

Publié par :
Published by:
Publicación de la:

Faculté des sciences de l'administration
2325, rue de la Terrasse
Pavillon Palasis-Prince, Université Laval
Québec (Québec) Canada G1V 0A6
Tél. Ph. Tel. : (418) 656-3644
Télec. Fax : (418) 656-7047

Disponible sur Internet : <http://www4.fsa.ulaval.ca/la-recherche/publications/documents-de-travail/>
Available on Internet
Disponible por Internet :

DOCUMENT DE TRAVAIL 2018-004

Modélisation de la trajectoire de soins pour la chirurgie
colorectale au pavillon St-François d'Assise du CHU de
Québec-Université Laval

Olivier BOUDREAULT GODERRE

Sous la supervision de :
André Côté
Angel Ruiz
Martin Lamarre

Janvier 2018

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018
Bibliothèque et Archives Canada, 2018

ISBN 978-2-89524-461-5 (PDF)

Modélisation de la trajectoire de soins pour la chirurgie colorectale au pavillon St-François d'Assise du CHU de Québec-Université Laval

Olivier Boudreault Goderre^{1,2}

Sous la supervision de :
André Côté^{1,2*}, Angel Ruiz^{1,3}, Martin Lamarre^{1,4}

- ¹ Centre de recherche en gestion des services de santé FSA ULaval – CHU de Québec-Université Laval – IUCPQ-Université Laval
- ² Département de management de la FSA ULaval
- ³ Département d'opérations et systèmes de décision de la FSA ULaval
- ⁴ Direction des services professionnels, CHU de Québec-Université Laval

**Auteur correspondant : andre.cote@fsa.ulaval.ca*

RÉSUMÉ

Ce rapport vise à proposer un état de la situation du projet de recherche ayant trait à la gestion des activités de planification chirurgicale pour le cancer colorectal à l'Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA).

Ce projet comprend 3 phases principales, soit la description de la pathologie, la modélisation du processus de planification chirurgicale (du diagnostic à la conception du programme opératoire) par la création de diagrammes d'activités en langage UML 2.0, ainsi que la description textuelle des activités comprenant notamment le(s) lieu(x) où se déroulent les activités (l'espace), l'agencement des tâches et des activités particulières, les modes d'intervention des acteurs impliqués ainsi que la durée requise pour le déroulement des activités.

Mots-clés : planification chirurgicale, cancer colorectal, trajectoire de soins, anastomose, iléostomie, polype.

Table des matières

A – Description du projet	3
B – Description de la pathologie	3
a) – Définition de la pathologie	3
b) – Incidence	4
c) – Taux de mortalité	4
d) – Prévention	5
e) – Dépistage	5
f) – Diagnostic	5
g) – Investigation et traitements préopératoires	5
h) – Délai de chirurgie	6
i) – Préparation du patient	7
j) – Types d'intervention chirurgicale	7
k) – Traitements postopératoires	9
C – Modes opératoires de la planification chirurgicale à HSFA	9
a) – ÉPISODE 1 : Consultation chirurgicale	9
b) – ÉPISODE 2 : Traitement de la requête opératoire et détermination de la date d'intervention (PRÉ-BOOKING)	15
c) – ÉPISODE 3 : Évaluation clinique du dossier patient	18
d) – ÉPISODE 4 : Programmation des activités cliniques (La prise de rendez-vous)	20
e) – ÉPISODE 5 : Préparation des patients	21
f) – ÉPISODE 6 : Conception et validation du programme opératoire	23
D – Données manquantes pour chaque épisode	27
ANNEXE A : Diagramme d'activités Épisode 1	29
ANNEXE B : Diagramme d'activités Épisodes 2-3	30
ANNEXE C : Diagramme d'activités Épisodes 4-5-6	31

A – Description du projet

Le mandat qui m’a été confié par les professeurs André Côté et Angel Ruiz consiste à faire un état de la situation du projet de recherche ayant trait à la gestion des activités de planification chirurgicale pour le cancer colorectal à l’Hôpital Saint-François d’Assise (HSFA).

Ce projet comprend 3 phases principales, soit la description de la pathologie, la modélisation du processus de planification chirurgicale (du diagnostic à la conception du programme opératoire) par la création de diagrammes d’activités en langage UML 2.0, ainsi que la description textuelle des activités comprenant notamment le(s) lieu(x) où se déroulent les activités (l’espace), l’agencement des tâches et des activités particulières, les modes d’intervention des acteurs impliqués ainsi que la durée requise pour le déroulement des activités.

Pour ce faire, près de 22 heures d’entrevues audio, réalisées par M. Samy Castel auprès des différents intervenants interagissant dans la trajectoire de soins visée, ont été mises à ma disposition. Le rapport du projet P03 sur la planification chirurgicale des arthroplasties totales du genou (PTG) et de la hanche (PTH) à HSFA m’a également été remis afin de compléter l’information manquante, principalement en ce qui a trait à la préparation des patients à l’unité d’accueil (épisode 4) et à la conception du programme opératoire (épisode 6).

B – Description de la pathologie

a) – Définition de la pathologie

Le cancer est défini par la prolifération rapide de cellules anormales qui, au-delà de leur délimitation habituelle, peuvent envahir des zones voisines de l’organisme et essaimer dans d’autres organes. Ce processus, nommé dissémination métastatique, représente la principale cause de décès par cancer.

Les cellules malignes (cancéreuses) sont généralement des cellules normales ayant subi une ou plusieurs mutations génétiques non corrigées par les mécanismes de réparation de l’ADN. Les mutations génétiques peuvent être sporadiques ou héréditaires. Les mutations sporadiques surviennent par hasard lors d’une division cellulaire ou lors d’une exposition aiguë ou chronique à certains facteurs de risque endommageant l’ADN (ex : tabagisme, radiations, produits chimiques, virus). Les mutations héréditaires, quant à elles, sont transmises du parent à l’enfant et rendent ce dernier plus vulnérable au cancer. Bien que certaines mutations ne causent aucun problème, d’autres sont situées dans une région importante d’un gène et ont un impact négatif considérable. Pour qu’une mutation génétique soit cancéreuse, celle-ci doit causer une division cellulaire désordonnée et/ou un dysfonctionnement des mécanismes de mort cellulaire programmée (apoptose). Les scientifiques ont identifié 3 classes principales de gènes jouant un rôle dans le développement des cellules cancéreuses : les oncogènes, les gènes suppresseurs de tumeurs et les gènes de réparation de l’ADN. Les oncogènes sont des versions endommagées de gènes normaux qui incitent les cellules à croître de façon désordonnée et favorisent la croissance des cellules cancéreuses. Les gènes suppresseurs de tumeurs sont des gènes qui, lorsque intacts, aident à faire cesser la croissance des cellules et gèrent leur apoptose. Les mutations altérant le fonctionnement des gènes suppresseurs de tumeurs participeraient au développement d’environ 50% de tous les cancers. Finalement, le dysfonctionnement des gènes de réparation de l’ADN mène à l’accumulation des mutations et éventuellement au développement de cellules malignes. (Société Canadienne du Cancer, Agence de la santé publique du Canada, Statistique Canada, 2016) Bien qu’un cancer puisse se développer à tout âge, on remarque une augmentation spectaculaire de l’incidence du cancer avec l’âge due à l’accumulation des risques de cancers spécifiques tout au long de la vie ainsi qu’à la perte d’efficacité des mécanismes de réparation de l’ADN. (WHO, 2016)

Le cancer colorectal survient lorsqu'une tumeur maligne prend naissance dans les cellules du côlon ou celles du rectum, 2 organes compris dans le gros intestin. Le rôle du côlon est d'absorber les éléments nutritifs et d'acheminer les résidus (matières fécales) au rectum. Les cancers du côlon et ceux du rectum sont regroupés dans la même catégorie puisque ces organes sont faits des mêmes tissus et qu'il n'existe pas de limite claire entre eux. Les cellules du côlon ou du rectum subissent parfois des mutations qui rendent leur mode de croissance anormal et entraînent la formation de polypes non cancéreux ou d'états précancéreux (cellules présentant un fort risque de devenir cancéreuses). Le cancer colorectal survient le plus souvent dans les cellules glandulaires tapissant la paroi du côlon ou du rectum. Ces cellules produisent du mucus qui aide les selles à se déplacer dans le côlon et le rectum. Ce type de cancer est appelé adénocarcinome du côlon ou du rectum et représente plus de 95% de tous les cancers colorectaux. Des types rares de cancer colorectal peuvent aussi se manifester (ex : carcinome à petites cellules, carcinome épidermoïde). (Société Canadienne du Cancer, 2016)

b) – Incidence

À partir du milieu des années 1980, les taux globaux d'incidence du cancer colorectal ont chuté pour les deux sexes jusqu'au milieu des années 1990. Les taux d'incidence ont ensuite augmenté jusqu'en 2000, pour décliner légèrement par la suite, fort probablement en raison de l'augmentation du dépistage du cancer colorectal permettant le repérage et le retrait des polypes précancéreux et ainsi la diminution de l'incidence du cancer. Le cancer colorectal est maintenant l'un des cancers les plus fréquents après le cancer de la prostate, celui du sein et celui du poumon. (Société Canadienne du Cancer, 2015)

En 2015, la Société Canadienne du Cancer estimait le nombre de diagnostics de cancer colorectal à 25 080 au Canada. La répartition des cas selon le sexe et les provinces était alors la suivante :

Tableau A : Diagnostics de cancer colorectal au Canada en 2015 selon le sexe et les provinces
(Société Canadienne du Cancer, 2016)

	BC	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NS	PE	NL	TOTAL
Nombre de cas hommes	1750	1250	430	540	5100	3700	370	510	65	330	14045
Nombre de cas femmes	1400	910	340	430	4100	2900	260	410	55	230	11035
TOTAL	3150	2160	770	970	9200	6600	630	920	120	560	25080

c) – Taux de mortalité

Le nombre de décès mondiaux attribuable au cancer est de 8,2 millions pour 2012. Celui attribuable au cancer colorectal est d'environ 694 000. (World Cancer Report, 2014)

Au Canada, le cancer colorectal représente la 2^e cause de mortalité attribuable au cancer. (Partenariat canadien contre le cancer, 2016)

Pour 2015, le taux de mortalité normalisé selon l'âge (TMNA) du cancer colorectal au Canada est près de 21% chez l'homme et près de 14% chez la femme. Bien que relativement élevé, ce taux de mortalité est à la baisse de 2,5% par an pour les hommes depuis 2004 et de 1,8% par an pour les femmes depuis 2001. Cette réduction de la mortalité due au cancer colorectal est probablement due au dépistage ainsi qu'à l'amélioration des traitements (en particulier la chimiothérapie). Cette pathologie est responsable d'approximativement 9300 décès survenus au Canada en 2015. (Société Canadienne du Cancer, 2015)

d) – Prévention

Afin de réduire le risque de développer ce type de cancer, l'Association Canadienne du Cancer Colorectal (ACCC) recommande de faire de l'exercice physique régulièrement, de maintenir un poids corporel sain, de cesser l'utilisation du tabac, de réduire la consommation d'alcool ainsi que d'avoir une alimentation saine faible en viande rouge et élevée en légumes, légumineuses, fruits et céréales. (ACCC, 2016)

e) – Dépistage

Le dépistage permet de réduire significativement l'incidence du cancer colorectal par le repérage et le retrait des polypes précancéreux (excroissances se formant sur la muqueuse du côlon qui sont susceptibles de se développer en tumeurs cancéreuses). L'Association Canadienne du Cancer Colorectal (ACCC) met d'ailleurs l'accent sur l'importance de la prévention et du dépistage en temps opportun, principalement chez les personnes âgées entre 50 et 74 ans, que ce soit par le test de recherche de sang occulte (RSOS), le test immunochimique fécal (FIT) ou la coloscopie. (ACCC, 2016) Actuellement, des programmes organisés de dépistage du cancer colorectal sont disponibles partout au Canada sauf au Nunavut et au Yukon. La planification de la mise en œuvre d'un tel programme est cependant en cours au Yukon. (Partenariat canadien contre le cancer, 2016)

Au Québec, le dépistage du cancer colorectal chez les personnes à risque moyen sans symptômes se fait à l'aide du test immunochimique de recherche de sang occulte dans les selles (RSOSi). Ce test permet de détecter la présence de sang dans les selles, qui peut être signe d'un cancer. Lorsque le résultat du test de RSOSi indique la présence de sang dans les selles, le médecin recommande un autre examen pour établir le diagnostic : la coloscopie longue. Cet examen permet de visualiser l'intérieur de l'intestin pour vérifier s'il y a ou non un cancer. (Portail santé mieux-être Québec, 2016)

f) – Diagnostic

Une prise de conscience rapide des premiers signes et symptômes du cancer ainsi qu'un diagnostic précoce permettent également de réduire de manière significative le taux de mortalité grâce à une intervention chirurgicale et/ou à des traitements de radiothérapie/chimiothérapie. (WHO, 2016)

Lorsqu'une anomalie (tumeur précoce, polype ou lésion du rectum) est découverte grâce à un toucher rectal ou à un test de dépistage, il y a diagnostic présomptif de cancer du rectum (suspicion) menant à une demande de consultation avec un chirurgien spécialiste en chirurgie digestive.

