, M., Bergeron, M., Bouchard, G., & Rousseau, C. (2011). *Projet séjour optisoins : optimisation de la qualité globale des services d'urgence dans une perspective systémique*. Document consulté de http://www.aqesss.qc.ca/docs/imedia/OSST_15avril.pdf

- Kanaway, G. (1996). *Introduction à l'étude du travail*. Suisse : Bureau international du travail Genève.
- Kaplan, G., & Patterson, S. (2008). Seeking perfection in healthcare. A case study in adopting Toyota production system methods. *Healthcare Executive*, 23, 16-21.
- Karsh, B., Holden, R. J., Alper, S. J., & Or, K. L. (2006). A human factor engineering paradigm for patient safety- designing to support the performance of the health care professional. *Quality and Safety in Healthcare*, 15, i59-i65.
- Kelly, A-M., Bryant, M., & Cox, L. (2007). Improving emergency department efficiency by patient streaming to outcomes-based teams. *Australian Health Review*, 31, 16-21.
- Kilner, E., & Sheppard, L. A. (2010). The role of teamwork and communication in the emergency department: A systematic review. *International Emergency Nursing*, 18(3), 127-137.
- Kim, C. S., Hayman, J. A., & Billi, J. E. (2007). The application of lean thinking to the care of patients with bone and brain metastasis with radiation therapy. *Journal of Oncology Practice*, 3, 189-193.
- Kim, C. S., Spahlinger, D. A., & Billi, J. E. (2009). Creating value in health care: The case for lean thinking. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 16(12).
- Kim, C. S., Spahlinger, D. A., Kin, J. M., & Billi, J. E. (2006). Lean health care: What can hospitals learn from a world-class automaker? *Journal of Hospital Medicine*, 1(3), 191-199. doi:10.1002/jhm.68
- King, D. L., Ben-Tovim, D. I., & Bassham, J. (2006). Redesigning emergency department patient flows : Application of Lean thinking to healthcare. *Emergency Medicine Australasia*, 18, 391-397.
- Kollberg, B., Dahlgaard, J., & Brehmer, P. O. (2007). Measuring lean initiatives in health care services. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 56(1), 7-24.
- Kulkarni, R. G. (2008). A reader and author respond to “going lean in the emergency department: A strategy for addressing emergency department overcrowding”. *Medscape Journal of medicine*, 10, 25.
- Landry, S. (2010a). N'appliquons pas les freins au système de santé québécois. Document consulté de http://expertise.hec.ca/voix_experts/non-classe/nappliquons-pas-les-freins-systeme-sante-quebecois/

- Landry, S. (2010b). *Le Lean Healthcare : origines et concepts*. Document consulté le 2012-02-24 de <http://www.amq.ca/images/stories/documents/22-avril-s-landry.pdf>
- Laschinger, H. K. S., Shamian, J., & Thomson, D. (2001). Impact of magnet hospital characteristics on nurses' perceptions of trust, burnout, quality of care, and work satisfaction. *Nursing Economics*, 19(5), 209-219.
- Lévesque, G. (2009). Les services d'urgence au Québec : caractéristiques et utilisation des infirmières auxiliaires. Document consulté de <http://www.oiiq.org/documents/file/services-urgence-quebec.pdf>
- L'Hommedieu, T., & Kappeler, K. (2010). Lean methodology in i.v. medication processes in a children's hospital. *American Society of Health-System Pharmacists*, 67(24), 2115-2118. doi: 10.2146/ajhp100151
- Liker, J. (2006). *Le modèle Toyota, 14 principes qui feront la réussite de votre entreprise*. Paris : Pearson.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Lodge, A., & Bamford, D. (2008). New development: Using Lean techniques to reduce radiology waiting times. *Public Money & Management*, 28(1), 4.
- Logibec. (2013). IT Solution for the healthcare industry. Document consulté le 2013-07-09 de <http://www.logibec.com/Products/Siurge.aspx?tabid=3>
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Montréal : ERPI.
- Manos, A., Sattler, M., & Alukal, G. (2006). Make healthcare lean. *Quality progress*, 39(7), 24.
- Martin, M., Champion, R., Kinsman, L., & Kevin Masman, H. (2011). Mapping patient flow in a regional Australian emergency department: A model driven approach. *International Emergency Nursing*, 19(2), 75-85. doi:10.1016/j.ienj.2010.03.003
- Massey, L., & Williams, S. (2005). CANDO: Implementing change in an NHS trust. *International Journal of Public Sector Management*, 18(4), 330-349.
- Massicotte, N. (2008, 28 octobre). *Malgré un recrutement fructueux, il manque une centaine d'omnipraticiens*. Document consulté le 2013-07-12 de <http://www.lapresse.ca/le-nouvelliste/actualites/200810/28/01-33634-malgre-un-recrutement-fructueux-il-manque-une-centaine-domnipraticiens.php>

