



## Urgences : virage majeur !

La problématique des urgences est récurrente. Les démarches que nous avons faites pour y remédier le sont aussi et, comme le *statu quo* est une solution qu'on ne peut envisager, nous prenons un virage majeur. Le CHUM a retenu les services de la firme McKinsey, qui jouit d'une réputation internationale, pour nous aider à mettre en œuvre des actions concrètes et durables afin d'accroître notre efficacité et ainsi, mieux servir nos patients.

**Yves Masse**

Directeur général adjoint, Responsable de l'implantation du projet

## Faire des urgences une référence

en commençant par l'Hôpital Notre-Dame



## Mettons cette refonte sur pied !



Avant d'écrire ce mot, je me suis demandé quels arguments-massue je pourrais invoquer pour convaincre ceux qui ne le sont pas encore de la nécessité absolue de revoir nos méthodes de travail pour résorber l'attente aux urgences grâce à une meilleure gestion des lits. Et puis, j'ai réalisé que je faisais fausse route. La motivation doit venir de chacun d'entre nous. Je ne doute pas un instant que nous souhaitons tous le meilleur pour nos patients. Sachant par ailleurs que nous devons impérativement penser et faire autrement, il manque, somme toute, peu de choses pour agir.

Je suis conscient de l'énorme défi que représente notre démarche. Je connais les embûches auxquelles nous faisons face au quotidien. Je comprends aussi que plusieurs facteurs échappent à notre contrôle, par exemple la difficulté de transférer certains patients vers le réseau, le nombre de cas nécessitant une hospitalisation, la pénurie de main-d'œuvre, la complexité toujours grandissante des pathologies de nos patients, etc. Cela étant, l'analyse que nous avons réalisée de la situation nous fournit plusieurs pistes de solution qu'il est possible de mettre en œuvre rapidement.

Toute refonte d'une telle ampleur repose sur une formule vieille comme le monde : celle des essais et erreurs. Tester des solutions, analyser, évaluer, corriger le tir... c'est l'exercice auquel nous devons nous livrer pour arriver à des résultats durables, satisfaisants pour tous.

Je vous appuie pleinement dans cette démarche. Je vous encourage aussi à y prendre plaisir. On n'a qu'à se rappeler le temps de nos études, cette étape de notre vie où rien n'était acquis et tout était à bâtir. Stimulant en diable !

Merci beaucoup de votre engagement et du cœur que vous mettez à relever notre défi ! ☘

**Denis R. Roy, M.D.**  
Directeur général

« Mission nécessaire », affirme la D<sup>re</sup> Emmanuelle Jourdenais, chef de la médecine d'urgence, en parlant de ce qu'entreprend tout l'Hôpital Notre-Dame pour aider l'urgence. « Mission possible », renchérit Colombe Gagnon, gestionnaire des urgences.

Le désengorgement de l'urgence passe par la libération des lits aux étages, c'est une évidence que personne ne devrait plus questionner, expliquent-elles. Il faut surtout avoir conscience que la majorité des patients de l'urgence en attente de lits sont des personnes âgées, de plus de 90 ans parfois, qui y restent trois, quatre, jusqu'à six jours avant d'être enfin transférées dans une unité de soins.

### Dangereux : cercle vicieux

Cela n'est pas sans conséquence : il arrive fréquemment que l'état de ces personnes se détériore, ce qui rend encore plus compliqué leur éventuel traitement et risque de prolonger encore davantage leur hospitalisation. Le cercle vicieux s'installe : ces patients ont des séjours longs, gardent les lits occupés plus longtemps et l'urgence s'engorge davantage.

Le personnel de l'urgence fait de son mieux pour s'occuper des personnes en attente de lit. Essentiellement, il s'agit de les faire marcher un peu, de les reconforter, de les garder le plus

La D<sup>re</sup> Emmanuelle Jourdenais et Colombe Gagnon, respectivement gestionnaire médicale et clinico-administrative du regroupement des urgences

stable possible, mais les conditions sont loin d'être idéales pour soigner des patients. Privés de confort, d'intimité, de lumière naturelle, il n'est pas rare que certains deviennent délirants.

« C'est intolérable ! », protestent-elles en chœur.

Plusieurs solutions ont déjà été envisagées et sont appliquées, comme l'attribution des codes 100 à 400 et

la série de mesures qui s'y rattachent. Mais le problème persiste et il faut poursuivre constamment la recherche de solutions. Le problème a été analysé au fil des ans sous toutes ses coutures par divers experts, tant à l'interne qu'à l'externe, y compris par l'Agence et le Ministère.

### Merci à ceux qui comprennent

Au CHUM, le projet-pilote mis de l'avant l'automne dernier permet d'espérer améliorer la condition de ces patients. « Nous tenons à dire merci à tous ceux dans l'organisation qui ont compris la réelle nécessité que nous avons tous de changer les choses pour que les durées de séjour de nos patients à l'urgence soit réduites de façon importante.