Qu'il s'agisse d'un polype ou d'une tumeur, le tissu anormal doit être enlevé par intervention chirurgicale. Cette intervention peut consister en une excision locale (tissu anormal et marge de tissu sain autour) ou par résection intestinale (colectomie). (Société canadienne du cancer, 2016)

g) – Investigation et traitements préopératoires

Une investigation préopératoire d'une durée considérable est généralement nécessaire pour les cas de cancers colorectaux. En effet, il s'agit du type de cancer susceptible de faire intervenir le plus grand nombre d'intervenants dû à sa complexité. Les différents examens et consultations préopératoires qui peuvent être demandés sont les suivants : coloscopie, imagerie en résonance magnétique (IRM), tomodensitométrie (TACO), radiographie pulmonaire, analyses sanguines, électrocardiogramme (ECG), cardiologie, biopsie, stomathérapie, nutrition, anesthésie.

Dans certains cas, des traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie d'une durée de 1 mois précéderont la chirurgie afin de circonscrire la tumeur (intervention néo-adjuvante). Dans d'autres cas, le cancer est diagnostiqué à un stade si avancé que l'intervention chirurgicale s'avèrerait inutile. Le patient est alors envoyé aux soins palliatifs.

h) – Délai de chirurgie

L'Institut Canadien d'Information sur la Santé (ICIS) recueille des données quant au nombre de chirurgies réalisées pour traiter le cancer colorectal ainsi qu'au délai entre le diagnostic et la chirurgie. Ainsi, on constate que le délai encouru pour la chirurgie colorectale au Québec est quelque peu supérieur à celui de l'ensemble du Canada.

Tableau B : Nombre de patients traités et délais de chirurgie au Canada et au Québec en 2013 et 2014 (ICIS, 2014)

	Canada		Québec	
	2013	2014	2013	2014
Nombre de patients traités	7498	7495	2329	2206
Délai chirurgie 50 ^e percentile (jours)	18	19	20	21
Délai chirurgie 90 ^e percentile (jours)	44	44	50	49

Dépendant du type de cancer identifié, les chirurgiens de HSFA détermineront la priorité d'intervention ainsi que les délais de traitement ciblés selon les 4 classes de pathologie suivantes :

Tableau C : Classes de pathologie et délais de chirurgie ciblés

Classe de pathologie	Description	Délai de chirurgie ciblé
P1	Cancer causant une occlusion intestinale, cancer du côlon sans radiothérapie	Moins de 2 semaines
P2	Autre type de cancer colorectal	Moins de 4 semaines (le temps de l'investigation préopératoire)
P3	Polype précancéreux, suspicion de cancer non prouvée	Moins de 8 semaines
P4	Chirurgies électives (vésicules biliaires, hernies inguinales, fistules anales, fermetures de stomies, etc.)	Aucun délai ciblé (souvent repoussées indéfiniment)

i) – Préparation du patient

Lors de chirurgies plus extrêmes (présentant un risque supérieur) ou lorsqu'une iléostomie est nécessaire, le patient peut avoir à subir une préparation intestinale (agent laxatif Colyte) dans le but de vidanger son intestin avant la chirurgie. Cette préparation affaiblira son épithélium et causera certains troubles électrolytiques et métaboliques. Comme le patient arrive à l'opération à moitié à jeun (régime de jus sucrés), il s'en trouvera très affaibli.

Une antibioprophylaxie (utilisation préventive d'antibiotiques) peut également être réalisée afin de réduire les risques d'infection et de contrôler les impacts néfastes sur la flore intestinale.

j) – Types d'intervention chirurgicale

Les 3 types d'excision locale sont les suivants :

- La polypectomie : Excision de polypes réalisée pendant une coloscopie ou une sigmoïdoscopie
- L'exérèse locale transanale : Excision de tumeurs au rectum de stade 0 ou de certaines tumeurs de stade I qui sont petites et près de l'anus. La chirurgie est réalisée grâce à des outils spéciaux insérés dans l'anus
- La microchirurgie endoscopique transanale : Excision de tumeurs au rectum et du tissu voisin. Utilisation d'une lumière spéciale et de minuscules outils glissés dans un rectoscope inséré dans l'anus. Chirurgie utilisée pour les tumeurs de stade I situées plus haut dans le rectum. (Société canadienne du cancer, 2016)

En ce qui a trait à la résection intestinale, celle-ci consiste à enlever une partie de l'intestin grêle et/ou du gros intestin pour traiter un cancer, soulager les symptômes d'un cancer qui s'est propagé à l'intestin ou encore traiter une occlusion intestinale (tumeur obstruant l'intestin). Le gros intestin comprend le côlon, le rectum et l'anus. Selon l'emplacement de la tumeur ou du polype, le chirurgien peut choisir de faire l'une des 8 interventions suivantes, nommées selon la partie excisée :

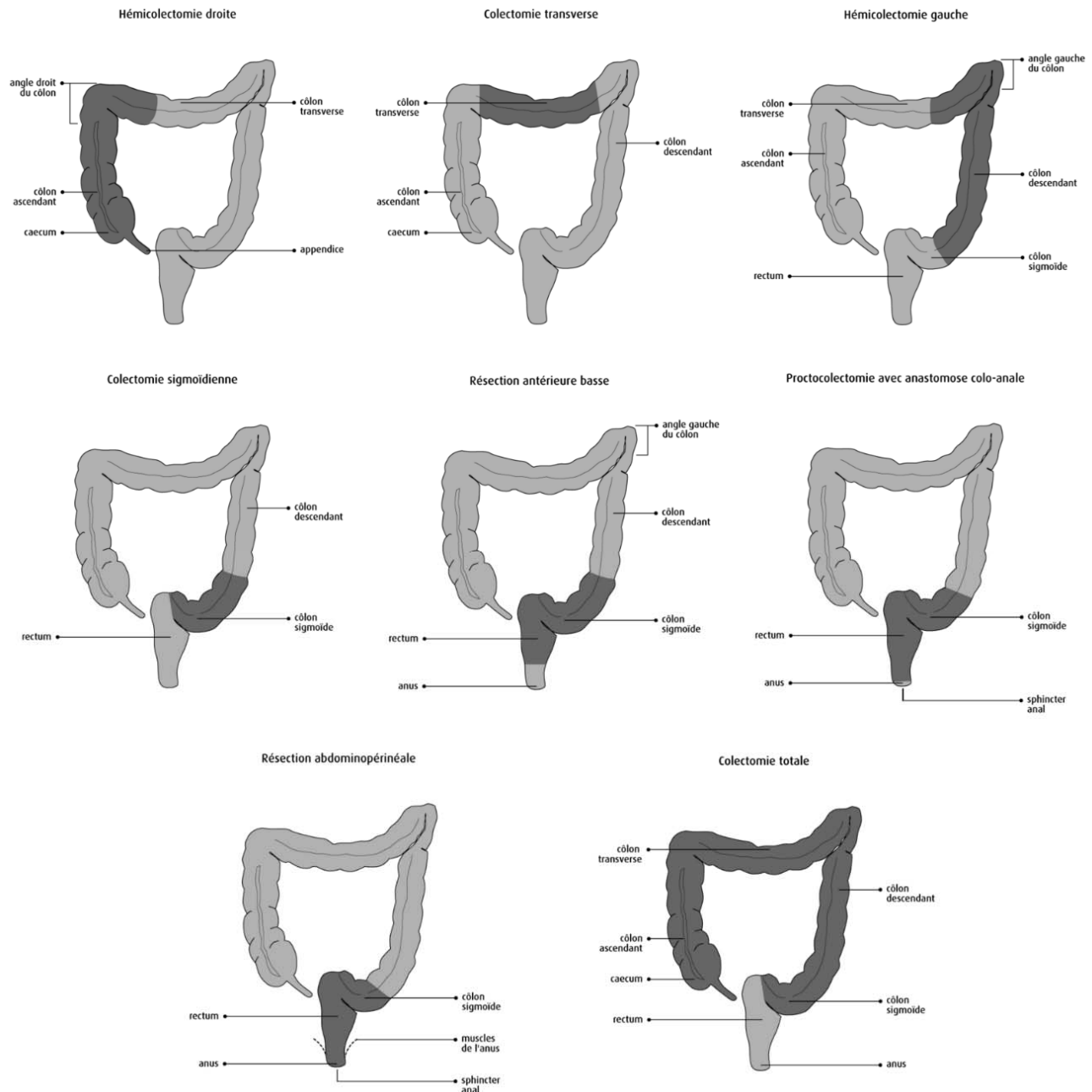


FIGURE 1 : Types de résections intestinales (Société canadienne du cancer, 2016)

Selon l'intervention à réaliser, 2 techniques chirurgicales peuvent être utilisées :

- Laparoscopie : Après avoir insufflé une petite quantité de gaz carbonique dans l'abdomen, 4 petits trous et une petite incision sont faits afin d'insérer une caméra ainsi que les instruments de chirurgie (technique non invasive).
- Laparotomie : Incision faite sur l'abdomen afin de réaliser la chirurgie (technique invasive). (Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, 2016)

Dépendant de l'endroit et de l'étendue du tissu à exciser, 2 options peuvent être réalisées lors de la chirurgie afin de rétablir la continuité du tube digestif :

- Anastomose de l'intestin : consiste à réunir les deux extrémités de l'intestin.

- Iléostomie ou colostomie : consiste à fixer l'extrémité de l'intestin à la peau de l'abdomen. Un sac discret et à l'épreuve des odeurs est alors utilisé afin de recueillir les selles. Dans certains cas, la stomie sera temporaire et nécessitera une deuxième chirurgie afin rétablir la continuité du tube digestif. (Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, 2016)

Il arrive que le patient soit préparé à une éventualité d'ostomie, mais que le déroulement de l'intervention permette plutôt de réaliser une anastomose.

k) – Traitements postopératoires

Pour certains types de cancer avancés, la chirurgie sera suivie de traitements de chimiothérapie afin de réduire le risque de récurrence (intervention adjuvante). Ces traitements débutent au maximum 4 semaines après la chirurgie et sont généralement administrés pendant environ 6 mois. Lorsque la tumeur a envahi des tissus voisins à la section d'intestin excisée ou lorsqu'on n'a pas pu enlever tout le cancer par résection intestinale, on aura recours à la radiothérapie (Société Canadienne du Cancer, 2016).