- Massicotte, N. (2009, 9 décembre). Révision de structures de postes au CSSS de Maskinongé. Document consulté le 2013-06-14 de <http://www.lapresse.ca/le-nouvelliste/vie-regionale/maskinonge/200912/09/01-929338-revision-de-structure-de-postes-au-csss-de-maskinonge.php>
- Maxey, J., Rowlands, M., George, L. M., & Price, M. (2004). *The lean six sigma pocket toolbook: A quick reference guide to nearly 100 tools for quality, speed, and complexity*. New York, NY: McGraw-Hill Professional.
- Mayer, C., & Madore, P. (2012). Le lean en tant qu'approche pour améliorer les soins de santé. Document consulté de http://www.opq.org/CMS/MediaFree/file/L-Ordre/Evenements/RVO-2012/RVO-2012_Conference-LEAN.pdf
- Mazzocato, P., Holden, R. J., Brommels, M., Aronsson, H., Bäckman, U., Elg, M., & Thor, J. (2012). How does lean work in emergency care? A case study of a lean-inspired intervention at the Astrid Lindgren Children's hospital, Stockholm, Sweden. *Biomed Central Health Services Research*, 12(1), 28. doi:10.1071/AH070016
- Mazzocato, P., Savage, C., Brommels, M., Aronsson, H., & Thor, J. (2010). Lean thinking in healthcare: A realist review of the literature. *Quality and Safety in Health Care*, 19(5), 376-382. doi: 10.1136/qshc.2009.037986
- Millard, W. (2011). If Toyota ran the ED. *Annals of Emergency Medicine*, 57(6), 13-15.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2002). *Loi modifiant le code des professions et d'autres législatives dans le domaine de la santé; Cahier explicatif*. Document récupéré de http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/08_Cahier-explicatif-PL90.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Recherche sur les facteurs d'attraction et de rétention des infirmières du Québec*. Document récupéré de http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/infirmieres.PDF?Archive=194230291241&File=16983_PDF
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). *Plan stratégique 2010-2015 du Ministère de la santé et des services sociaux*. Document récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-717-02.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2011a). *Main d'œuvre indépendante-répartition des heures régulières et supplémentaires de la main d'œuvre indépendante des infirmières techniciennes et sociosanitaires, Québec 2006-2007 à 2010-2011*. Document récupéré de http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/acces_info/documents/demandes_acces/infirmieres_repartition_heures_2006-2007_a_2010-2011.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2011b). *Le ministre Yves Bolduc dévoile le nom des établissements de santé sélectionnés pour l'implantation de l'approche Lean Healthcare Six Sigma*. Document récupéré de <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/ficheCommunique.php?id=92>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2011c). *Guide pour la prophylaxie postexposition (PPE) à des liquides biologiques dans le contexte du travail*. Document récupéré le 2013-07-04 de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-333-02W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, & Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2006). *Guide de gestion de l'urgence*. Document récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-905-01.pdf>
- Naik, T., Duroseau, Y., Zehtabchi, S., Rinnert, S., Payne, R., McKenzie, M., & Legome, E. (2012). A structured approach to transforming a large public hospital emergency department via Lean methodologies. *Journal for healthcare Quality*, 34(2), 86-97. Doi : 10.1111/j.1945-1474.2011.00181.x
- Nantsupawat, A., Srisuphan, W., Kunaviktikul, W., Wichaikhum, O-A., Aunguroch, Y., & Aiken, L. (2011). Impact of nurse work environment and staffing on hospital nurse and quality of care in Thailand. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(4), 426-433.
- Nelson-Peterson, D. L., & Leppa, C. J. (2007). Creating an environment for caring using lean principles of the Virginia Mason Production System. *Journal of Nursing Administration*, 37, 287-294.
- Ng, D., Vail, G., Thomas, S., & Schmidt, N. (2010). Applying the Lean principles of the Toyota Production System to reduce wait times in the emergency department. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 12(1), 50-7.
- Nouvelliste, Le. (2010). *1^{re} urgence du Québec vraiment Lean*. Document récupéré le 2011-08-04 de <http://www.cyberpresse.ca/le-nouvelliste/actualites/201004/30/01-4275727-1ere-urgence-du-quebec-vraiment-lean.php>

- O'Neill, S., Jones, T., Bennett, D., & Lewis, M. (2011). Nursing works: The application of Lean thinking to nursing processes. *Journal of Nursing Administration*, 41(12), 546-552.
- Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. (2011). *Les activités professionnelles de l'infirmière auxiliaire*. Document récupéré de <http://www.oiiq.org/documents/file/cap-leg-fr-30-sept-2011.pdf>
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (2003). *Notre profession prend une nouvelle dimension : Des pistes pour mieux comprendre la loi sur les infirmières et les infirmiers et en tirer avantage dans notre pratique*. Document récupéré de http://www.oiiq.org/sites/default/files/149_doc.pdf
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (2007). *Le triage à l'urgence. Lignes directrices pour l'infirmière au triage à l'urgence*. Document récupéré de http://www.oiiq.org/sites/default/files/230_doc_0.pdf
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (2008). *L'exercice infirmier dans les urgences : Qu'en est-il?* Document récupéré de <http://www.oiiq.org/publications/le-journal/archives/majjuin-2008-vol-5-n-5/1-exercice-infirmier-dans-les-urgences-qu-en>
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (2010). *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière*. Document récupéré de http://www.oiiq.org/sites/default/files/263NS_doc.pdf
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (2011). *Vers une culture de formation continue pour la profession infirmière au Québec*. Document récupéré le 2013-04-18 de <http://www.oiiq.org/sites/default/files/270GCO-Documents-Orientation-Web.pdf>
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (2012). *Projets de réorganisation des soins de type « Lean santé », 1-7*. Document récupéré de http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/lean_positionOIIQ-2012-12-19.pdf
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec & Ordre des infirmières et des infirmiers Auxiliaires du Québec. (2012). *Rôle de l'infirmière auxiliaire en lien avec les ordonnances collectives*. Document récupéré de <http://www.oiiq.org/documents/file/role-de-linf-aux-en-lien-avec-l-oc-oiiq-oiiq-1.pdf>

- Paillassard, F., & Castro, L. (2010). L'approche Lean. *Un outil préalable et indispensable à l'efficacité opérationnelle des systèmes hospitaliers : Le cas des services d'urgence*. Document récupéré de [http://giseh2010.isima.fr/papiers/\[065\].pdf](http://giseh2010.isima.fr/papiers/[065].pdf)
- Papadopoulos, T., & Merali, Y. (2008). Stakeholder network dynamics and emergent trajectories of Lean implementation projects: A Study in the UK National Health Service. *Public Money & Management*, 28(1), 8.
- Patterson, P. (2010). A lean process for OR technology. *OR Manager*, 26(4), 20-21.
- Plante, J-P. (2007). Impressionnant chantier de construction à Louiseville. Document consulté le 2013-08-08 de <http://www.lechodemaskinonge.com/Communaute/2007-10-24/photo-581710/Impressionnant-chantier-de-construction-a-Louiseville/1>
- Poksinska, B. (2010). The current state of Lean implementation in health care: Literature review. *Quality Management in Health Care*, 19(4), 319-329. doi: 10.1097/QMH.0b013e3181fa07bb
- Raab, S. S., Andrew-JaJa, C., Condel, J. L., & Dabbs, D. J. (2006). Improving Papanicolaou test quality and reducing medical errors by using Toyota production system methods. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194, 57-64.
- Radio-Canada. (2010a, 5 juillet). *Le CSSS Les Eskers adopte la méthode Toyota*. Document consulté le 2011-08-24 de http://www.radio-canada.ca/regions/abitiabi/2010/07/05/002-CSSS_Amos_methode_Toyota.shtml
- Radio-Canada. (2010b, 5 octobre). *L'approche Toyota donne des résultats*. Document consulté le 2011-08-24 de http://www.radio-canada.ca/regions/abitiabi/2010/10/05/004-methode_Toyota_Val-dOr.shtml
- Radnor, Z. J., Walley, P., Stephens, A., & Bucci, G. (2006). *Evaluation of the Lean approach to business management and its use in the public sector*. Document consulté de <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/129627/0030899.pdf>
- Régie de l'assurance maladie du Québec. (2009). *Plan stratégique 2009-2013*. Document consulté de <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/citoyens/fr/autres/plan-strategique-2009-2013-fr.pdf>
- Rowe, B. H., Villa-Roel, C., Guo, X., Bullard, M. J., Ospina, M., Vandermeer, B., ... Holroyd, B. R. (2011). The role of triage nurse ordering on mitigating overcrowding in emergency departments: A Systematic Review. *Academic Emergency Medicine*, 18(12), 1349-1357. doi:10.1111/j.1553-2712.2011.01081.x