Voir *Référence* en page 6

« ...sensibiliser les médecins et les professionnels à l'impact du temps qu'ils prennent pour répondre aux demandes des urgences... »



## « Je participe comme préposée

du quart de jour en hygiène et salubrité, travaux légers, à l'effort du 5<sup>e</sup> CD. Mon apport en ce qui concerne la planification des congés consiste à utiliser le tableau face au poste de garde. Celui-ci me permet, en un seul coup d'œil, de déterminer les congés qui auront lieu durant la journée et à quel moment. Lorsque le nettoyage de la chambre est terminé, je dois apposer un carreau blanc sur le tableau indiquant à la commis que la chambre est prête à accueillir un nouveau patient. Ce travail est une activité d'équipe et je suis fière d'en faire partie. »

**Danielle Lavallée,**  
préposée en hygiène salubrité

## 4 pistes d'amélioration pour les congés

1. Accélérer le déclenchement du processus de congé
  - Prévoir la durée du séjour dès l'admission
  - Cibler les besoins d'hébergement et préparer les admissions
  - Prioriser l'accès aux plateaux techniques (examens, labos) pour les patients devant recevoir leur congé
  - Effectuer un suivi quotidien du progrès des patients
  - Communiquer avec l'admission pour la planification des congés
2. Augmenter la transparence du processus
  - Accélérer la communication des résultats de tests et labos pour les patients recevant leur congé
  - Annoncer le congé dès la libération du lit
  - Renforcer la politique de départ à 11 h
  - Prévoir les congés pour l'ensemble de la semaine (7 jours sur 7)
  - Impliquer l'ensemble du personnel dans le suivi des congés
3. Aligner les intervenants sur l'importance des congés
  - Clarifier les rôles et les responsabilités
  - Créer un rôle de coordonnateur des congés
  - Clarifier l'autorité de la prise de décision concernant les congés
  - Arrimer les besoins du patient aux ressources du réseau en partenariat avec les intervenants des centres d'hébergement
  - Créer des incitatifs à signaler le départ des patients
  - Créer des incitatifs à octroyer le congé aux patients
  - Créer et appliquer une politique de gestion de l'escalade des délais d'opération non justifiés
4. Faciliter la sortie des patients vers leur milieu d'accueil
  - Renforcer les « alternatives » afin d'accélérer le retour des patients en milieu familial
  - Clarifier la mission d'hospitalisation et de stabilisation de l'état médical du patient

## « Le Service d'hygiène salubrité joue un rôle important

dans la planification des congés puisque les préposés nettoient les chambres après le départ des patients. Un projet pilote a vu le jour, le 12 février 2008, dans le but d'améliorer la performance du service lors des congés, sur le quart de soirée, en semaine. Celui-ci consiste à distribuer les appels à partir d'un seul numéro de téléphone. Le fait qu'il y ait maintenant un échange entre le commis de l'étage et l'employé qui distribue les appels nous aide à déterminer l'ordre séquentiel des chambres à nettoyer et ainsi à prioriser les lits devant accueillir un patient de l'urgence.

Cette pratique basée sur une meilleure communication permet à l'urgence de monter les patients plus rapidement. »

**Alain Tremblay,** chef de secteur  
Service d'hygiène salubrité



# La voix de l'expérience Un changement graduel de culture



Le **Dr Jean-Guy Villemure,**  
au 5<sup>e</sup> CD, en compagnie de stagiaires  
et du physiothérapeute Pierre Tremblay

Le Dr Jean-Guy Villemure est le chef du Service de neurochirurgie et le cogestionnaire médical du regroupement des sciences neurologiques. Dans le projet de désengorgement de l'urgence de l'Hôpital Notre-Dame, il est coresponsable (avec l'infirmière-chef du 5<sup>e</sup> CD, Claire LeBel) du comité des congés.

« C'est avec enthousiasme que j'ai accepté de m'engager dans la résolution de l'engorgement des urgences. On ne le dira jamais assez, la situation vécue à l'urgence n'est pas le résultat d'un problème uniquement de l'urgence, mais résulte en grande partie de l'utilisation des lits d'hospitalisation et du manque de ressources externes pour accueillir nos patients qui ont besoin de réadaptation, de soins prolongés, etc.

« ... nous avons peu de moyens d'influencer la sortie de patients vers des institutions externes, (mais) nous pouvons influencer favorablement la durée du séjour hospitalier. »

En comité, nous avons réfléchi, observé, proposé, ventilé, mis des outils en place, tenté avec succès l'expérience-pilote au 5<sup>e</sup> CD, déployé

l'information et les outils dans les autres unités de soins de l'Hôpital Notre-Dame.

Il est primordial que chaque personne travaillant dans une unité de soins, que ce soit les médecins, préposés, infirmières, commis, secrétaires et tous les professionnels de l'équipe

multidisciplinaire, prenne conscience de l'impact de son intervention rapide durant le séjour hospitalier. S'il est vrai que nous avons peu de moyens d'influencer la sortie de patients vers des institutions externes, nous pouvons influencer favorablement la durée du séjour hospitalier.

La détermination précoce de l'orientation du patient s'inscrit dans un processus de planification du congé (vers le domicile, la réadaptation, les soins prolongés, etc.) qui nécessite un changement des méthodes de travail, un partage d'informations qui se fasse par des mécanismes simples mais dynamiques.

La prise de conscience quant à l'utilisation adéquate des lits d'hospitalisation s'inscrit dans un changement de culture du CHUM et s'effectuera de façon graduelle.

Le manque de ressources en soins de santé étant une situation universelle, nous devons compter sur nos propres ressources et notre créativité pour trouver des solutions et sur notre capacité de mobilisation dans cette démarche en tant que groupe qui s'identifie au CHUM.

Voici venu le temps pour tous de s'engager à appliquer les pistes de solutions déterminées et à être proactif chacun dans sa sphère de travail. »

📍

# La planification des congés

## La pierre angulaire du succès



Comment peut-on libérer plus rapidement les lits, tout en assurant la même qualité de soins aux patients? C'est la question que s'est posée avec détermination Claire LeBel, infirmière-chef du 5<sup>e</sup> CD, qui gère 36 lits de neurosciences. Ancienne infirmière de l'urgence de l'Hôpital Notre-Dame, Claire est parfaitement sensibilisée au problème des patients qui attendent de monter aux étages. Pour elle, la solution d'attaquer la planification des congés de patients est pleine de bon sens.