C – Modes opératoires de la planification chirurgicale à HSFA

Afin de décrire le processus de planification chirurgicale à HSFA, du diagnostic présomptif de cancer colorectal à la conception du programme opératoire, les différentes activités ont été divisées en 6 épisodes distincts. Les 6 épisodes qui sont détaillées sont :

- 1) la consultation chirurgicale,
- 2) le traitement de la requête opératoire,
- 3) l'évaluation clinique du dossier patient,
- 4) la programmation des activités cliniques (la prise de rendez-vous),
- 5) la préparation des patients et
- 6) la conception et validation du programme opératoire.

Pour chaque épisode, nous décrivons :

- Le ou les lieux où se déroulent les tâches et les activités (l'espace)
- L'agencement des tâches et des activités particulières
- Les modes d'intervention des acteurs impliqués
- Et lorsque faire se peut, nous traitons de la durée requise pour le déroulement des tâches et des activités

a) – ÉPISODE 1 : Consultation chirurgicale

i) – Un ou des lieux où se déroulent les tâches et les activités (l'espace)

La première consultation médicale menant au diagnostic présomptif de cancer colorectal peut être réalisée à divers endroits : en clinique externe, à l'urgence, auprès d'un gastro-entérologue ou encore auprès d'un chirurgien en région. Dépendamment du lieu où le patient est rencontré en début de trajectoire, la quantité et la qualité de l'information recueillie (tests, examens, imagerie médicale) peut varier significativement.

La suspicion de cette pathologie mène ensuite à une demande de consultation qui sera attribuée à l'un des 6 chirurgiens spécialistes en chirurgie colorectale à HSFA. La consultation chirurgicale a lieu soit à la clinique externe en chirurgie digestive de HSFA, soit au Centre Hospitalier de l'Université Laval (CHUL) ou soit à l'Hôtel-Dieu de Québec (HDQ) dépendant du deuxième établissement couvert par le chirurgien.

En ce qui a trait aux différents tests et examens précédant la consultation médicale, ceux-ci sont tous réalisés à HSFA, à l'exception de la Tomographie par émission de positrons (TEP scan) qui n'est offerte qu'à l'HDQ faute d'équipement.

Finalement, le patient est parfois dirigé vers le Centre Local de Soins Communautaires (intervention palliative) ou l'HDQ (intervention néo-adjuvante) à la suite de la consultation chirurgicale. Lorsque le patient habite à l'extérieur de Québec, les traitements néo-adjuvants peuvent être prodigués dans un centre hospitalier en région.

ii) – L'agencement des tâches et des activités particulières

L'épisode de consultation chirurgicale se déroule en 9 activités agencées séquentiellement à la suite desquelles une décision est prise quant à l'orientation médicale du patient dans la trajectoire de soins (intervention palliative/intervention néo-adjuvante/chirurgie d'emblée) :

- Le diagnostic présomptif de cancer colorectal
- La demande de consultation
- Le triage et l'attribution par chirurgien
- L'obtention des résultats d'investigation de l'externe
- L'analyse des résultats d'investigation de l'externe
- La création du Dossier Patient Électronique (DPE)
- La planification des examens manquants ou de qualité insuffisante
- La réalisation de ces examens
- Le toucher rectal et l'évaluation médicale

Pour les cas les plus complexes, une deuxième investigation (examens supplémentaires) peut être nécessaire à la décision médicale. Lorsque l'intervention chirurgicale est possible (avec ou sans traitements néo-adjuvants), le médecin rédige finalement une requête opératoire avant d'expliquer la nature de la pathologie et de l'intervention chirurgicale au patient.

Le diagramme d'activités de l'épisode 1 est présenté à la Figure 2.



FIGURE 2 : Diagramme d'activités Épisode 1 : Consultation chirurgicale

iii) – Les modes d'intervention des acteurs impliqués

Lorsqu'une anomalie (tumeur précoce, polype ou lésion du rectum) est découverte grâce à un toucher rectal ou à un test de dépistage, il y a diagnostic présomptif de cancer colorectal (suspicion) menant à une demande de consultation avec un chirurgien spécialiste en chirurgie digestive. Le patient peut donc être référé par une clinique externe, l'urgence, un gastroentérologue ou encore un chirurgien en région.

En général, la demande de consultation est transmise au bureau de chirurgie digestive au moyen d'un fax accompagné d'un appel téléphonique du médecin au chirurgien. Elle peut également être transmise par courrier postal (mode de coordination officiel) ou par téléavertisseur, courriel personnel et SMS (modes de coordination officieux). À noter que les chirurgiens se montrent réticents à l'utilisation du fax pour la demande de consultation puisqu'ils jugent ce mode de coordination peu fiable dû à la possibilité de ne pas recevoir ou encore de perdre la feuille et ce, malgré l'importance de ce document pour l'avenir du patient. Une adresse courriel officielle de HSFA a d'ailleurs été demandée par les chirurgiens afin de faciliter la transmission des demandes de consultation et d'en augmenter la fiabilité par l'utilisation d'un accusé réception/lecture. Cependant, on leur a répondu que le seul type d'adresse courriel qui pourrait être utilisé en est un à sens unique, c'est-à-dire qu'il permettrait uniquement la réception des demandes de consultation sans offrir la possibilité d'y répondre. Finalement, il arrive qu'une demande de consultation soit déposée directement par un gastroentérologue se présentant au bureau de chirurgie digestive.

Les demandes de consultation sont ensuite triées (priorisation) par le chef ou le Dr. Drolet pour ensuite être attribuées à l'un des 6 chirurgiens du pool de manière équitable. Théoriquement, la demande de consultation devrait être confiée au chirurgien de garde au moment où elle est reçue. Cependant, lorsque le chirurgien de garde n'est pas disponible (absent ou occupé au bloc opératoire), la demande est attribuée de manière aléatoire à un chirurgien à proximité (premier passant la porte). Lorsqu'un patient est jugé prioritaire (cancer), il est également confié au premier chirurgien avec qui la secrétaire entre en contact afin qu'il soit pris en charge le plus rapidement possible. Lorsque le chirurgien de garde reçoit un appel pour un nouveau cas, il décide d'en prendre charge ou de le confier à un autre chirurgien lorsque sa charge de travail est trop importante. Les modes de coordination utilisés pour la redistribution des demandes de consultation en amont sont le contact direct lorsque le chirurgien est disponible et à proximité ou, le cas échéant, le dépôt du dossier dans la case personnelle du chirurgien, le téléphone et les SMS. Ces derniers sont appréciés davantage par les chirurgiens que le téléavertisseur puisque celui-ci ne donne aucune information sur la priorité de l'appel. La phase de triage et attribution consiste en un ajustement du volume au sein du pool qui permet de prendre en considération les priorités d'intervention ainsi que d'éviter les oublis, les embouteillages et les débordements sur la liste d'attente individuelle propre à chaque chirurgien. De plus, le regroupement des médecins (pool) permet l'échange de patients pendant les vacances, lorsqu'une priorité opératoire se libère, lorsqu'un chirurgien est débordé ou encore lorsqu'un chirurgien est dans l'impossibilité de se présenter pour l'opération. Certains cas spécialisés ne peuvent cependant pas être échangés en raison de l'expertise nécessaire à la chirurgie.

Une fois le patient attribué à un chirurgien, celui-ci est pris en charge par la secrétaire qui s'occupe d'obtenir tous les résultats d'investigation de l'externe (CD d'imagerie médicale et rapports) en 0 à 48 heures. Tel que mentionné précédemment, la quantité et la qualité de cette information varie selon le lieu d'où provient la demande de consultation et le spécialiste ayant rencontré le patient en début de trajectoire. Ces données consistent généralement en un rapport de pathologie découlant de la biopsie, une coloscopie longue, une rectoscopie, une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) et certaines analyses sanguines (créatinine, Hb-Ht, ACE). En contactant directement le centre hospitalier d'où provient la demande de consultation par téléphone, la secrétaire demande qu'on lui envoie les données via fax (rapports) et/ou courrier postal (CD). Bien que la délégation de cette étape facilite la tâche des chirurgiens, elle présente certains obstacles en ce qui a trait à la sécurité de l'information. En effet, un formulaire de consentement à la divulgation de cette information médicale, signé par le patient, est fréquemment exigé par les centres hospitaliers lorsqu'ils réalisent que c'est la secrétaire plutôt que le médecin qui en fait la demande. Cette situation cause un sérieux problème lorsque le patient habite à l'extérieur de Québec et qu'il lui est difficile de se déplacer pour une simple signature. La

secrétaire doit alors contacter le médecin de famille du patient qui, en général, accepte d'envoyer ces données sans exiger le consentement signé. La secrétaire doit parfois imiter la signature du patient afin d'obtenir les données nécessaires.

À partir du moment où le dossier de résultats de l'externe est reçu, la secrétaire l'annote de la mention « Pour suivi » et le dépose dans la case individuelle du chirurgien. Le chirurgien en fait alors l'analyse en 24h à 48h et détermine quels sont les examens manquants ou de qualité insuffisante afin qu'ils soient réalisés en vue de sa première rencontre avec le patient. Les examens qui sont planifiés d'emblée lorsqu'ils n'ont pas été préalablement réalisés à l'externe sont les suivants : colonoscopie longue, rectoscopie, IRM, bilan sanguin, prises de sang pour le cancer et analyse pathologique des biopsies. Comme les chirurgiens jugent la qualité de l'IRM généralement insuffisante, ils demandent qu'elle soit toujours répétée à HSFA et ce, peu importe la source. Certains cas plus complexes (environ 10% des cas) nécessitent une deuxième ronde d'examens pré-consultation médicale comprenant un TEP scan, une écho-endoscopie ainsi que l'avis d'un deuxième chirurgien.

La secrétaire contacte ensuite les agentes administratives de la clinique externe par téléphone afin de leur fournir les coordonnées du patient (numéro de la RAMQ, nom du père, nom de la mère, date de naissance, numéros de téléphone, adresse) et demander l'ouverture de son Dossier Patient Électronique (DPE). Le DPE est nécessaire à la prise de rendez-vous d'investigation préopératoire. La secrétaire agit ensuite comme acteur pivot et planifie, par ordre de priorité des patients, la réalisation des différents examens selon les directives émises par le chirurgien. Pour ce faire, elle se sert de ses relations personnelles dans les différents départements et les contacte par téléphone afin d'obtenir les rendez-vous. Dans les minutes qui suivent, elle complète une requête d'examen officielle selon la plage horaire convenue et la faxe ou la dépose directement au département concerné. Il arrive que le médecin complète lui-même la requête d'examen en y ajoutant certains détails sur la pathologie (i.e. localisation de la tumeur facilitant la prise d'imagerie médicale). Le TACO, la colonoscopie, les analyses sanguines et l'IRM (plage horaire dédiée à la chirurgie digestive tous les jours sauf le lundi) sont alors tous réalisés à HSFA en seulement 2 à 4 jours. Cependant, les patients doivent se rendre à l'Hôtel-Dieu de Québec (HDQ) pour obtenir une Tomographie par émission de positrons (TEP scan) lorsque cet examen est jugé nécessaire puisque cet équipement n'est pas disponible à HSFA. Le délai pour l'obtention de cet examen est le plus long et retarde parfois la trajectoire. **La planification de ces examens par la secrétaire présente un gros avantage pour les patients puisqu'elle permet d'éviter la prise de rendez-vous en silos faisant en sorte que les rendez-vous pour un même patient provenant d'une région éloignée soient dispersés sur plusieurs semaines.**

La secrétaire informe ensuite le patient de ses différents rendez-vous d'investigation par téléphone et, lorsque nécessaire, lui envoie ces informations par fax ou par courriel. Lorsqu'elle détecte des besoins psychosociaux particuliers au moment de sa conversation téléphonique avec le patient, elle le réfère à l'Infirmière Pivot en Oncologie (IPO) attitrée au colorectal afin que la situation soit gérée par celle-ci ou confiée à une ressource externe, c'est-à-dire au CLSC ou en psycho-oncologie à l'HDQ.