- Roy, J. (2011, 14 septembre). *Méthode Toyota : Bientôt implantée dans trois centres hospitaliers*. Document consulté le 2012-01-05 de <http://tvanouvelles.ca/lcn/infos/national/archives/2011/09/20110914-044951.html>
- Santé Canada. (2007). *Conditions de travail : Une question stratégique fondamentale*. Document consulté de http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres/2007-nurses-infirmieres-fra.pdf
- Shah, R., & Ward, P. T. (2007). Defining and developing measures of lean production. *Journal of Operations Management*, 25, 785-805.
- Simon, R. W., & Canacari, E. G. (2012). A practical guide to applying lean tools and management principles to healthcare improvement projects. *Association of perOperative Registered Nurses Journal*, 95(1), 85-103.
- Sinclair, D. (2007). Emergency department overcrowding – implications for paediatric emergency medicine. *Paediatrics & Child Health*, 12(6), 491-494.
- Sinocchi, M., & Bernstein, R. (2011). The TWI Programs - Who needs a trainer? Consulté le 2013-07-13 de <http://leaninsider.productivitypress.com/2011/06/twi-programs-who-needs-trainer.html>
- Sirio, C., Segel, K., Keyser, D., Harrison, E., Lloyd, J., & Weber, R. (2003). Pittsburgh regional healthcare initiative: A systems approach for achieving perfect patient care. *Health Affairs*, 22(5), 157-65.
- Snyder, K. D., & McDermott, M. (2009). A rural hospital takes on lean. *Journal for Healthcare Quality*, 31(3), 23-28.
- Spear, S. J. (2006). Fixing healthcare from the inside: Teaching residents to heal broken delivery processes as they heal sick patients. *Academy Medical Journal*, 81(10), 144-149.
- Spear, S. J., & Bowen, H. K. (1999). Decoding the DNA of the Toyota Production System. *Harvard Business Review*, 77(5), 97-106.
- Stansfield, T., & Manuel, J. (2009). Paging Dr. Toyota. *Industrial Engineer*, 41(4), 28-31.
- St-Pierre, L., Lagacé, D., Leblanc, M., & Bélanger, M. (2010). « Optimisation de la trajectoire des patients en attente d'hébergement », Actes de la 5^{ème} conférence francophone du GISEH 2010 (Gestion et Ingénierie des Systèmes Hospitaliers), septembre, Clermont-Férrand, France.

- St-Pierre, L., Lazzara, L., Leblanc, M., & Gascon, V. (2010). *Optimisation de l'organisation du travail au soutien à domicile. Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé*. Rapport présenté au CSSSM, UQTR.
- St-Pierre, L., & Leblanc, M. (2010, Octobre). Grille d'observation des activités à valeur ajoutée et à non-valeur ajoutée des professionnelles de la santé. Chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé. Université du Québec à Trois-Rivières.
- St-Pierre, L., Leblanc, M., Hébert, K., Bélanger, M., & Gauthier, C. (2009). *Étude portant sur la charge de travail, la satisfaction et le stress au travail des infirmières et travail d'équipe sur cinq unités au Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières*, Rapport de recherche présenté au CHRTR. Université du Québec à Trois-Rivières.
- St-Pierre, L., Leblanc, M., & Lagacé, D. (2008). *Étude portant sur la charge de travail, la satisfaction et le stress au travail des infirmières à l'urgence du Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières*, Rapport de recherche présenté au CHRTR. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Teichgräber, U. K., & de Bucourt, M. (2012). Applying value stream mapping techniques to eliminate non-value-added waste for the procurement of endovascular stents. *European Journal of Radiology*, 81(1), e47-e52. doi:10.1016/j.ejrad.2010.12.045
- ThedaCare. (2012). About ThedaCare. Document consulté le 2012-02-24 de <http://www.createhealthcarevalue.com/about/thedacare/>
- Treble, T. M., & Hydes, T. (2011). Redesigning services around patients and their doctors: The continuing relevance of lean thinking transformation. *Clinical Medicine*, 11(4), 308-310.
- Trunkey, D. D. (2007). The emerging crisis in trauma care: A history and definition of the problem. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 54, 200-205.
- Valcarcel-Craig, D. (2009). *Action research Essentials*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Vallée, P. (2002). Loi 90: Nouvelles pratiques infirmières. Document consulté de <http://www.ledevoir.com/societe/actualites-en-societe/11004/la-loi-90-nouvelles-pratiques-infirmieres>
- Van Lent, W. A. M., Goedbloed, N., & Van Harten, W. H. (2009). Improving the efficiency of a chemotherapy day unit: Applying a business approach to oncology. *European Journal of Cancer*, 45(5), 800-806. doi:10.1016/j.ejca.2008.11.016