**Claire LeBel**, infirmière-chef du 5<sup>e</sup> CD (à droite), et **Marie-France Leblanc**, commis de soir.

On s'est d'abord fixé certaines cibles réalistes, par exemple : 50 % des patients qui ont obtenu leur congé du médecin doivent avoir quitté leur chambre avant 11 h et 25 % additionnel avant 14 h ; une chambre libérée doit être prête (ménage fait) à recevoir un nouveau patient après 90 minutes.

### Une approche systématique, des cibles claires

Les infirmières disposent déjà d'outils pour les aider dans cette planification, comme la feuille d'évaluation initiale ou le SERA (questions sur le Soutien disponible, l'Environnement, les Ressources et l'Autonomie du patient), qui sont toujours utiles et utilisés, mais il fallait se pencher plus systématiquement encore sur tous les problèmes qui retardaient le départ. Comment éviter par exemple qu'un lit soit retenu pendant des heures pour la seule raison que le patient attend que quelqu'un vienne le chercher? Si le patient est informé d'avance de la date et de l'heure prévues de son congé, il peut prendre plus facilement les dispositions nécessaires.

### Le super tableau

Pour l'aider à réaliser une telle planification, M<sup>me</sup> LeBel a souhaité disposer d'un outil visuel, une sorte de tableau où, d'un seul coup d'œil, elle pouvait connaître le parcours de chaque patient. Un comité s'est penché avec elle sur la question et a créé un outil à la fois efficace et confidentiel. « Bravo à Laurent Chainey, de l'atelier de mécanique et électricité, qui a réussi à construire un vrai tableau à partir de ce concept. Des bénévoles l'ont aussi aidé. »

En outre, dès que l'on comprend les symboles de ce tableau, il s'avère d'une désarmante simplicité. « Ce tableau, j'y crois, c'est très efficace, on voit tout de suite ce qui pose problème, mais il faut qu'il soit utilisé par tous pour être efficace. »

Un exemple : pour vraiment réduire à 90 minutes le temps mis pour nettoyer une chambre après un départ, une personne de l'équipe doit indiquer sur le tableau que la chambre est prête à être nettoyée, le préposé à l'hygiène salubrité doit vérifier régulièrement quelles chambres sont prêtes et indiquer sur le tableau qu'il a terminé son travail. « Chaque personne de l'équipe doit l'utiliser et le faire vivre. » **La collaboration de tout le personnel est donc essentielle.**

Ce tableau, installé depuis décembre au 5<sup>e</sup> CD, a déjà démontré de bons résultats et est déployé depuis peu dans les autres unités de soins de l'Hôpital Notre-Dame.

« On s'est d'abord fixé (des) cibles (...) : 50 % des patients qui ont obtenu leur congé du médecin doivent avoir quitté leur chambre avant 11 h et 25 % additionnel avant 14 h ; une chambre libérée doit être prête (ménage fait) à recevoir un nouveau patient après 90 minutes. »



### « Après l'expérience pilote du 5<sup>e</sup> CD,

**le 8<sup>e</sup> CD a été le premier à implanter ce tableau. Il a tout de suite été utilisé par chaque quart de travail, mais il est particulièrement utile le jour à cause du plus grand volume d'activités. Cela nous donne tout de suite l'heure juste pour chaque patient. Si le tableau de planification des congés indique qu'un patient a congé le lendemain, on sait qu'il faut s'assurer que tout ce qui est nécessaire est fait. Cela a beaucoup amélioré et accéléré le processus. La révision quotidienne des patients est maintenant intégrée et beaucoup plus efficace. »**

**Robert Vézina**, agent administratif au 8<sup>e</sup> CD

Robert Vézina pose devant le tableau où chaque chambre numérotée est précédée d'un carré de couleur, le rouge indiquant que le départ est prévu dans plus de 72 heures; le jaune, dans 24 à 48 heures; le vert, dans la journée; le noir, que la chambre est libre et doit être nettoyée et le blanc, que la chambre est prête à recevoir un nouveau patient. Suivent des codes pour chaque membre de l'équipe multidisciplinaire appelé à donner les soins. Des codes indiquent où le patient se trouve si absent et son orientation future.



### « L'équipe multidisciplinaire

**utilise un cahier où sont colligées d'autres informations qui complètent celles du tableau, par exemple des détails sur la provenance des patients ou le type de soutien dont ils disposent. Il contient aussi les numéros où joindre tous les intervenants impliqués, ce qui permet de gagner un temps précieux.**

**Ces deux outils aident énormément dans la priorisation des actions, parce qu'on a constamment sous les yeux le portrait factuel de chaque patient, ce qui évite d'avoir à glaner les informations à même le dossier médical, dans un premier temps.**

**En tant qu'unité pilote, tous se sont impliqués tout de suite et avec un esprit ouvert. Le travail en a été amélioré de façon notable. Surtout, je remarque que ces outils ont donné une cohésion et une assurance nouvelles à l'équipe : on ne s'inquiète plus de savoir si tous travaillent avec les mêmes données, on sait qu'on est tous au diapason. C'est vraiment bien ! »**

**Natalie Henripin**, travailleuse sociale, 5<sup>e</sup> CD



**Pierrette Gervais**, directrice des regroupements clientèles (DRC), et **Charles Bellavance**, directeur des services professionnels (DSP)