Une fois la totalité des données exigées par le médecin obtenue, une première consultation du patient avec le chirurgien est cédulée. Cette consultation, d'une durée de 20 à 60 minutes (moyenne de 30 minutes), est réalisée dans 75 à 80% des cas à la clinique externe chirurgie digestive de HSFA ou au deuxième établissement couvert par le chirurgien, le CHUL ou l'HDQ, dans 20 à 25% des cas (dépendamment du champ d'expertise du chirurgien, des priorités opératoires et des disponibilités des cliniques). Au cours de cette rencontre, l'historique médical est réalisé de façon sommaire. Le patient y subit également un toucher rectal qui, avec les résultats des différents examens, permet au médecin de poser son diagnostic et de prendre une décision quant à l'orientation médicale du patient. Les cas les plus complexes sont cependant analysés par l'ensemble des 6 chirurgiens du pool, 2 radio-oncologues et 1 radiologiste expert, lors de la réunion du mardi matin afin de prendre une décision de groupe éclairée quant à l'orientation médicale.

Dans près de 10% des cas, le cancer est diagnostiqué à un stade si avancé que l'intervention chirurgicale s'avérerait inutile ou trop risquée. Une infirmière de liaison se charge alors de contacter le CLSC afin d'orienter le patient vers des soins palliatifs. Le patient est alors libéré avec suivi.

Dans environ 70% des cas, des traitements de chimiothérapie et/ou de radiothérapie précéderont la chirurgie dans le but de circonscrire la tumeur. On parle alors d'une intervention néo-adjuvante. Le chirurgien profite alors de la première consultation médicale pour informer le patient sur les traitements néo-adjuvants qu'il recevra et compléter une demande en radiologie/oncologie à l'HDQ. Ces traitements, d'une durée moyenne de 6 semaines, sont donnés à l'HDQ ou dans un centre hospitalier en région lorsque le patient réside à l'extérieur. C'est, une fois de plus, à la secrétaire qu'est confiée la tâche de transmettre la demande de traitements néo-adjuvants au centre hospitalier approprié. L'infirmière Pivot en Oncologie (IPO) attitrée à la chirurgie colorectale suit alors le dossier et exerce une pression afin qu'il soit traité dans les plus brefs délais (généralement moins d'une semaine). Lorsque les traitements tirent à leur fin, l'IPO de l'HDQ ou le patient lui-même contacte la secrétaire en chirurgie digestive pour l'en informer. S'ensuit une période de récupération de 4 semaines où les traitements néo-adjuvants, bien que terminés, continuent d'exercer un effet sur la masse cancéreuse. Par la suite, le patient est évalué de nouveau par le chirurgien lors d'une deuxième rencontre au cours de laquelle la requête opératoire est rédigée. Une chirurgie suivant une intervention néo-adjuvante aura généralement lieu environ 8 semaines après la fin des traitements (4 semaines après la deuxième évaluation médicale).

Finalement, 20% des patients verront leur intervention chirurgicale planifiée sans intervention néo-adjuvante.

Lorsqu'une décision d'intervention chirurgicale est prise (qu'il y ait eu traitements néo-adjuvants ou non), le chirurgien rédige une requête opératoire précisant la nature de l'intervention (partie à exciser, laparotomie/laparoscopie, anastomose/ostomie, protocole ERAS ou traditionnel, etc.) ainsi que le niveau de priorité (P1/P2/P3/P4). À HSFA, les chirurgiens spécialistes en chirurgie digestive déterminent la priorité d'intervention et le délai de chirurgie ciblé selon la classe de pathologie correspondante (voir Tableau C).

Lorsque le médecin n'a pas sa liste opératoire sous la main, il appelle l'unité d'accueil C3 et demande aux agentes administratives de lui faire part de ses plages libres à l'intérieur d'une fenêtre temporelle qu'il souhaite respecter. Il inscrit ensuite sur la requête la date (planification non déléguée) ou la fenêtre temporelle (planification déléguée) à l'intérieur de laquelle il souhaite réaliser l'intervention chirurgicale. Il y inscrit également les différentes consultations préopératoires nécessaires, bien que d'autres peuvent s'ajouter en fonction des observations réalisées à l'unité d'accueil. À cette requête sont joints le consentement opératoire signé par le patient, les prescriptions pharmaceutiques, les feuilles de protocole Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) lorsque applicable et les instructions pré iléostomie lorsque applicable. La collecte de données, un formulaire santé imprimé et expliqué par le médecin, y est également jointe. Cette collecte de données pourrait cependant être imprimée et expliquée par une agente administrative afin d'accélérer la trajectoire et optimiser le temps patient. Une fois la requête opératoire est les documents annexés remis au patient, le médecin explique la nature de l'intervention chirurgicale et ses complications possibles au patient. Le médecin met également l'accent sur l'importance d'adhérer au protocole, bien que la majorité de l'enseignement soit réalisé plus tard à l'unité d'accueil.

À la sortie de la consultation chirurgicale, l'aide de la secrétaire est parfois requise afin d'assister le patient dans le remplissage du formulaire santé. La requête et les documents annexés sont ensuite envoyés à l'unité d'accueil préopératoire C3 par courrier interne ou directement portés par le patient.

iv) – La durée requise pour le déroulement des tâches et des activités

À partir de la réception d'une demande de consultation, le triage et l'attribution sont effectués en 12 à 24 heures.

L'obtention des résultats d'investigation de l'externe par la secrétaire, quant à elle, est faite en 0 à 48 heures après l'attribution du patient à un chirurgien. En effet, il arrive que cette étape soit très rapide puisque ces résultats sont parfois envoyés directement par fax au moment où la secrétaire en fait la demande. Lorsqu'un CD est nécessaire (imagerie médicale), le courrier postal doit être utilisé et augmente ainsi la durée de cette étape. La secrétaire consacre en moyenne 30 minutes de son temps par patient pour cette étape.

L'analyse des résultats d'investigation de l'externe par le chirurgien ainsi que la réalisation des examens manquants ou de qualité insuffisante sont ensuite faites en 24 à 48 heures. S'ensuit un appel de la secrétaire au patient d'une durée moyenne de 10 minutes pour l'informer de ses rendez-vous.

La consultation chirurgicale, quant à elle, dure 20 minutes pour les cas les plus simples, 30 minutes lorsque le patient revient de ses traitements de radiothérapie et qu'il y a certaines choses plus complexes à expliquer et 1h pour les cas les plus complexes. Sa durée moyenne est d'environ 30 minutes.

Lorsqu'une intervention néo-adjuvante est nécessaire, des traitements de 6 semaines suivis d'une période de récupération de 4 semaines sont nécessaires. Le patient est alors évalué à nouveau par le chirurgien dans le but de l'opérer 4 semaines plus tard.

b) – ÉPISODE 2 : Traitement de la requête opératoire et détermination de la date d'intervention (PRÉ-BOOKING)

i) – Un ou des lieux où se déroulent les tâches et les activités (l'espace)

Les activités cliniques se référant aux épisodes 2 à 5 ont lieu à l'unité d'accueil (C3) de HSFA. L'unité d'accueil intègre à la fois les activités pour la préparation administrative du patient (confection du dossier, attribution des dates de chirurgie, prise des rendez-vous avec les différents consultants, etc.) et la préparation clinique (examens de laboratoire, consultations, enseignement, etc.) de ce dernier. À la sortie de ce processus, le patient est fin prêt pour la chirurgie. L'unité d'accueil comprend les services de secrétariat, le bureau PRÉ-BOOKING chargé de planifier les dates de chirurgie, le secrétariat où transite l'ensemble des dossiers, le bureau des infirmières d'évaluation, le bureau des rendez-vous, les bureaux dédiés à l'enseignement infirmier et aux consultations médicales.

ii) – L'agencement des tâches et des activités particulières

L'épisode de traitement de la requête opératoire se déroule en 5 étapes principales dont se charge l'agente SIMASS (Système Information Mécanisme Accès Services Spécialisés) :

- La vérification de la conformité de la requête opératoire (et demande de correction si nécessaire)
- L'obtention du dossier antérieur du patient
- La vérification du statut de la collecte de données (et appel du patient si nécessaire)
- La saisie de la requête opératoire dans GIC
- L'envoi d'une lettre de confirmation au patient

Lorsque le patient est d'un niveau de priorité P1 ou P2, l'agente de planification chirurgicale réalise 1 ou 2 étapes de pré-booking supplémentaires avant d'envoyer le dossier à l'évaluation :

- La détermination de la date et du lieu de l'intervention (seulement si le chirurgien a délégué cette étape)
- L'inscription de la date et du lieu de l'intervention dans GIC

Le diagramme d'activités de l'épisode 2 est présenté à la Figure 3.

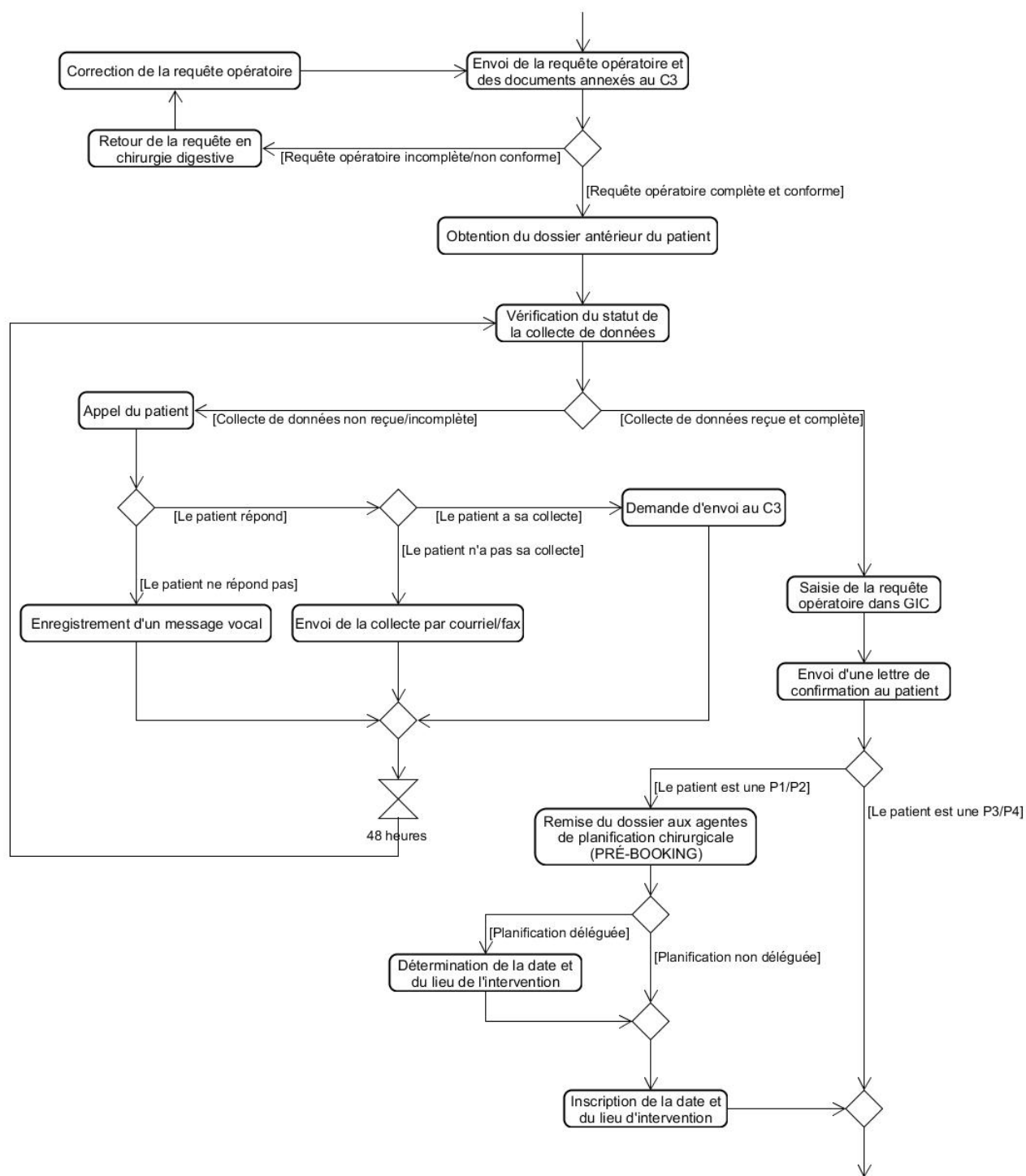


FIGURE 3 : Diagramme d'activités Épisode 2 : Traitement de la requête opératoire et détermination de la date d'intervention (PRÉ-BOOKING)

iii) – Les modes d'intervention des acteurs impliqués

Lorsque le patient a été vu en clinique externe à HSFA, il arrive à l'unité d'accueil avec la requête opératoire et les documents annexés en mains propres. Ce mode de coordination a été demandé par l'unité d'accueil afin de profiter de la présence du patient à HSFA pour récupérer la collecte de données qui vient de lui être remise et s'assurer qu'il la complète le jour même. Le courrier interne et la poste peuvent également être utilisés pour

l'envoi de la requête au C3. La secrétaire de l'unité d'accueil collecte alors les documents et aide le patient à remplir sa collecte de données si nécessaire. Elle apporte ensuite la requête opératoire et la collecte de données à l'agente SIMASS. Ces deux documents sont essentiels pour démarrer le processus de planification menant à la chirurgie.