- Van Vonderen, M. L. (2008). Managing rural emergency department overcrowding. *Journal of Trauma Nursing*, 15(3), 112-117.
- Viens, C., Hamelin-Brabant, L., Lavoie-Tremblay, M., & Brabant, F. (2005). *Organisation des soins et du travail*. Cap-Rouge, Québec : Éditions Presses Inter Universitaires. ISBN : 2-89447-212-9.
- Villeneuve, C., Bolduc, Y., & Lavoie, V. (2008). *Le « Lean Healthcare » : la méthode Toyota pour optimiser les performances des réseaux de santé*. Document consulté de http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/evenemen/discours/SanTech2008/Atelier_6.pdf
- Villeneuve, J. (1996). *Le programme PARC : aide à la conduite des projets architecturaux*. Document consulté de <http://www.asstsas.qc.ca/Documents/Publications/Repertoire%20de%20nos%20publications/Autres/CP4-PARC1.pdf>
- Villeneuve, J. (2002). *Le programme PARC : pour mieux réussir un projet de rénovation/construction*. Document consulté de <http://www.asstsas.qc.ca/Documents/Publications/Repertoire%20de%20nos%20publications/OP/op252010.pdf>
- Villeneuve, J. (2003). *L'ergonomie participative dans la conception des bâtiments hospitaliers*. Document consulté de <http://www.asstsas.qc.ca/Documents/Publications/Repertoire%20de%20nos%20publications/Autres/CP32-PARC8.pdf>
- Werj, P. (2009). *Tâches d'infirmière non cliniques*. Document récupéré de http://www.pensonssoinsinfirmiers.ca/sites/thinknursing.ca/files/FR-Non%20Nursing_Duties.pdf
- Wojtys, E. M., Schley, L., Overgaard, K. A., & Agbabian, J. (2009). Applying lean techniques to improve the patient scheduling process. *Journal for healthcare quality: Official publication of the National Association for Healthcare Quality*, 31(3), 10-5- quiz 15-6.
- Womack, J. P. (2011). *Gemba Walks*. Cambridge, MA, USA : Lean Enterprise Institute.
- Womack, J. P., & Jones, D. T. (2005). *Système Lean : penser l'entreprise au plus juste*. Paris : Village mondial.

Womack, J. P., Jones, D. T., & Roos, D. (1991). *The machine that changed the world: The story of lean production*. Cambridge, MA, USA : Productivity Press.

Young, T. P., & McClean, S. I. (2009). Some challenges facing Lean thinking in healthcare. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(5), 2.

Rapport-Gratuit.com

Appendice A

Formulaire de consentement à la recherche



LETTRE D'INFORMATION

Invitation à participer au projet de recherche
Optimisation de l'organisation du travail au Centre de Santé et des Services
sociaux de Maskinongé (urgence de Louiseville)
et application de la méthode lean

Chercheure principale : Liette St-Pierre inf., Ph.D.

Département : Sciences infirmières,
Université du Québec à Trois-Rivières

Votre participation à la recherche qui vise à optimiser l'organisation du travail au Centre de Santé et des Services sociaux de Maskinongé serait grandement appréciée.

Objectifs

L'objectif principal de cette recherche est de cartographier le cheminement actuel fait par le patient ainsi que les lieux physiques sur votre unité de soins, de prendre des données sur le travail fait par les différents membres de l'équipe (valeur ajoutée et non-valeur ajoutée) et de prendre des données de différents indicateurs (par exemple, satisfaction et stress au travail).

Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Tâche

Si vous acceptez de participer à cette recherche, une étudiante viendra observer les tâches que vous effectuez tout au long d'un quart de travail de huit heures. Il s'agit d'une observation instantanée et il y aura environ une centaine d'observations pendant votre quart de travail. La durée de l'observation est d'au plus une minute. Suite à cette observation, l'étudiante indiquera sur une grille préétablie la tâche effectuée. Il se peut que si le nombre d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et de PAB désirant participer à la recherche est trop élevé nous devions faire un tirage au sort. L'horaire des observations sera décidé en fonction de votre horaire de travail. Nous tenterons de vous informer au moins une journée à l'avance de la journée où l'observation aura lieu. Nous devrions avoir besoin de vous observer seulement une journée. Toutefois, si le nombre d'infirmières est insuffisant, nous pourrions vous demander de vous observer une autre fois. À la fin de votre quart de travail, vous devrez compléter quatre questionnaires qui prendront au total vingt minutes.

Les questionnaires permettront d'obtenir de l'information sur les données sociodémographiques (par ex. statut civil, âge, scolarisation, occupation, etc.), le degré de satisfaction au travail, le stress en lien avec le travail et l'estime de soi.

De plus, tout au long de la recherche, une étudiante en ingénierie collectera des données sur l'environnement physique de votre milieu de travail. Si vous désirez lui faire part de vos commentaires quant à l'organisation du travail, nous les accepterons avec plaisir et ces commentaires seront traités de manière anonyme et confidentielle.

Finalement, il est possible que vous puissiez participer à des journées de travail (activité Kaizen) au cours desquelles les principales étapes du plan d'action à mettre en branle pour réorganiser le travail sur votre unité seront décidées. La participation à ces journées est faite sur une base volontaire et les discussions seront confidentielles. Toutefois, le plan d'action sera présenté aux autres employés afin de pouvoir le déployer sur chacune de vos unités.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement de l'étude qui pourrait affecter votre décision de continuer d'y participer vous sera communiquée sans délai.

Risques, inconvénients, inconforts

Aucun risque connu n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit l'observation lors d'un quart de travail, demeure le seul inconvénient.

Toutefois, nous voulons vous informer que cette recherche s'inscrit avant la réorganisation du travail qui touchera votre service dans les prochains mois. Les données qui seront recueillies grâce à votre participation permettront de poser un regard objectif sur le travail effectué par tous les employés et de faire des suggestions quant à cette réorganisation. De plus, suite à la réorganisation du travail, la chercheuse pourra reprendre des données afin de voir les effets de cette réorganisation sur votre service.

Bénéfices

Les bénéfices prévus à votre participation sont une optimisation de l'organisation du travail sur votre unité de soins. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par un code numérique (ex : infirmière 1, PAB 2, etc.). Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'articles scientifiques, de mémoire de maîtrise ou de communication, ne permettront pas d'identifier les participants.

Vos données anonymisées seront utilisées pour de futures publications.

Les données recueillies seront conservées sous clé dans un endroit sécuritaire auquel seulement les membres de l'équipe de recherche auront accès. Elles seront détruites un an après la fin du projet et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

La chercheuse se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec

Liette St-Pierre inf. Ph.D.

Département des sciences infirmières

Université du Québec à Trois-Rivières

3351, boul. des Forges

Trois-Rivières (Québec)

G9A 5H7

Tél : 819.376.5011 (3459)

Courriel : Liette.St-Pierre@uqtr.ca

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat a été émis le 16 décembre 2011. (CER-11-175-06.16)

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer au Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Liette St-Pierre, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet Optimisation de l'organisation du travail au Centre de Santé et des Services sociaux de Maskinongé (urgence de Louiseville).

J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant(e) ou participant :	Chercheuse ou chercheur :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom : Liette St-Pierre
Date :	Date :

Appendice B

Grille d'observation pour chacune des actions avec AVA et ANVA
pour les infirmières et PAB.