## 4 pistes d'amélioration pour les admissions

- 1. Accélérer le déclenchement de la demande d'admission**
  - Réservation d'admission par le médecin de l'urgence
  - Définition et application par tous de critères cliniques pour les décisions d'admission de pathologies ciblées
  - Intégration rapide des prélèvements de l'urgence dans les labos
  - Accélération de la communication des résultats de tests et de labos
- 2. Accélérer le processus d'assignation des lits**
  - Suivi systématique de la gestion des lits tout au long du parcours du patient
    - Clarifier qui prend les décisions concernant les admissions et les congés
    - Annoncer les congés de la même manière dans tous les services, dès que le lit est libre
    - Simplifier les processus d'admission sur les étages
  - Clarifier les rôles et responsabilités des infirmières, commis, réceptionnistes, préposés et brancardiers
  - Annoncer les congés plus tôt durant la journée
  - Annoncer les congés 7 jours sur 7
  - Prévoir les congés dès l'arrivée du patient
- 3. Responsabiliser les acteurs du processus d'admission**
  - Clarification des rôles et responsabilités
  - Implication des médecins qui décident des admissions dans le processus de gestion des lits
  - Création et application d'une politique efficace de gestion d'escalade des délais
  - Vision globale des lits de l'hôpital lors des réunions sur la gestion des lits
- 4. Réduire le nombre de demandes d'admission à partir de l'urgence**
  - Diriger les patients vers les services ambulatoires aussi souvent que cela est approprié
  - Interdire de diriger les admissions électives excédentaires vers l'urgence

# Les admissions Une question d'équilibre dans la gestion des lits

Ayant gravi plusieurs échelons en 24 ans de service à l'Hôpital Notre-Dame, l'infirmier Pierre Bouchard, maintenant coordonnateur clinico-administratif relevant de la Direction des regroupements clientèles, est tous les jours confronté avec ce dilemme : orchestrer les entrées (admissions) et les sorties (congés) de patients.

Ce travail quotidien, il s'y attelle tous les jours avec la même urgence et détermination. Il vise l'atteinte d'un certain équilibre des lits, signe pour lui de la «santé opérationnelle» de l'hôpital.

Son défi quotidien : vaincre un à un chacun des obstacles qui empêchent le plus grand nombre possible d'admissions de patients.

D'abord en ayant en tête, le plus tôt possible, chaque jour, un portrait global de la capacité d'absorption de l'hôpital : combien de patients de l'urgence attendent un lit, le nombre de patients ayant un rendez-vous pour un traitement (admissions électives), les patients transférés des deux autres hôpitaux vers Notre-Dame. Pour plus de précision, il consulte les

coordonnateurs de nuit, le SIURGE (système d'information sur les urgences), l'accueil.

Le projet pilote en cours a permis de mettre à sa disposition de nouveaux outils informatiques qui lui sont d'un très grand secours pour parvenir quotidiennement et plus rapidement à cette compréhension globale. Son idée faite, il s'attaque au roulement des lits au cours d'une réunion matinale et quotidienne avec les infirmières-chefs de toutes les unités de soins.

La façon de procéder à ces réunions a été complètement changée. Avant, les réunions de



**Pierre Bouchard**, responsable des admissions à l'Hôpital Notre-Dame, lors d'une réunion quotidienne avec les infirmières-chefs de toutes les unités

gestion de lits servaient à échanger des chiffres, à faire des constats. Maintenant que les chiffres sont informatisés, tous en prennent note et on s'attaque un à un aux problèmes, unité par unité, cas par cas. Plusieurs décisions sont ainsi prises

« On s'attaque un à un aux problèmes, unité par unité, cas par cas. »

ce qui rend le roulement plus efficace. « Chaque jour, la situation est différente, chaque jour est un défi, chaque minute sauvée compte. »

Une fois estimé le nombre de lits disponibles dans chaque unité, il s'agit de retourner à l'accueil et d'attribuer les lits aux patients électifs, à ceux de l'urgence, enfin répondre aux demandes provenant d'un peu partout : si tel médecin a besoin d'un lit aux soins intensifs, ne pourrait-on pas devancer la sortie de tel autre patient en chirurgie, faire les appels nécessaires, voir si c'est possible. Puis une autre demande, une autre encore : on s'adresse à lui quand tout semble bloqué. Si une solution existe, il la connaît.

La journée se passe ainsi en règlement de demandes de toutes sortes. « **Qu'est-ce que je peux faire pour t'aider?** », voilà sa phrase fétiche, toute simple, mais qui fait de lui une personne recherchée pour sa compétence à trouver des solutions. Il le fait grâce à sa grande capacité à absorber les données de toute provenance, à se faire une idée de ce qui est possible, tout en facilitant une harmonieuse communication entre les personnes et les services responsables du parcours du patient.

Ce poste-pivot, qu'il occupe depuis peu, lui a fait comprendre jusqu'à quel point les changements étaient nécessaires. Vouloir changer les choses est une extraordinaire motivation, croit-il. L'atteinte de cet objectif est directement reliée à son tempérament de fonceur et, selon lui, avec le pouvoir décuplé d'une équipe qui collabore, tout est possible. 🍀

## Entretien avec Pierrette Gervais (DRC) et Charles Bellavance (DSP) De l'action à la proaction

Quelle belle occasion pour nous d'exprimer la confiance absolue envers nos équipes qui ont affronté hardiment ce super projet de désengorgement des urgences !