L'agente SIMASS traite alors les requêtes par ordre de priorité. D'abord, elle se charge de vérifier que la requête opératoire est complète et conforme. Dans la négative, elle en fait une copie avant de la renvoyer à la secrétaire en chirurgie digestive pour correction (par le médecin). La nature et la durée de l'intervention sont les informations qui manquent le plus souvent aux requêtes, bien que ces erreurs soient de plus en plus rares. L'agente SIMASS contacte ensuite les archives dans le but de faire venir le dossier antérieur du patient. Elle vérifie également le statut de la collecte de données et se charge d'appeler le patient si celle-ci est manquante ou incomplète. Si elle n'arrive pas à le contacter par téléphone, elle laisse un message vocal. Si le patient a perdu sa collecte de données, elle lui envoie par fax à sa pharmacie communautaire ou par courriel. Elle relance ainsi le patient aux 48 heures jusqu'à la réception de la collecte de données complète.

En 24h à 48h après la consultation, jusqu'à un maximum de 30 jours, l'agente SIMASS fait la saisie de la requête dans le logiciel de Gestion des Interventions Chirurgicales (GIC) et envoie une lettre de confirmation au patient. Les informations saisies dans GIC sont les suivantes : nom du patient, numéro de téléphone, coordonnées, données nominatives, numéro de dossier, numéro de la RAMQ, nature de l'intervention, niveau de priorité, durée de l'intervention, consentement signé et collecte de données (formulaire santé). L'agente SIMASS donne ensuite les dossiers P1/P2 à l'agente de planification chirurgicale (PRÉ-BOOKING) afin qu'elle leur attribue une date ou une fenêtre temporelle de chirurgie. Le code de couleur du logiciel GIC permet aux agentes de planification chirurgicale de suivre l'antériorité et la disponibilité des patients. Il est utile ici de mentionner que pour planifier les dates et ainsi compléter la requête opératoire, les agentes au PRÉ-BOOKING doivent connaître le temps de l'intervention, le temps de préparation des salles et le temps d'installation du patient. Ces temps déterminent le nombre de patients pouvant être cédulé par médecin, par salle. Les temps sont également importants pour pouvoir substituer des patients avec la banque de patients en réserve en cas d'annulation. Cependant, les chirurgiens n'indiquent pas toujours le temps nécessaire pour exécuter la chirurgie prescrite sur la requête opératoire. Le fait d'établir une date avant l'évaluation clinique du dossier (patients P1 et P2) oblige les agentes à planifier à l'aveugle. De fait, ces dernières ne disposent d'aucune information sur l'état de santé du patient, mis à part celles indiquées sur la requête (type de chirurgie, médication à cesser). Qui plus est, elles ne connaissent pas la totalité des consultations et examens que doivent subir les patients et, conséquemment, la probabilité (risque) de voir d'autres investigations complémentaires demandées.

Mentionnons enfin que lorsque la planification n'a pas été déléguée par le médecin, l'agente de planification chirurgicale se charge simplement d'inscrire la date demandée par le médecin dans GIC. Afin d'assurer un suivi de la planification chirurgicale, les chirurgiens de la clinique de chirurgie digestive demandent à leur secrétaire de leur imprimer leur liste d'attente quelques semaines à l'avance pour voir s'il y a des cas qui n'ont pas encore été cédulés et qui devraient l'être. Il n'y a cependant pas de mécanisme d'envoi (i.e. courriel) ni aucun mécanisme de réaction direct. Le chirurgien doit vérifier la liste imprimée par la secrétaire puis monter au C3 pour changer les choses au besoin.

L'agente de planification chirurgicale range ensuite les dossiers auxquels une date a été attribuée dans le classeur de dossiers prêts pour évaluation clinique. Les dossiers P3/P4, quant à eux, sont rangés dans une filière différente afin d'être traités ultérieurement.

iv) – La durée requise pour le déroulement des tâches et des activités

La saisie de la requête dans GIC est normalement faite en 24h à 48h après la consultation chirurgicale (rédaction de la requête). Cependant, il arrive que cette étape soit retardée lorsque le patient n'envoie pas sa collecte de données complétée dans les plus brefs délais. L'agente SIMASS relance alors le patient à toutes les 48 heures jusqu'à la réception de la collecte. Un maximum de 30 jours est alloué à cette étape.

c) – ÉPISODE 3 : Évaluation clinique du dossier patient

i) – Un ou des lieux où se déroulent les tâches et les activités (l'espace)

Tel que mentionné précédemment, les activités cliniques se référant aux épisodes 2 à 5 ont lieu à l'unité d'accueil (C3) de HSFA.

ii) – L'agencement des tâches et des activités particulières

L'épisode d'évaluation clinique du dossier patient menant à la rédaction de l'ordonnance collective d'investigation préopératoire comprend 1 activité mandataire d'évaluation du dossier patient ainsi que les 2 activités facultatives suivantes :

- Appel du patient (en cas de doute concernant le questionnaire santé)
- Inscription de l'arrêt de médication dans GIC (si nécessaire)

Le diagramme d'activités de l'épisode 3 est présenté à la Figure 4.

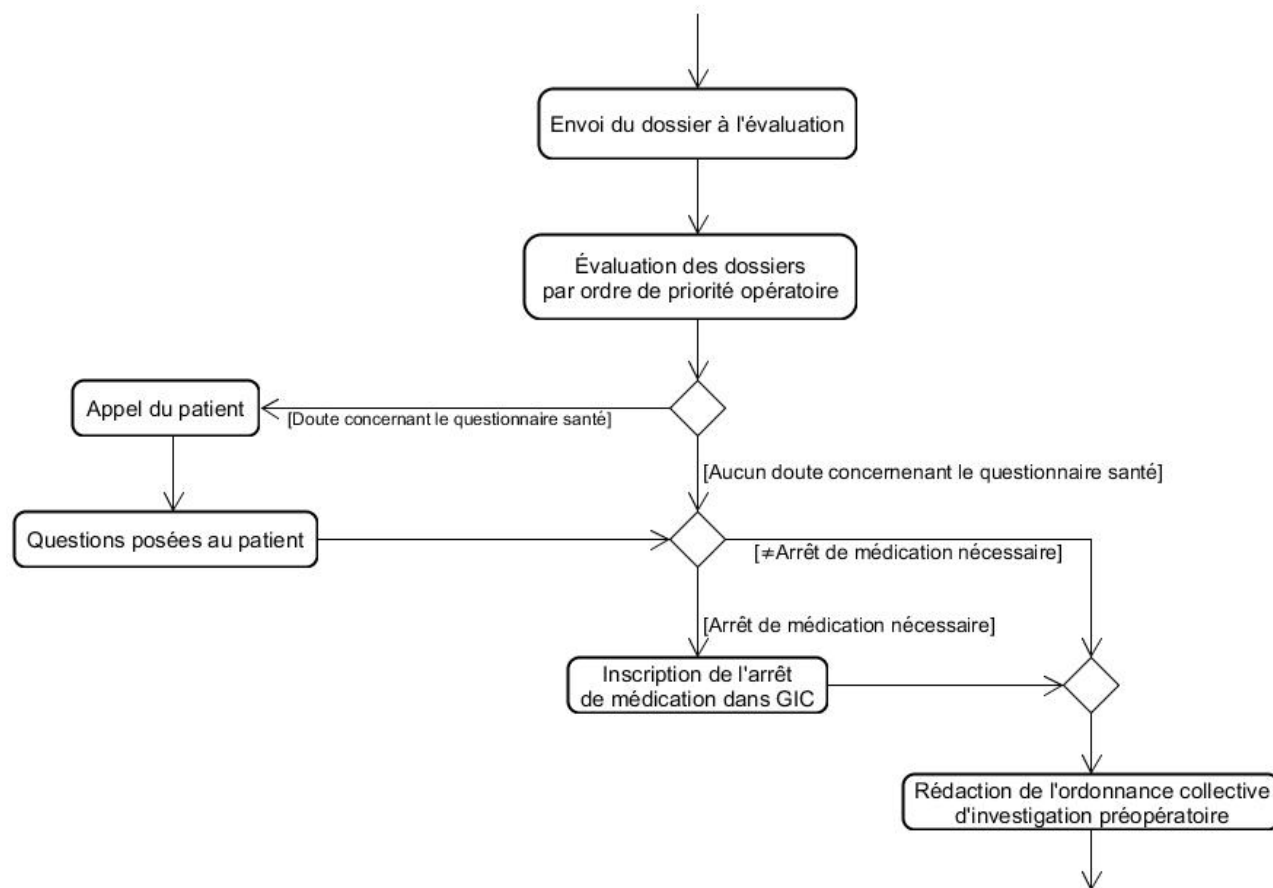


FIGURE 4 : Diagramme d'activités Épisode 3 : Évaluation clinique du dossier patient

iii) – Les modes d'intervention des acteurs impliqués

Au cours de cet épisode, l'infirmière à l'évaluation évalue les dossiers en ordre de priorité opératoire. Elle commence donc par les dossiers avec date pour finir avec les sans date de P1 à P4. « *Il faut différencier les dossiers avec date de ceux ayant passé par le pré-booking.* » **ATE19**

Elle regarde d'abord la requête opératoire puisque les chirurgiens peuvent demander certains examens qui seront inscrits automatiquement à l'ordonnance collective d'investigation préopératoire. Elle fait ensuite le tour du questionnaire santé et contacte le patient par téléphone en cas de doute. À titre d'exemple, il arrive qu'un symptôme soit coché oui, mais qu'aucune information ne soit donnée sur le niveau du symptôme, bien que cette information soit nécessaire au travail de l'anesthésiste. À partir du questionnaire santé (collecte de données), des antécédents médicaux et des analyses sanguines, l'IDE évalue l'état de santé du patient et coche les consultations médicales nécessaires sur la feuille de route (ordonnance collective d'investigation préopératoire). L'ordonnance collective consiste en un algorithme décisionnel qui simplifie significativement le travail de l'infirmière à l'évaluation : « *On a un protocole comme celui-ci qui permet de voir avec les ordonnances collectives de rajouter les examens avec certains critères* » **DTE07**. Généralement elle se base sur la collecte de données, mais les critères de comorbidité établis par les anesthésistes sont pris en compte également. À cet égard, l'infirmière à l'évaluation peut également compter sur la collaboration des anesthésistes. « *On peut aussi rajouter les consultants en parlant avec l'anesthésiste parce qu'on a toujours l'anesthésiste qui change, mais qui est notre pierre angulaire dans le questionnement sur les examens normaux des trucs qui achoppent, ben on en parle avec eux. À ce moment ça prend une direction quelconque pour traiter le dossier, on ajoute un consultant, ce peut être des examens complémentaires, ça peut-être un paquet d'affaires, on y va au cas par cas. Ici ce sont les grandes lignes avec les examens préparatoires les protocoles établis on peut rajouter des examens complémentaires ou manquants ensuite on peut rajouter certains consultants on monte un dossier à partir de ce moment-là les gens sont rencontrés ici.* » **DTE07**.