Grille d'observation pour chacune des actions avec AVA et ANVA
pour les infirmières et PAB

Action observée	Définition	Infirmières	PAB
Avec dossier consulte	lire un dossier (cardex, notes d'observation, dossier électronique, PTI, etc.)	AVA	N/A
Avec dossier écrit	écrire dans un dossier (rapport, cardex, notes d'évolution, feuille de signes vitaux, etc.) en lien avec le patient	AVA	N/A
Avec dossier planifie	utiliser le dossier afin de préparer une intervention	AVA	N/A
Avec famille	intervenir auprès de la famille d'un patient (parler, donner des informations, enseigner, écouter, etc.)	AVA	AVA
Avec patient accompagne	être auprès du patient et y rester par mesure de sécurité (accompagner pour la marche, pour se rendre à la toilette, à la salle à diner etc.)	ANVA	AVA
Avec patient AVQ	être présent pour les soins d'hygiène du patient	ANVA	AVA
Avec patient parle	discuter, offrir son soutien, faire de la relation d'aide	AVA	AVA
Avec patient soigne	donner un soin qui nécessite une compétence particulière (sonde urinaire, injection intramusculaire, installer une intraveineuse, etc.)	AVA	N/A
Avec patient transporte	pousser un fauteuil roulant ou un lit	ANVA	AVA
Avec patient enseigne	tout ce qui se rapporte à l'enseignement fait au patient tout au long de son séjour	AVA	N/A

Action observée	Définition	Infirmières	PAB
Avec patient évalué	évaluation physique ou psychologique du patient en lien avec sa problématique de santé (signes vitaux, plaies, douleur, signes neurologiques, état mental, etc.)	AVA	N/A
Avec patient médicaments	distribuer la médication au patient	AVA	N/A
Avec professionnel aide	donner de l'aide à un autre professionnel (aide physique lors du déplacement ou des soins à offrir à un patient)	AVA	AVA
Avec professionnel parle	discuter avec un autre professionnel en lien avec l'état de santé et les soins à offrir au patient (rapport interservice, rapport lors des pauses, changement d'une ordonnance, etc.)	AVA	AVA
Cherche	lorsque le personnel est à la recherche d'un objet ou d'un équipement	ANVA	ANVA
Circule allège	déplacement avec rien dans les mains	ANVA	ANVA
Circule matériel	déplacement avec du matériel		
Circule tournée	action faite lorsque le personnel a à faire une tournée pour vérifier si les patients sont en sécurité	AVA	AVA
Gestion/supervision	tout ce qui est en lien avec les horaires, les remplacements, les changements d'ordonnance, la vérification d'une dose de narcotique à administrer, la supervision des nouvelles recrues, etc.	AVA/ ANVA	N/A

Action observée	Définition	Infirmières	PAB
Hôtellerie	action posée en lien avec les heures de repas (distribuer les cabarets, ramasser les cabarets, faire manger un patient, changer le lit d'un patient, etc.)	ANVA	AVA
Inactivité	ne rien faire, discuter amicalement entre collègues, faire de la lecture personnelle	ANVA	ANVA
Lavage de mains	Se laver les mains	AVA	AVA
Médicaments	préparer la médication, vérifier la médication, faire le décompte des narcotiques	AVA	ANVA
Ménage	ramasser, ranger, nettoyer	ANVA	AVA
Pause	temps alloué à la période de repas, à la pause et aux besoins personnels	N/A	N/A
Prépare/planifie	réfléchir à ce qui doit être fait pendant la journée, consulter des documents avant de donner un soin (méthodes de soins à l'ordinateur, guide de médicaments, etc.)	AVA	AVA
Prépare isolements	appliquer les mesures d'isolement avant d'entrer dans une chambre	AVA	AVA
Téléphone reçoit appel /gestion	recevoir les appels pour régler des problèmes de gestion (ordinateurs, vacances, départs, congés, gestion des lits, etc.)	AVA	AVA
Téléphone reçoit appel /soins	recevoir des appels pour les soins aux patients (changement de prescription, examen, changement de protocole, etc.)	AVA	N/A
Téléphone fait appel /gestion	tous les appels faits concernant la gestion (horaire, remplacement, surplus, etc.)	ANVA	N/A

Action observée	Définition	Infirmières	PAB
Téléphone fait appel /soins	appeler afin d'avoir des informations en lien avec les soins à donner à un patient (médecin, inhalothérapeutes, autre unité, pharmacie, etc.)	AVA	N/A
Téléphone appel autre	répondre ou recevoir un appel personnel, pour un autre employé ou pour un patient	ANVA	ANVA

Source : St-Pierre & Leblanc (2010).

Appendice C
Certificat d'éthique de la recherche

Certificat d'éthique de la recherche



Université du Québec à Trois-Rivières

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche :

Titre du projet : Optimisation de l'organisation du travail à l'urgence du Centre de Santé et des Services sociaux Maskinongé et application de la méthode lean

Chercheurs : Liette St-Pierre
Département des sciences infirmières

Organismes : CSSSM

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :

Date de début : 16 décembre 2011

Date de fin : 23 décembre 2012

COMPOSITION DU COMITÉ :

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par le conseil d'administration :

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche (membre d'office);
- une personne membre ou non de la communauté universitaire, possédant une expertise dans le domaine de l'éthique
- un(e) étudiant(e) de deuxième ou de troisième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

SIGNATURES :

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.

Hélène-Marle Thérien

Présidente du comité

Amélie Germain

Secrétaire du comité

Date d'émission : 16 décembre 2011

N° du certificat : CER-11-175-06.16

DECSR





Université du Québec à Trois-Rivières

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

ANNEXE

Votre projet de recherche «**Optimisation de l'organisation du travail à l'urgence du Centre de Santé et des Services sociaux Maskinongé et application de la méthode lean**» se termine le **23 décembre 2012**, votre certificat portant le numéro **CER-11-175-06.16** est valable pour 12 mois.

En acceptant ce certificat d'éthique vous vous engagez à :

1. Informer le CER par écrit de tout changement qui doit être apporté à la présente recherche ou aux documents destinés aux participants, tels que publicité pour le recrutement, lettre d'information et formulaire de consentement, avant leur entrée en vigueur.
2. Demander annuellement le renouvellement de ce certificat en utilisant le formulaire prévu à cet effet au moins un mois avant la fin de la période de validité du présent certificat (**23 décembre 2012**).
3. Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de ce projet de recherche.
4. Faire parvenir au CER un rapport final en utilisant le formulaire prévu à cette fin au plus tard 1 mois après la fin de la recherche.