Un mot d'abord du bureau de projet : ce comité a été créé avec comme unique objectif de mener les troupes au succès. Avec les autres intervenants de ce dossier, nous nous réunissons chaque semaine pour analyser les progrès

accomplis dans la prise en charge rapide du patient. Ensemble, on passe au crible les onze indicateurs et l'on analyse les succès comme les échecs. Pour les uns comme pour les autres, il s'agit de comprendre ce qui s'est passé, de féliciter les équipes quand des progrès sont constatés, d'examiner diverses pistes de solution quand les résultats tardent et tenter de nouvelles actions. On recommence la semaine suivante : un effort d'analyse qui sera maintenu tout le temps nécessaire.

**Charles Bellavance** : Une mise au point est essentielle : l'accès aux activités chirurgicales planifiées, notamment dans nos créneaux spécifiques des soins tertiaires et quaternaires, est

inscrit dans la Loi. Améliorer le flot des patients de l'urgence vers les unités de soins – ou vers des ressources externes – et repenser nos processus pour y parvenir doit se faire en s'assurant de bien remplir ce rôle stipulé par la Loi.

Cela dit, la planification du congé de routine est une solution de base, de sorte qu'on ne perd pas des heures, voire des jours, parce qu'à la dernière minute, il manque un résultat d'examen ou une prescription d'un consultant ou pour tout autre problème. Tous les soins ou suivis sont donc planifiés lors de la signature du congé.

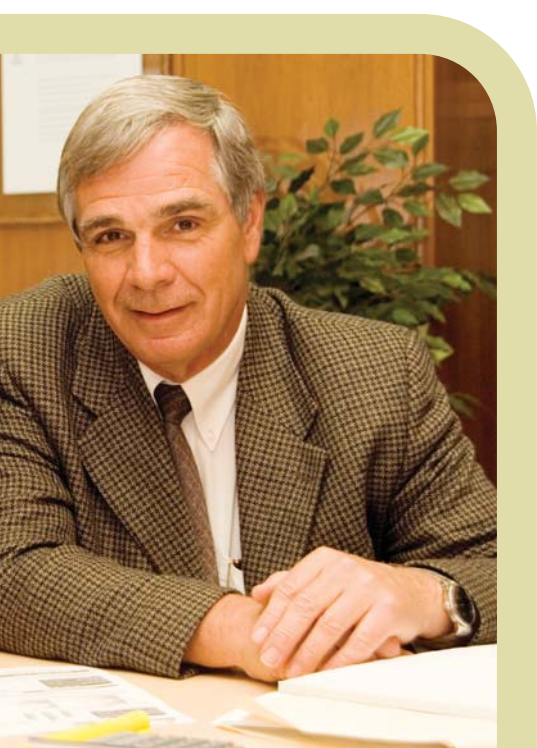
Les médecins qui prennent le temps de repenser leur organisation du travail et privilégient les tournées tôt le matin plutôt que tard en journée ont bien compris le message.

Parmi les autres façons de faire à repenser, il serait utile de recentrer le travail sur la condition aiguë particulière pour laquelle le patient se présente. Les autres problèmes de santé des patients peuvent être abordés durant l'hospitalisation ou par le réseau.

D'ailleurs, l'offre insuffisante de lits externes par le réseau est un obstacle non négligeable

au même titre que la pénurie des ressources ou même la résistance au changement. Mais si tous s'approprient les mesures mises de l'avant dans ce projet, si tous les efforts pointent dans la même direction, toutes les contributions se renforceront et nous atteindrons les cibles visées.

**Pierrette Gervais** : L'accès rapide des patients aux soins et aux plateaux techniques est le but premier de tout hôpital. Parallèlement, il faut aussi tout mettre en œuvre pour leur offrir un environnement propice au calme, au repos et au rétablissement rapide de leur condition et de leur santé. Les séjours prolongés à l'urgence comptent parmi les facteurs non propices ; raison de plus pour s'y attaquer prioritairement. Mobiliser l'ensemble de l'hôpital et repenser nos façons de faire doivent tous nous préoccuper : gestionnaires, médecins, infirmières et autres professionnels de la santé. C'est en concertant nos efforts de manière structurée, planifiée et efficiente que nous y parviendrons. La clé du succès repose aussi sur la capacité de chacun à devenir proactif, dans chacune des unités de soins. Chaque contribution constitue un levier vers l'amélioration des soins et des services, de façon significative et durable. Chacun porte en lui une part du succès collectif. 🍀



# Réduire la durée de séjour à l'urgence

## Une question de stratégie, de mesure et de suivi

par **Anne Lemay**, Ph. D., directrice de la gestion de l'information et de la qualité-performance, avec la collaboration d'Isabelle Aumont et de l'équipe d'Infocentre

S'attaquer à la problématique de l'encombrement des urgences et en particulier celle de la réduction de la durée de séjour des patients sur civière nécessite une stratégie multidimensionnelle.

### D'abord, élaborer une stratégie

Dès l'élaboration du mandat avec l'équipe de la firme McKinsey, la direction du CHUM a déterminé deux objectifs à atteindre :

- ramener la durée moyenne de séjour (DMS) des patients sur civière sous les 12 heures ;
- faire en sorte qu'aucun patient sur civière ne reste plus de 48 heures à l'urgence.

Pour atteindre ces objectifs, on a défini trois axes d'intervention associés à différentes étapes du cheminement du patient, à savoir :

- le passage à l'urgence ;
- l'admission sur l'unité de soins ;
- la planification du congé du patient hospitalisé.