Certaines consultations sont planifiées d'emblée pour certains types de chirurgie et d'autres le sont à partir d'un certain âge. À partir de 60 ans, par exemple, le bilan sanguin de base (HB/HT, ion, urée, créatinine et glycémie) ainsi que l'ECG sont toujours exigés. La dénutrition, une condition qui rend nécessaire la consultation avec un nutritionniste, est décelée selon 3 critères qui doivent être identifiés par l'IDE à l'aide du questionnaire santé. Lorsque le patient fait une hypothyroïdie, une vérification pour l'hypertension et un test sanguin TSH sont ajoutés.

Les consultations suivantes doivent absolument être prescrites par le médecin traitant : médecine interne, cardiologie et TACO. La consultation avec le cardiologue est demandée uniquement lorsque le patient est à risque de problèmes cardiaques ou lorsqu'une anomalie est détectée en ECG. L'omission de cette consultation cause parfois des délais de plus de 3 semaines. Lorsque l'IDE juge nécessaire la réalisation d'une telle consultation et que celle-ci n'a pas été demandée par le chirurgien, elle le contacte pour lui faire part de son raisonnement quant à la nécessité d'ajouter cette consultation et obtenir son consentement. L'IRM, l'anesthésiste, la physiologie, l'ergothérapie et la pneumologie sont des exemples de consultations qui peuvent être ajoutées par l'IDE sans la prescription du médecin.

Mentionnons enfin que l'infirmière à l'évaluation inscrit ses notes (arrêt de médication, traitement spécial, allergie détectée, problématique suspectée) dans GIC. Elle vérifie également la concordance entre GIC et la requête opératoire pour s'assurer de certaines informations parfois difficilement lisibles sur la requête, ou encore pour vérifier la date, le type de chirurgie ou encore la localisation du dossier et son statut. Pour différencier la complexité et la lourdeur des cas, elle utilise des gommettes de couleur. Pour les cas peu complexes avec peu ou pas de consultants, une pastille verte sera apposée sur la couverture du dossier, une pastille jaune pour des cas de complexité moyenne avec quelques consultants et une pastille rouge pour des cas très problématiques avec beaucoup d'analyses et de consultations. Cela est déterminé par l'expertise de l'infirmière à l'évaluation. Le but est de permettre la répartition des dossiers entre les différents infirmiers cliniciens.

Une fois la rédaction de l'ordonnance collective d'investigation préopératoire complétée, l'IDE remet le dossier à une agente aux rendez-vous afin qu'elle planifie ces différents examens et consultations.

iv) – La durée requise pour le déroulement des tâches et des activités

Nous ne disposons pas de l'information concernant la durée de l'évaluation clinique du dossier patient.

d) – EPISODE 4 : Programmation des activités cliniques (La prise de rendez-vous)

i) – Un ou des lieux où se déroulent les tâches et les activités (l'espace)

Tel que mentionné précédemment, les activités cliniques se référant aux épisodes 2 à 5 ont lieu à l'unité d'accueil (C3) de HSFA.

ii) – L'agencement des tâches et des activités particulières

L'épisode de programmation des activités cliniques se déroule en 3 étapes :

- L'envoi du dossier aux rendez-vous
- La planification des examens et consultations préopératoires selon l'ordonnance collective
- L'appel du patient pour l'informer de ses rendez-vous

Le diagramme d'activités de l'épisode 4 est présenté à la Figure 5.

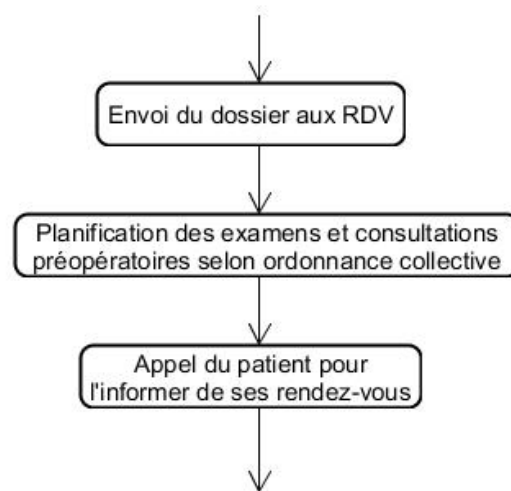


FIGURE 5 : Diagramme d'activités Épisode 4 : Programmation des activités cliniques (La prise de rendez-vous)

iii) – Les modes d'intervention des acteurs impliqués

À la suite de l'épisode d'évaluation clinique du dossier patient, le dossier est envoyé au bureau des rendez-vous de l'unité d'accueil. Les agentes administratives s'occupent alors de planifier les différents examens et consultations selon les directives inscrites sur l'ordonnance collective d'investigation préopératoire.

Une investigation préopératoire d'une durée considérable est généralement nécessaire dans les cas de cancers colorectaux. En effet, il s'agit du type de cancer susceptible de faire intervenir le plus grand nombre d'intervenants dû à sa complexité. En plus des examens réalisés à l'épisode de consultation chirurgicale, les différents examens et consultations préopératoires qui peuvent être demandés à l'épisode 3 sont les suivants : TACO, radiographie pulmonaire, ECG, stomathérapie, cardiologie, nutrition, anesthésie et analyses sanguines. De plus, une deuxième IRM est généralement demandée quelques jours avant la chirurgie afin de suivre la progression de l'état de santé du patient depuis son diagnostic jusqu'à l'intervention. Contrairement à la préparation pour d'autres pathologies (ex : PTG/PTH), le pharmacien ne rencontre pas les patients en vue d'une chirurgie digestive.

Le C3 attend cependant qu'une date de chirurgie ait été déterminée pour planifier les différents examens et consultations avec les intervenants. Il n'y a donc pas de banque de patients P3/P4 en chirurgie d'un jour dont l'investigation préopératoire est complétée dû aux 3 semaines d'inactivité de l'unité d'accueil entre le dépôt d'une requête P3/P4 et l'attribution de la date de chirurgie. Cette situation est critiquée par les chirurgiens qui souhaitent plutôt que le C3 adopte une vision à long terme de la préparation préopératoire et crée cette banque de patients afin de faciliter la substitution en cas d'annulation ou de manque de lits.

Une fois que les examens et consultations ont été planifiés, une agente administrative appelle le patient pour l'informer de ses rendez-vous.

iv) – La durée requise pour le déroulement des tâches et des activités

Nous ne disposons pas de l'information concernant la durée requise pour la planification des différents rendez-vous par l'unité d'accueil.

e) – ÉPISODE 5 : Préparation des patients

i) – Un ou des lieux où se déroulent les tâches et les activités (l'espace)

Tel que mentionné précédemment, les activités cliniques se référant aux épisodes 2 à 5 ont lieu à l'unité d'accueil (C3) de HSFA.

ii) – L'agencement des tâches et des activités particulières

L'épisode de préparation des patients se déroule en 4 étapes :

- La réalisation des examens et consultations préopératoires
- La vérification du statut du dossier
- L'envoi du dossier à l'enseignement
- L'enseignement

Le diagramme d'activités de l'épisode 5 est présenté à la Figure 6.

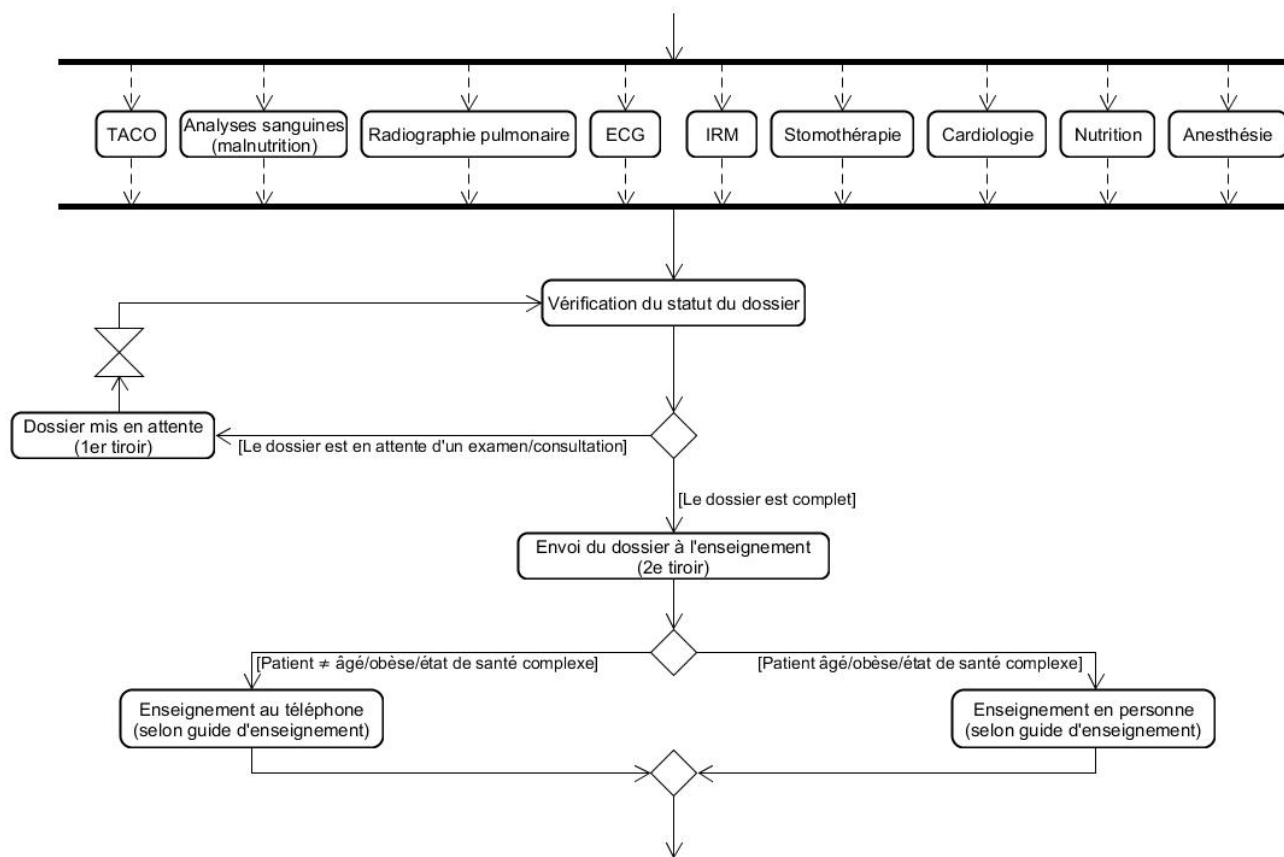


FIGURE 6 : Diagramme d'activités Épisode 5 : Préparation des patients

iii) – Les modes d'intervention des acteurs impliqués

Une fois les différents rendez-vous planifiés selon les plages horaires dédiées, l'unité d'accueil contacte le patient par téléphone pour l'informer de ses rendez-vous et du déroulement de sa/ses journée(s) à l'unité d'accueil.