Appendice D
Plan d'action

Plan d'action

Action	Échéancier	Responsable
Milieu physique		
Désigner une salle de repos.		
Désigner une salle de formation.		
Aménager le bureau du chef de programme près de l'urgence.		
Avoir une salle de toilette dans le secteur ambulatoire de l'urgence.		
Avoir une place proche du poste infirmier pour les patients à plus grand risque.		
Afficher un panneau indiquant le temps d'attente dans la salle d'attente de l'urgence.		
Afficher une fiche explicative du fonctionnement de l'urgence pour les patients.		
Appliquer la méthode 5S dans les espaces de travail.		
S'assurer que l'horodateur soit fonctionnel.		
Réaménager : Deux postes infirmiers, l'aire de choc, le secteur observation monitorée, l'UCS.	Mai	Pascale
Acheter le matériel manquant.		
Réparer les civières défectueuses.		
Déplacer l'armoire à dossier qui est difficilement accessible (poste ambulatoire).		
Désigner un endroit pour laisser les clés à narcotiques.		

Action	Échéancier	Responsable
Partenaires internes		
Imprimer les résultats de laboratoire du secteur d'observation en ce même lieu (informatique).		
Faire l'entretien des appareils médicaux aux cliniques externes spécialisées (filtres).		
Modifier l'heure de l'entretien en raison du bruit des machines (entretien ménager).		
Appeler le médecin de nuit le moins souvent possible en regroupant les motifs des appels (dans le but de tenter d'éviter les appels multiples).		
Diluer les antibiotiques à l'avance.		
Augmentation des tâches faites par le commis (répondre au téléphone, traiter les télécopies, effectuer les résumés aux archives médicales, faire les appels au médecin de garde du CSSSTR, effectuer les demandes de consultation, sortir les étiquettes de laboratoire, etc.).		Martine
Servir trois plateaux alimentaires supplémentaires dont un pour le médecin.	Mai	Pascale
Ressources humaines		
S'assurer que le PAB nouvellement engagé à l'urgence a terminé sa probation, est intéressé par le travail à l'urgence et qu'il a les compétences pour travailler à l'urgence (avec grille de compétences).	Juin	Martine
Octroyer une prime financière quand il y a orientation d'un nouvel employé.		
Moduler le programme d'orientation selon les acquis du nouvel employé.		
Planifier une formation à l'avance.		

Action	Échéancier	Responsable
Sensibiliser le personnel aux valeurs organisationnelles.	Juillet	Catherine
Évaluer l'appréciation du rendement du personnel annuellement par les gestionnaires.		
S'assurer que la liste de rappel réponde en tout temps au téléphone entre 6 heures et 21 heures.	Juin	Martine
Vérifier si l'horaire est équilibré avant de quitter (pas de -2 ou de +2 infirmières).	Juin	Martine
Éliminer le temps supplémentaire obligatoire (TSO).	Juin	Martine
Prévoir ouverture de postes d'infirmière à l'urgence.		
Intégrer un PAB pour laver et stériliser les instruments lors des cliniques externes spécialisées.		
Instaurer quarts de travail de 12 heures pour les infirmières auxiliaires.		
Protocoles et procédures		
Réviser la procédure de l'otoscope (portatif).		
Élaborer une procédure claire et officielle pour les patients hors territoire quand les services touchent les services courants (22 % qui viennent d'une région hors territoire).	Mai	Martine
Revoir le protocole post-exposition (PPE).	Juillet	Catherine
Standardiser les formulaires de protocoles de médicaments et les façons de vérifier les profils pharmaceutiques (en dehors des heures de pharmacie).	Mai	Catherine
Avoir plus de taxis adaptés pour les transferts inter-établissements.	Mai	Catherine

Action	Échéancier	Responsable
Écrire une procédure de vérification (<i>check-list</i>) des tâches infirmières à effectuer pour chaque quart de travail et pour chaque assignation.	Mai	Catherine
Élaborer une routine de travail pour chaque assignation et chaque quart de travail.	Mai	Catherine
Revoir les tâches selon les quarts de travail.		
Tenter de sensibiliser chacun à la réalité de chaque quart de travail pour diminuer les conflits et la rivalité entre les différents quarts de travail.		
Élaborer un document contenant le détail des éléments pour l'orientation du personnel nouvellement embauché.		
S'assurer que le nombre de visiteurs permis soit respecté.		
Direction santé publique		
Aviser le médecin d'être présent à l'heure du début de la clinique.	Septembre	Martine
Donner une médication per os pour les patients ambulatoires seulement si la pharmacie est fermée. Ne pas donner la médication du centre hospitalier quand la pharmacie privée est ouverte.	Mai	Martine
Rappeler les patients lorsque réception des résultats de laboratoire (par commis). Faire le suivi des résultats de laboratoire (par commis). Assurer la prise en charge des résultats de laboratoire prescrits par les médecins dépanneurs par le médecin en fonction lors de la réception des résultats.	Mai	Martine
Assurer prise en charge des cultures positives non traitées par le médecin en fonction lors de la réception des résultats. Ce n'est plus les infirmières qui doivent s'en occuper. Le médecin doit prendre en charge les résultats du patient même si ce n'est pas lui qui a demandé les laboratoires.		