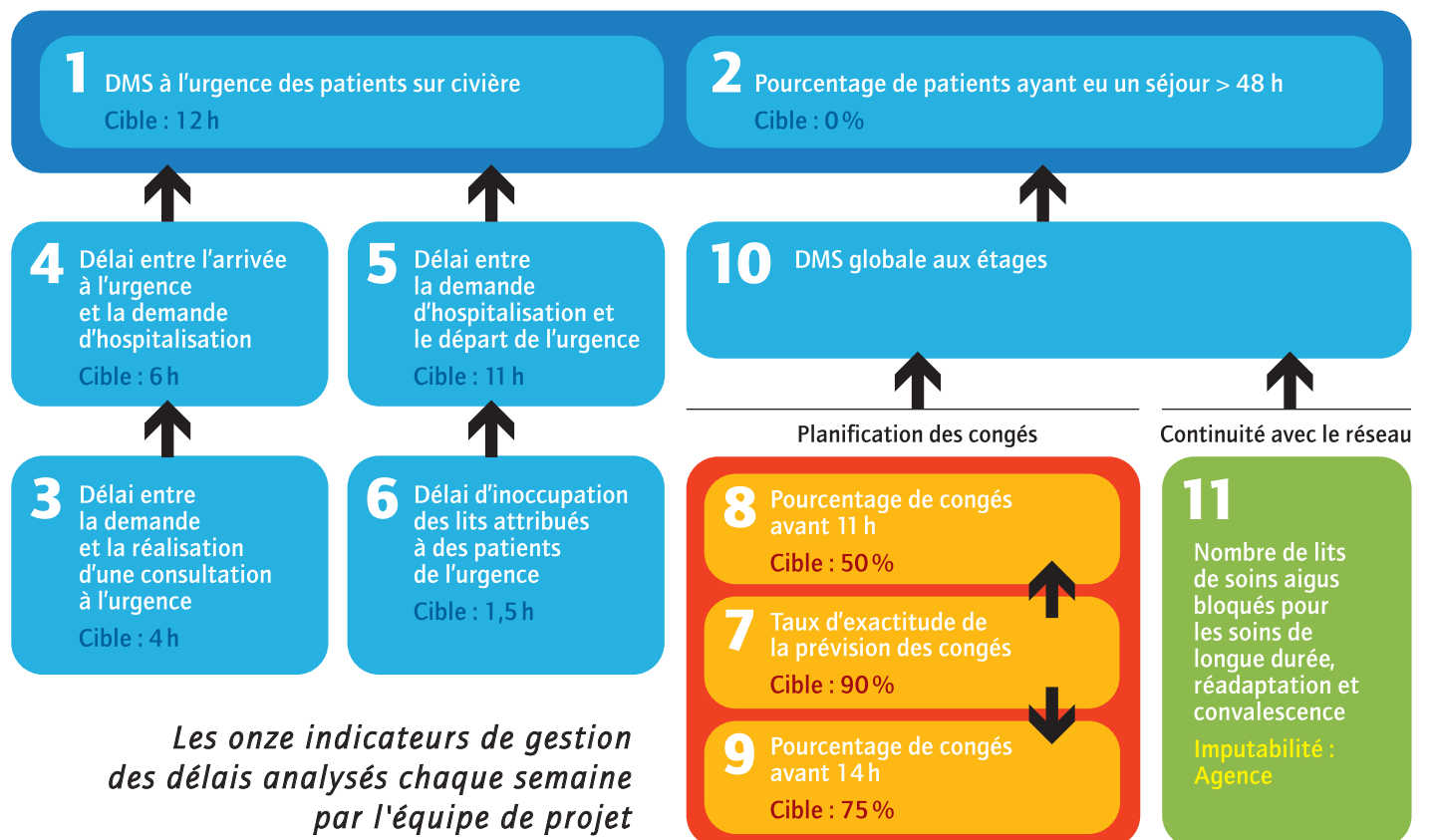
Plusieurs analyses ont été produites pour mieux comprendre le déroulement des activités en rapport avec chacun de ces trois axes. Ces analyses ont permis notamment :

- de proposer des moyens d'accélérer le processus du triage à l'urgence ;
- de réduire les temps d'inoccupation des lits sur les unités de soins ;
- d'améliorer la planification des congés, en impliquant l'équipe de soins.

### Ensuite, pour améliorer, il faut mesurer

On ne peut améliorer ce que l'on ne mesure pas. Le CHUM avait déjà mis en place un tableau de bord permettant de connaître, trois fois par jour, la situation de ses trois urgences. Des tableaux de bord hebdomadaires et périodiques permettaient aussi d'évaluer l'efficacité de certaines mesures d'amélioration déjà prises dans le passé (ex. : le nombre de congés avant 11 h).

Il est d'ailleurs à noter que l'équipe de McKinsey a reconnu que le CHUM s'était déjà doté d'outils de travail fort intéressants. Cependant, nous devons modifier ces outils de façon à mesurer quotidiennement les délais entre les différentes étapes reliées au séjour du patient : son arrivée et son congé de l'urgence, la libération



et la préparation de la chambre où il sera hospitalisé, etc., en cherchant en plus à planifier le moment où chaque patient recevra son congé.

Ainsi, un nouveau tableau de bord regroupe onze indicateurs dont la préparation quotidienne est assurée par l'équipe de l'Infocentre de la DGIQP. Ces indicateurs de référence, dont prennent connaissance tous les jours les gestionnaires et cliniciens du CHUM, sont présentés dans la figure ci-dessus ; les indicateurs 1, 2, 8, 10 et 11 étaient déjà suivis. Parmi ces onze indicateurs, six sont des ajouts par rapport aux tableaux de bord qui existaient déjà au CHUM : ce sont les indicateurs 3 et 4 (délais de prise en charge à l'urgence), 5 et 6 (délais d'accès à un lit), 7 et 9 (taux de succès dans la planification du congé par les unités de soins).