Au moment convenu, le patient se présente au C3 et réalise les différents examens. Comme la préparation préopératoire ne constitue pas une priorité pour certains intervenants, il y a une attente considérable pour les rencontrer (en particulier les cardiologues et les pneumothérapeutes). La préparation au C3 peut donc s'avérer très longue avec une durée moyenne de 8 à 10 heures lorsque celle-ci est effectuée en une seule journée. Lorsque le patient demeure à proximité de HSFA et qu'il peut s'y rendre aisément, il arrive que les examens et consultations soient planifiés sur 2 jours.

Les consultations médicales se déroulent en après-midi avec le médecin de famille et, si nécessaire, avec la médecine interne, le cardiologue et l'anesthésiste. Les consultations se déroulent dans les services où les spécialistes officient. Le patient doit donc s'y rendre avec son dossier.

À noter que depuis le printemps 2014, il y a une présence quotidienne d'un anesthésiste sur place à l'Unité d'accueil. Un rendez-vous avec un médecin anesthésiste peut être demandé soit par l'infirmière d'évaluation ou à l'enseignement, soit par l'omnipraticien ou encore par le patient qui souhaite le rencontrer. Pour faciliter de telles rencontres, les anesthésistes ont à leur disposition un local à côté du bloc opératoire pour consulter les patients du C3 qui sont prêts avant 11h. Cela leur permet de décongestionner le C3, d'éviter l'attente aux patients et d'en voir plus, puisqu'ils continuent à faire leur tournée au C3 en après-midi.

Les résultats des différents examens sont acheminés par fax régulièrement à l'unité d'accueil et rangés dans une chemise verte (résultats normaux) ou dans une chemise rouge (résultats anormaux) par l'adjointe infirmière chef du bloc opératoire. La secrétaire du C3 s'occupe de ranger les résultats mis dans la chemise verte dans les dossiers correspondants. Les infirmières sont chargées de vérifier s'il y a bien tous les bilans demandés et listés sur la feuille de route et s'ils sont valides et de vérifier si rien ne manque. Elles les consultent également lorsqu'elles font l'enseignement des patients. Les résultats sont également disponibles dans le logiciel Cristal Net. Les agentes administratives rangent les dossiers en attente d'un examen ou d'une consultation dans le 1^{er} tiroir. Lorsque tous les examens ont été réalisés, le dossier est placé dans le 2^e tiroir pour enseignement.

Après 4 mois, les examens de laboratoire ne sont plus valides et doivent être répétés afin de maintenir le patient sur la liste élective.

Il y a encore 1 an, tous les patients en chirurgie d'un jour (CDJ) recevaient leur enseignement par téléphone alors que les patients en hospitalisation post opératoire (HPO) se déplaçaient à HSFA pour le recevoir. Depuis peu, certains patients en CDJ sont rencontrés au C3 pour l'enseignement lorsque ceux-ci sont âgés, obèses, que leur état de santé est particulièrement complexe ou qu'il y a une possibilité de stomie. À l'opposé, certains patients en HPO reçoivent l'enseignement par téléphone lorsque leur état de santé permet un enseignement moins détaillé. C'est donc le statut du patient et son état de santé qui déterminent la nécessité d'un enseignement plus complexe réalisé en personne, directement après les examens et consultations d'investigation préopératoire.

Comme c'est souvent le déroulement de l'intervention chirurgicale qui détermine si une stomie temporaire est nécessaire ou non, les stomothérapeutes préparent régulièrement le patient à une telle éventualité (lorsque stomie +/- est indiquée sur la requête opératoire). Elles s'assurent ainsi que le patient n'a pas de mauvaise surprise à son réveil et qu'il dispose de toute l'information nécessaire pour vivre avec son état lorsque la stomie s'est effectivement avérée nécessaire. Tout comme dans certains autres pavillons du CHU de Québec, l'enseignement réalisé lors de la consultation avec la stomothérapeute sera éventuellement réalisé par l'infirmière à l'enseignement. Les consultations en stomothérapie seront alors dédiées aux cas complexes uniquement (plaies complexes).

À partir du guide d'enseignement, l'infirmière à l'enseignement fournit les informations nécessaires à la préparation pour la chirurgie et à la convalescence. Ces informations comprennent notamment le temps d'hospitalisation, le bain préopératoire, le jeûne, la préparation intestinale, l'arrêt de médication, les exercices à faire en post opératoire et les questions logistiques ayant trait principalement au transport et à la préparation des repas.

iv) – La durée requise pour le déroulement des tâches et des activités

La réalisation des différents examens a lieu lors d'une journée de 8 à 10 heures au C3 et parfois sur 2 journées lorsque le patient demeure à proximité de l'hôpital et peut s'y rendre facilement.

L'enseignement est d'une durée approximative de 20 minutes lorsque réalisée par téléphone et 75 minutes lorsque réalisée à l'unité d'accueil.

f) – ÉPISODE 6 : Conception et validation du programme opératoire

L'épisode de conception et validation du programme opératoire a lieu au bloc opératoire de HSFA.

i) – L'agencement des tâches et des activités particulières

Le diagramme d'activités de l'épisode 6 est présenté à la Figure 7.

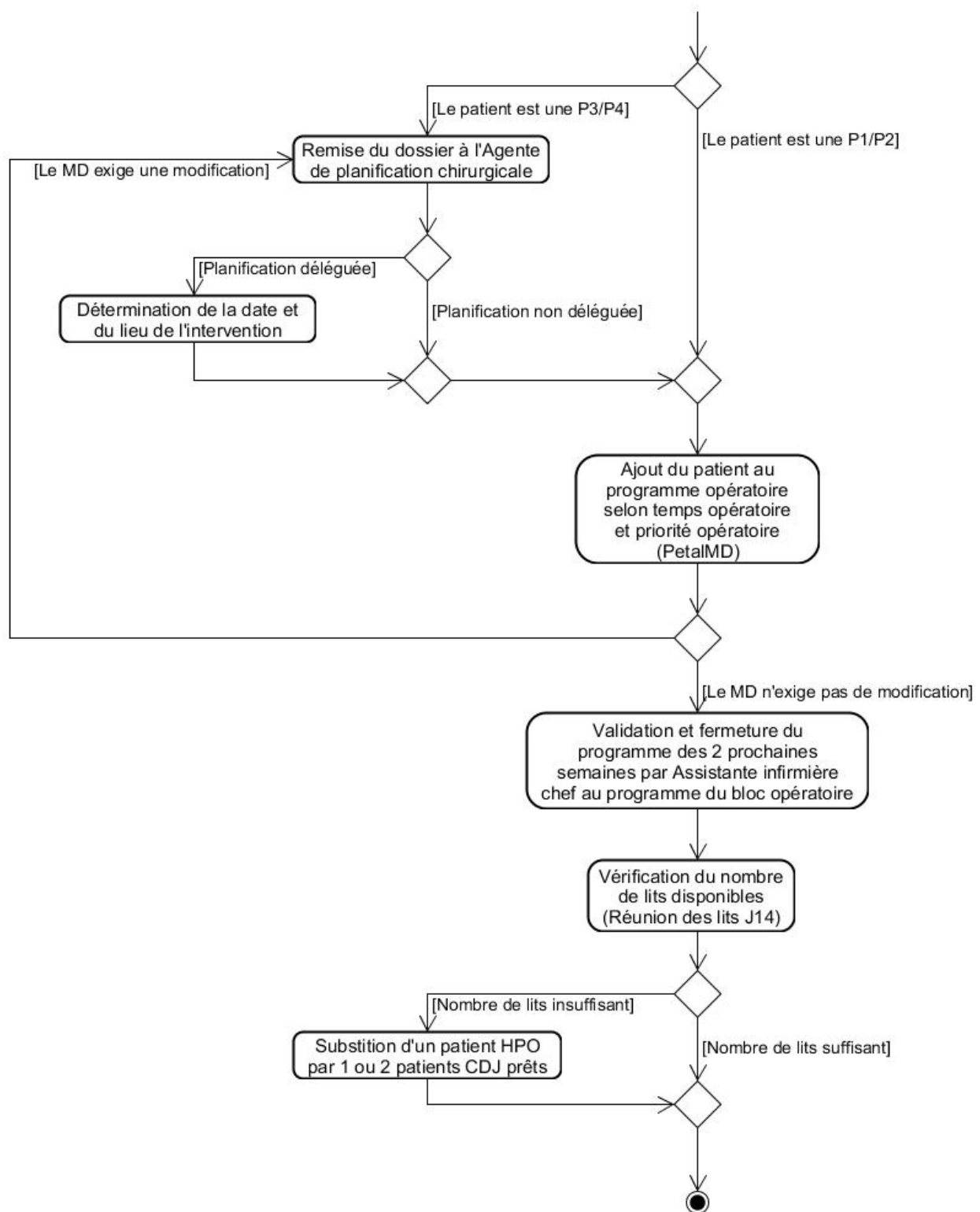


FIGURE 7 : Diagramme d'activités Épisode 6 : Conception et validation du programme opératoire

ii) – Un ou des lieux où se déroulent les tâches et les activités (l'espace)

L'épisode de conception et validation du programme opératoire a lieu au bloc opératoire de HSFA.

iii) – Les modes d'intervention des acteurs impliqués

Le PRÉ-BOOKING des P3/P4

Une fois l'enseignement réalisé, les dossiers P3/P4 sont remis à l'agente de planification chirurgicale pour se faire attribuer une date d'intervention (en moyenne 3 semaines après le traitement de la requête par l'agente SIMASS). Règle générale, elle procède par ancienneté en ce qui a trait aux P3 et P4. Elle choisit dans GIC le chirurgien (déterminé selon les priorités opératoires à venir), regarde sa liste de patients classés par la date de la requête et s'assure que les patients sont prêts (tous les examens complets) avant de leur attribuer une date de chirurgie. L'agente contacte le chirurgien et lui envoie sa liste de patients. Elle lui demande alors lesquels il désire prioriser, puis se charge d'en trouver 2 autres dans sa liste conformément à la règle des 50%. Généralement, les chirurgiens planifient eux-mêmes leur P1 et P2, et les agentes du PRÉ-BOOKING planifient les P3 et P4. Certains médecins délèguent entièrement ou partiellement la planification. D'autres, par contre, entretiennent un contrôle serré avec les agentes de planification, en plaçant systématiquement le/les cas au(x)quel(s) il a droit en vertu de la règle des 50%. Les médecins qui ne fixent pas de date à leurs requêtes opératoires sont pénalisés puisque les agentes administratives ont tendance à prioriser celles dont les dates sont inscrites et se disent que les autres peuvent attendre. Les P4, quant à elles, sont éternellement repoussées. Mentionnons ici que la règle des 50% désorganise le travail fait en amont puisque les deux modes de planification se télescopent et se parasitent en permanence. Le système actuel de planification des chirurgies est donc limité par 3 facteurs : le nombre de lits disponibles, les urgences et les chirurgies non prises en charge par le C3, celles qui sont encore planifiées par les médecins ; les fameux 50 %.

La conception du programme opératoire

Le programme opératoire tient compte de la cédule du chirurgien et celle apparaissant dans le logiciel GIC sous contrainte des temps opératoires. En moyenne, 2 chirurgies sont planifiées par semaine et par chirurgien. Il arrive que la liste du chirurgien et celle dans GIC ne soient pas identiques. L'infirmière tente alors de régler le tout en appelant le chirurgien qui, en cas de conflit, a l'opportunité de placer ses cas avant midi.

Il revient à l'Assistante Infirmière Chef au Programme du Bloc Opératoire (AICPBO), supportée par l'anesthésiste qui coordonne le bloc opératoire, de clore le programme. Une version définitive du programme sort vers 14h00-14h15, sur lequel sont ensuite affectés les médecins anesthésistes.

L'AICPBO reçoit toutes les requêtes opératoires pour la cédule du lendemain. Elle édite ensuite le listing de la planification sur GIC où les patients HPO sont en gris et les CDJ en blanc. Elle organise ensuite le programme opératoire en prenant en considération plusieurs facteurs concernant le patient (le type de chirurgie, la médication, l'âge, le lieu de son domicile), la salle d'opération (taille, équipements, disposition) et le chirurgien (temps opératoire, matériel).