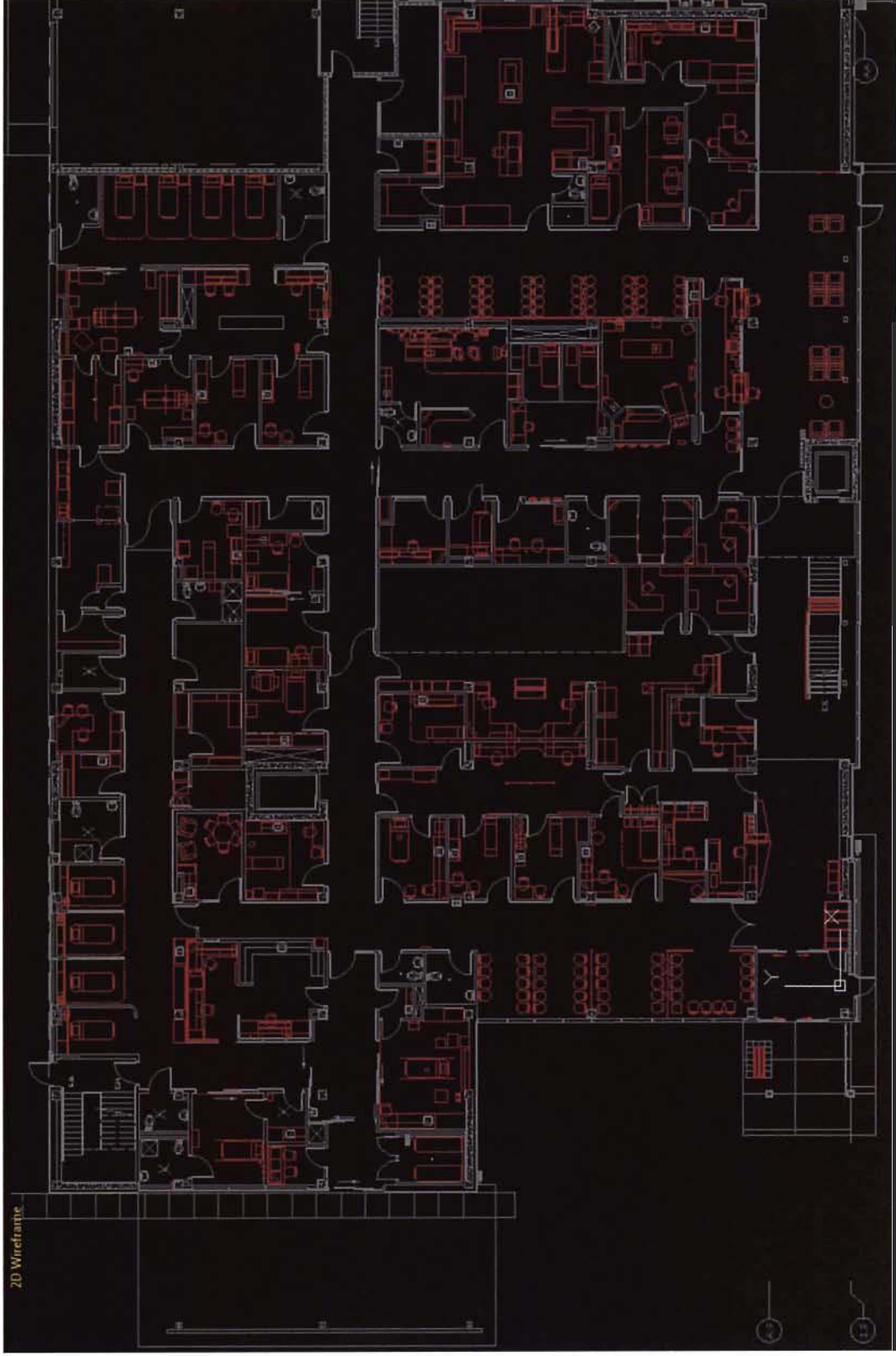
Action	Échéancier	Responsable
Prendre une entente avec l'ASI du CHRTR pour faire en sorte qu'en aucun temps un transfert ne soit refusé.	Mai	Martine
Avoir un responsable des techniciens en génie biomédical.		
Rôles, tâches et responsabilités du personnel infirmier, des infirmières auxiliaires, des PAB et des agents administratifs		
Réorganiser les rôles, tâches et responsabilités de l'ASI (superviser le personnel, assister la chef de programme, établir les nouveaux protocoles et les nouvelles procédures, transmettre les règles de soins, organiser le travail et contrôler la qualité des soins, effectuer la surveillance des employés en probation, agir comme personne de référence en soins de plaies, assister aux réunions de l'Agence, participer à l'élaboration du plan d'action avec la chef d'unité).	Mai	Martine
Cesser la gestion de l'horaire (responsabilité des ressources humaines).		
Donner de la formation au personnel infirmier par l'infirmière clinicienne. L'infirmière clinicienne doit agir comme personne ressource. Encourager la supervision clinique chez les infirmières par l'infirmière clinicienne. L'infirmière clinicienne doit agir en tant que mentor auprès des infirmières ayant moins d'expérience.	Mai	Martine
Désigner une infirmière qui effectue les transferts en ambulance (désigner une personne à l'avance).	Mai	Martine
Intégrer une infirmière auxiliaire aux cliniques externes spécialisées (orthopédie, ORL, urologie).	Septembre	Martine
Standardiser le triage.	Juin	Inf. clinicienne
Encourager l'amélioration de l'autonomie et le jugement clinique des infirmières.		

Rapport-Gratuit.com

Appendice E

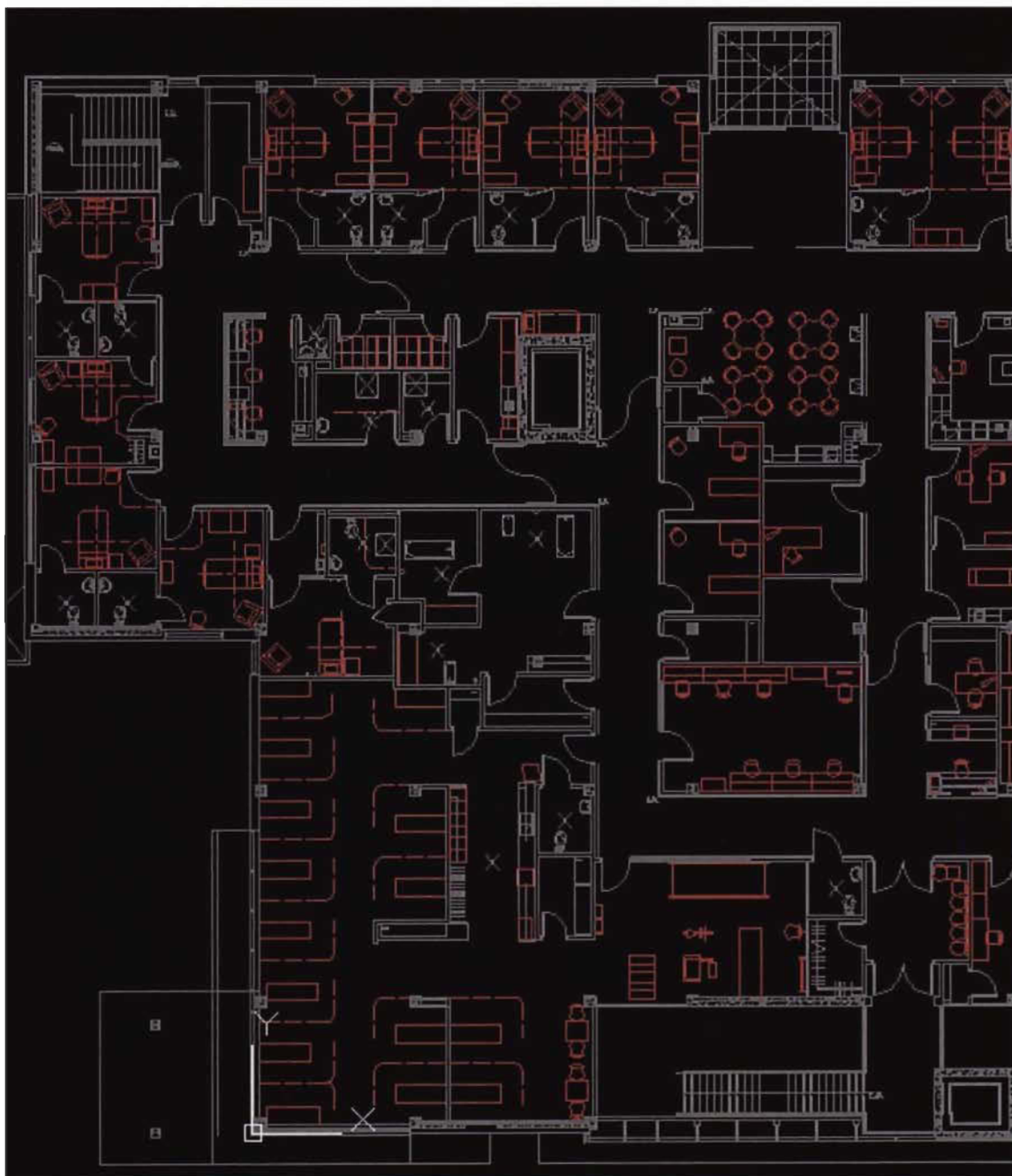
Aménagement de l'urgence actuel et proposé