### La mesure des processus et des résultats : une condition nécessaire à la réduction de la durée de séjour à l'urgence

Finalement, un document où les indicateurs sont présentés de façon plus détaillée (notamment, avec éclatement par unité de soins pour les indicateurs appropriés) est fourni aux gestionnaires de façon hebdomadaire.

Dans certains cas, nous savons que la qualité de l'information devait être améliorée. Nous avons donc mis en place, avec les intervenants concernés, les procédures nécessaires pour y arriver.

### Enfin, un suivi rigoureux

Il n'est pas suffisant de mettre en place de nouveaux mécanismes de gestion des délais et de développer des indicateurs pertinents. Il faut absolument que ces indicateurs fassent l'objet d'un suivi rigoureux. Ainsi, un groupe de gestionnaires a été mandaté pour effectuer collective-

ment ce suivi toutes les semaines. Cela demande de comparer les résultats obtenus aux cibles suggérées. Si les résultats sont favorables, ce groupe exprime son appréciation aux intervenants concernés. Par contre, si les résultats ne rencontrent pas les attentes, il faut cibler des facteurs explicatifs, trouver des solutions, identifier une ou des personnes responsables de ce groupe pour mettre en place les correctifs et faire le suivi à la prochaine rencontre.

Ce processus d'amélioration continue, comprenant la planification, l'exécution, l'analyse et l'action, doit être poursuivi sans relâche.

Les résultats obtenus jusqu'à présent à l'Hôpital Notre-Dame sont encourageants et nous indiquent que l'expérience mérite d'être éventuellement déployée dans les deux autres hôpitaux. La production de tableaux de bord contenant des indicateurs pertinents est sûrement un travail fort utile ; les gestionnaires et cliniciens s'y réfèrent de façon continue afin d'améliorer la qualité des soins, ainsi que la sécurité et le bien-être des patients. +



## Nomination Dr Jean-Paul Bahary, chef de projet

Le Dr Jean-Paul Bahary, qui a réorganisé, avec son équipe, tout le secteur de la radio-oncologie au CHUM, a offert de faire profiter les urgences de son expertise. Fort de cette expérience réussie, il affirme que le désengorgement des urgences par les moyens mis en place depuis quelques mois est un projet absolument faisable et réaliste, à condition, toutefois, de l'inscrire dans la durée. Selon lui, les équipes s'engagent ici dans un marathon, pas du tout dans un sprint. L'exemple du Département de radio-oncologie le démontre tout à fait : il s'est construit par étapes et a mis quelque cinq années avant d'être complété.

Son rôle de chef de projet consiste à coordonner les efforts de toutes les équipes, en voyant à ce que les mesures soient mises en place et à en assurer le suivi ; aussi il mobilisera les équipes, en soutenant les chefs d'équipe et en apportant son aide, par exemple auprès des médecins ; enfin il sera responsable de la préparation des réunions hebdomadaires sur l'avancement du projet, de faire les rapports d'étapes pour la direction et le suivi avec les communications. Il pilotera l'implantation de mesures adaptées aux urgences de l'Hôtel-Dieu et de l'Hôpital Saint-Luc du CHUM. +



## « À l'urgence, on a un grand besoin d'espoir. »

**Les équipes débordées sont prêtes à tout pour améliorer le sort des patients. Nous avons collaboré au maximum dans tous les comités pour fournir les statistiques et autres données nécessaires pour nous améliorer et nous avons rapidement mis en place tout ce qui était recommandé. Les résultats attendus des congés et des admissions sont encore très fragiles. Mais ils seront davantage probants dès que tout l'hôpital aura reconnu le problème de l'urgence comme son problème, et intégré les nouvelles pratiques instaurées, notamment de ne plus faire passer des patients par l'urgence dans l'espoir d'être admis plus rapidement, par exemple. Nous serons patients. Mais faites vite ! »**

**Marc Pépin**, infirmier-chef de l'urgence de l'Hôpital Notre-Dame

### Référence suite de la une

Bien sûr, l'urgence y met aussi du sien. L'étude faite par la firme McKinsey sur le triage a permis par exemple d'y repérer certaines pertes de temps à éviter pour accélérer le processus. Dorénavant, l'infirmière du triage donne son rapport verbalement et seulement au sujet des patients instables et non pour chacun d'eux. Aussi, un assistant de la pharmacie se charge de compléter la liste des médicaments que prend le patient. Cette liste est souvent très longue à établir, des patients prenant souvent plus de dix médicaments qu'il faut nommer, dont il faut inscrire la posologie. « On gagne non seulement beaucoup de temps à confier cette longue tâche à l'assistant, mais c'est sûr que ça diminuera de beaucoup les risques d'erreur », confie Colombe Gagnon.

### Penser et faire autrement

Faire les choses autrement à l'urgence, cela a aussi signifié de faire des tests de grossesse urinaires au lieu de tests sanguins aux femmes devant subir une radiographie. Petite mesure qui rapporte gros : on est passé de 90 à 3 minutes de délai. Une salle de l'urgence où sont alités une douzaine de patients a aussi été réaménagée pour la rendre moins encombrée. Le personnel y circule plus efficacement et c'est devenu agréable d'y travailler.

Une simple révision des façons de faire a permis d'améliorer l'entrée des données en temps réel au sujet des délais de consultation à l'urgence. Cela a aussi permis de sensibiliser les médecins et les professionnels à l'impact du temps qu'ils prennent pour répondre aux demandes des urgences, ce qui est déjà un grand pas.

### Penser patient

Il faut s'attaquer ainsi à chaque processus, et chaque fois s'interroger, et si c'est possible, l'améliorer dans le sens d'une meilleure efficacité. « En fait, il faut "penser patient" dans chacune des actions que l'on fait ; en aidant le patient, c'est dans tout l'hôpital que cela se répercute. C'est donc l'affaire de tous. »

## En conclusion Et le patient alors ?



**Yves Masse**, directeur général adjoint, a reçu le mandat de piloter le dossier du désengorgement des urgences.

Mettre le patient au cœur de nos actions, c'est notre leitmotiv. On y croit, on y adhère pleinement. Mais c'est bien souvent dans le comment que cela se complexifie. Se centrer sur le patient exige de s'interroger plusieurs fois par jour sur

chacune de nos actions en se disant : est-ce bon pour le patient ? Améliore-t-on sa santé par ce geste, cette activité ? Autant d'interrogations, autant de remises en question de nos actions et de nos pratiques.

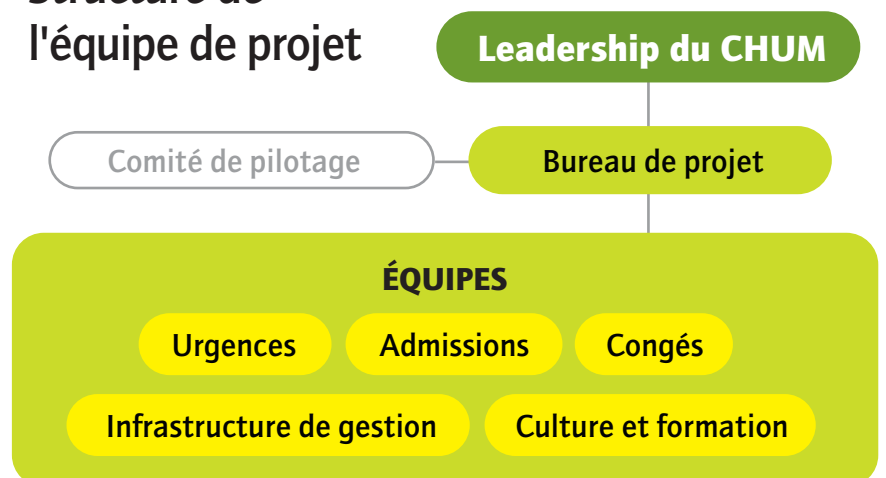
Le travail rigoureux effectué dans le cadre de ce projet prend ici tout son sens. Il exige beaucoup de discipline et de rigueur. Il exige aussi beaucoup de maturité et de patience. Parce que s'interroger sur la moindre de nos actions, essayer de nouvelles procédures, mesurer les impacts, constater le succès ou admettre l'échec, tout reprendre à zéro et s'interroger encore, voilà ce que nous exigeons de nous-mêmes et de tous. Pas pour faire plaisir aux collègues ou au patron, juste pour que le plus de patients possibles aient accès aux soins attentifs que nous pouvons leur prodiguer.

C'est une approche interactive, oui. Les résultats sont fragiles, oui. N'empêche que le *statu quo* n'est pas une option envisageable et nous avons déjà amorcé des changements émergeant des équipes sur le terrain. Il nous appartient de faire la différence !

## 7 pistes d'amélioration pour les urgences

- Réduire le temps passé au triage et sa variabilité**
  - Simplification des tâches au triage
  - Formation des équipes au triage
- Accélérer et améliorer le suivi du parcours d'un patient**
  - Simplification du processus de prise en charge, en particulier pour la transmission de l'information
  - Révision des rôles et tâches de l'encadrement des commis et des préposés
  - Mise en place d'un rôle de coordination (chef d'orchestre), d'outils de visibilité immédiate de l'activité et des prochaines étapes du parcours du patient
  - Optimisation du processus des transferts à l'étage, incluant la méthode de communication avec l'accueil et les étages
- Réduire le temps passé pour les examens et les analyses**
  - Simplification des processus de demande et d'acheminement des examens et analyses
  - Amélioration de la visibilité du retour des résultats
- Réduire le temps passé pour les consultations de spécialistes**
  - Mise en place de consultations accélérées / augmentation de la disponibilité de certaines spécialités
  - Créer une « réservation de lit » anticipée pour les urgentologues
- Limiter les déplacements inutiles du personnel et des patients**
  - Mise à disposition et choix adapté des fournitures et équipements
  - Mise en commun de l'information sur le patient
- Diriger autant que possible les patients vers d'autres structures pouvant les traiter**
  - Mettre en place des procédures de réorientation en triage
  - Augmenter la capacité des structures complémentaires
  - Créer une unité d'investigation brève pour une clientèle visée
- Améliorer le confort et la sécurité**
  - Améliorer les rôles de la sécurité
  - Améliorer la fiabilité des équipements
  - Revoir les plannings et affectations de nettoyage

### Structure de l'équipe de projet



## À retenir

**Le CHUM a fait de cet enjeu une priorité organisationnelle**

La direction s'engage à 100 % dans la réussite de ce projet, en y consacrant toute son attention, tous ses efforts et toutes les ressources nécessaires.

**La santé de nos patients dépend de la constance de nos efforts**

Il faut continuer les efforts sans relâche, même quand c'est difficile, parce que c'est la bonne chose à faire pour nos patients

**L'urgence est le reflet de l'efficacité de tout le continuum de soins**

La situation à l'urgence est l'affaire de tout le réseau, pas seulement de l'urgence

**Chacun de nous a une contribution importante à apporter**

Une grande réussite est la somme d'une foule de petites choses