Rez-de-chaussée actuel

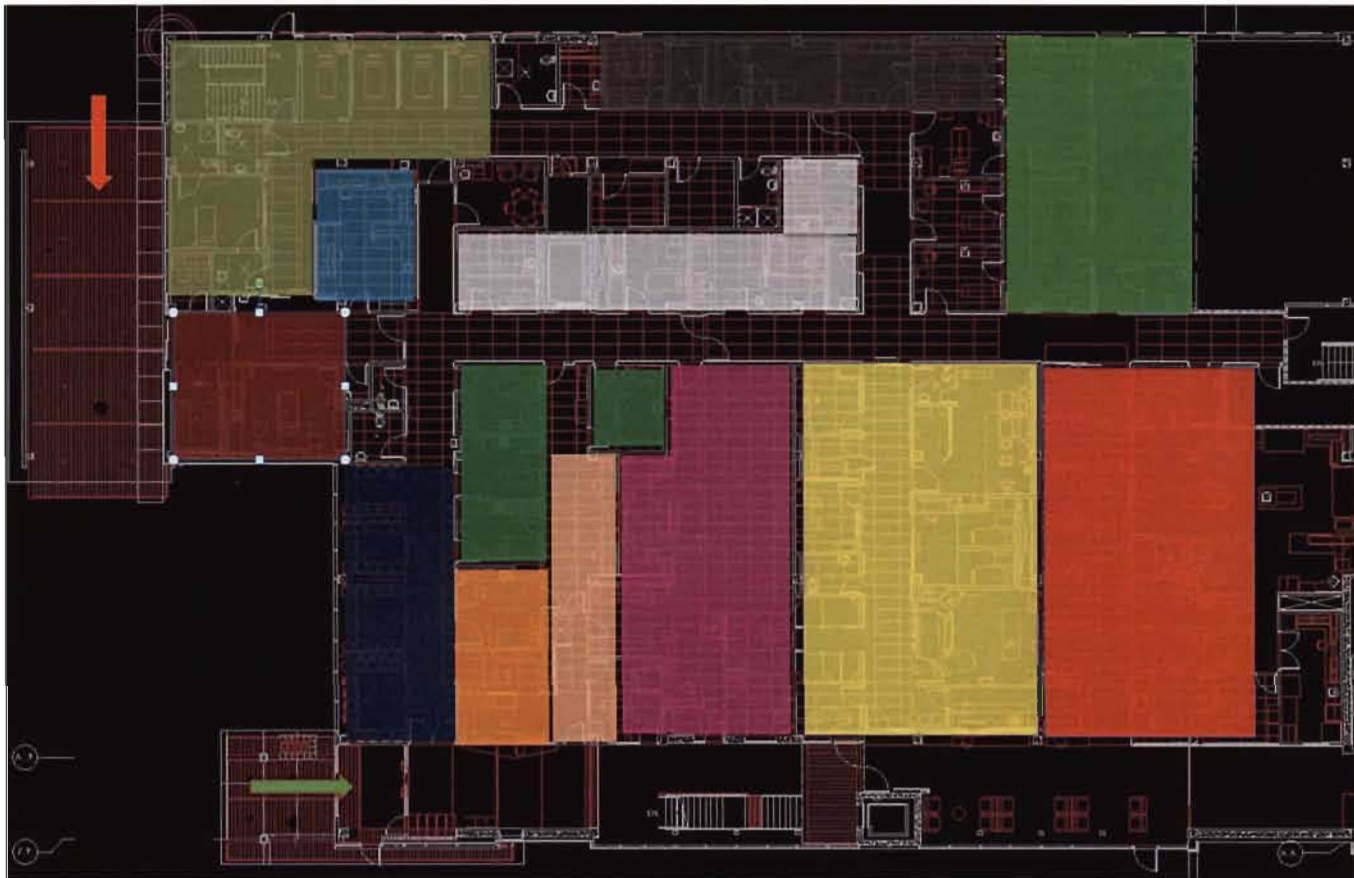


2D Wireframe

Unité de court séjour actuelle



Plan de l'urgence



Légende	
Entrée de l'urgence	
Salle d'attente	
Accueil et administration	
Chambre de consultation	
Poste médecin et infirmier	
Archives	
Laboratoire et radiologie	
Centre de prélèvements	
Autres chambres de consultation	
Clinique externe	
Bureau administratif et chambre de stérilisation	
Poste à l'urgence	
Soins monitorés et chambre observation	
Salle de choc et entrée	
Entrée des ambulances	

Proposition d'aménagement 1



Proposition d'aménagement 2