L'ordre des cas est établi selon la volonté de certains médecins, la difficulté du cas en question, la durée de l'opération, l'état de la salle de réveil et le matériel nécessaire. L'AICPBO vérifie et corrige, lorsque nécessaire, les temps opératoires donnés par GIC qui ne correspondent pas à la réalité après vérification sur la requête opératoire ou directement auprès des chirurgiens. Elle calcule le temps opératoire total pour voir s'il ne dépasse pas celui inscrit dans GIC. Elle s'assure qu'elle aura le personnel nécessaire et, le cas échéant, vérifie avec le chirurgien quel cas sera reporté. Elle marque ensuite les temps et l'ordre de passage des patients dans chacune des salles. L'infirmière passe cette première ébauche à l'agente administrative qui reclasse les patients selon la priorité de passage, rajoute les notes particulières et met les temps de chirurgie. L'infirmière édite ensuite la version V2. L'AICPBO vérifie que tout concorde sur cette V2, si tout a bien été inscrit et si c'est le programme qu'elle veut. Elle valide ainsi, une fois par semaine, le programme des 2 prochaines semaines. Elle le transmet ensuite au médecin anesthésiste coordinateur du bloc pour qu'il répartisse ses collègues par salle, en fonction de leurs spécificités et disponibilités. Elle indique les heures d'arrivée pour chaque patient et édite la version définitive du programme opératoire. La version V2 est généralement finalisée vers 12h, mais l'AICPBO le garde

jusqu'à 14h45 – 15h00 en cas de modification du programme avant d'envoyer cette version à la CDJ, l'admission (qui aura déjà reçu une ébauche à 10h), la banque de sang, la stérilisation, les préposés et les anesthésistes.

La gestion des lits

Le matin de l'intervention, vers 8h30, l'adjointe au bloc fait le tour de la salle de réveil pour comptabiliser le nombre de coucheurs en salle de réveil. C'est une indication qui va conditionner le reste de la journée. S'il y a trop de monde en salle de réveil, les patients auront du mal à sortir des salles du bloc opératoire et ça peut commencer à boucher.

La réunion des lits se déroule tous les matins à 9h00. La gestionnaire des lits fait l'état sur les lits disponibles dans l'hôpital avec l'ensemble des assistants de chaque service de l'hôpital, du DSP adjoint et de la directrice de la clientèle de la chirurgie et du peropératoire dans chacun des pavillons. Ils décomptent service par service le nombre de départs prévus dans la journée, hypothétiques et actés. Ensuite, ils font le point sur le nombre de patients hospitalisés en urgence et, pendant la nuit, le nombre de patients pris en charge aux soins intensifs. Lorsque ce bilan comptable est réalisé, il est opposé au programme opératoire prévu la veille par l'assistante au programme ; il sera, soit maintenu, soit revu à la baisse en cas de déficit de lits.

Les patients annulés sont priorisés et reportés au lendemain dans la mesure du possible. En fin de journée, s'il n'y a plus de place à l'hôpital ou en salle de réveil, les patients en attente de chirurgies urgentes demeurent dans les lits de l'urgence. La coordination se fait entre le programme opératoire et la gestion des urgences. Dans ces cas le programme opératoire du lendemain pour ce qui a trait au HPO sera très perturbé.

Le gestionnaire des lits se réunit une fois par semaine avec toutes les assistantes des services pour dresser un bilan concernant les durées moyennes de séjour hospitaliers supérieurs à 10 jours ainsi que les motifs qui expliquent une telle situation.

La gestion de l'annulation

Les données mettent en lumière plusieurs motifs pour l'annulation d'une intervention chirurgicale déjà planifiée. Les motifs invoqués le plus souvent par les intervenants rencontrés sont essentiellement liés au manque de lits (dû à un trop-plein d'urgence hospitalisé et/ou salle de réveil saturée) et dans quelques cas liés à un dépassement du temps opératoire (i.e que le temps de travail de la journée est dépassé, il n'y pas assez de personnel pour faire tourner la salle). Ces patients seront remplacés en priorité par rapport aux autres.

La substitution des patients

Les dossiers « sans date » servent de banque de patients. La banque de patients sert à substituer les patients HPO annulés par des CDJ prêts, pour éviter que le médecin ne perde sa priorité opératoire. La substitution doit se faire avec l'accord du chirurgien, et surtout respecter les temps opératoires. Idéalement, le patient ne doit avoir aucune investigation préopératoire à faire, sinon un minimum d'examens/consultations.

La banque de patients a une validité de 4 mois en raison des validités des examens de laboratoire. Malheureusement les agentes administratives n'ont pas le temps de s'en occuper et de l'épurer de par leur fonctionnement par priorité pouvant exceptionnellement en laisser passer au travers, à cause des différents aléas qui impactent sur la planification (urgence, annulation, reprogrammation). Le logiciel GIC ne les prévient pas que le délai de validité va expirer. Les dossiers échappés sont extrêmement rares.

Mentionnons finalement que la nécessité d'arrêter la médication quelques jours avant la chirurgie complexifie la substitution de patients en cas d'annulation et occasionne des trous dans le programme opératoire.

La veille de la chirurgie, tous les dossiers des patients opérés en HPO et en CDJ sont placés dans des cartables et descendus au bloc opératoire en vue de l'arrivée des patients le lendemain.

iv) – La durée requise pour le déroulement des tâches et des activités

Nous ne disposons pas de l'information quant à la durée de la conception et de la validation du programme opératoire.

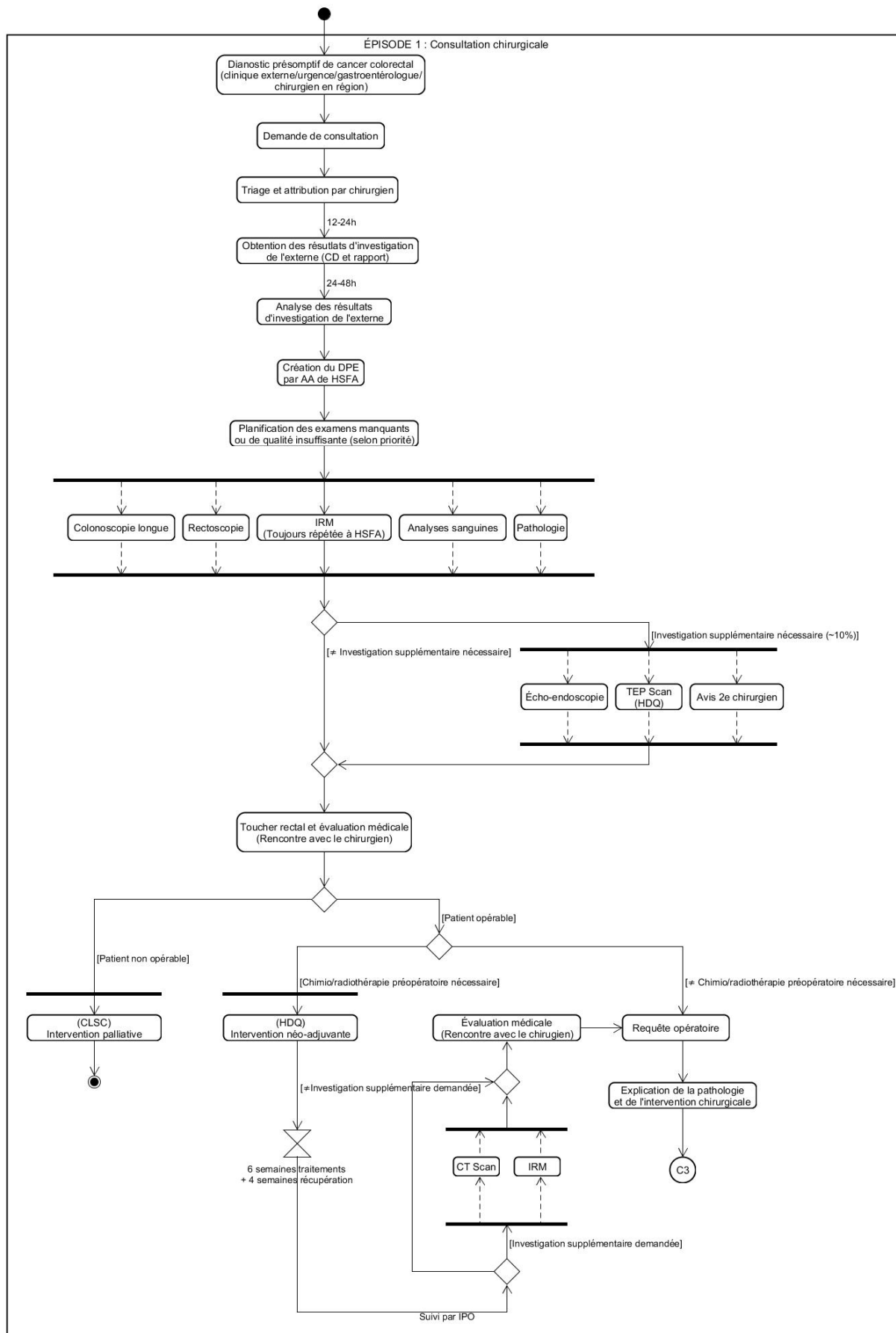
D – Données manquantes pour chaque épisode

Tableau D : Données manquantes pour chaque épisode

Épisode 1	▪ Règle de décision pour l'attribution des demandes de consultation ▪ Identité du « Chef » chargé du triage et attribution avec le Dr. Drolet ▪ Critères de priorisation P1/P2/P3/P4 selon les médecins, selon l'administration, insatisfaction à l'égard de cette procédure ▪ Avantages du pool pour les chirurgiens, pour les patients ▪ Durée de l'obtention des résultats de l'externe + analyse + réalisation des examens manquants : 12-24h selon modèle conceptuel, 0-48h + 2-4 jours selon secrétaire ▪ Qualité des examens en fonction de la source, pertinence de répéter l'IRM d'office ▪ Variabilité entre les médecins concernant la demande de répétition des examens de l'externe ▪ Informations nécessaires à la création du DPE ▪ Délai d'obtention des 7 différents examens (principalement TEP scan retardant la trajectoire), ressources attirées \$ ▪ Michelle comme un investissement du pool : valeur ajoutée en temps (quantité de patients traités), en fluidité (données à aller chercher sur le terrain = journée type de Michelle, Description + Interprétation + Analyse) ▪ Michelle comme valeur ajoutée pour le patient (avantages de planifier les rendez-vous sur 1 ou 2 jours plutôt qu'en silos) ▪ Absence de plages dédiées et fragilité du système actuel (basé sur les relations de la secrétaire avec les différents départements) ▪ Échanges avec les archives : Quels documents? À quel moment? ▪ Consultation chirurgicale : Accueil du patient? Questions posées? ▪ Intervention palliative : Mode de coordination pour confier le patient à l'infirmière de liaison, données fournies au CLSC et mode de coordination pour la demande de soins palliatifs ▪ Intervention néo-adjuvante : Données créées au CRCEO de l'HDQ, données partagées avec HSFA, modes de coordination ▪ Intervention néo-adjuvante : Possibilité de répéter (prolonger) les traitements néo-adjuvants en fonction des résultats obtenus? ▪ Intervention néo-adjuvante : Possibilité d'annuler l'intervention chirurgicale en fonction des résultats obtenus (aucun effet/effet suffisant) ▪ Mode de coordination + données fournies au CLSC pour demande de soins palliatifs ▪ Investigation post-chimio/radiothérapie : réalisée à HDQ ou à HSFA? Réalisée d'office? Mode de coordination pour la réception des résultats? ▪ Informations comprises dans le formulaire santé ▪ Lieu physique de la clinique de chirurgie digestive : quel étage de HSFA?
-----------	--

	▪ Rôle du chirurgien dans la rédaction de l'ordonnance collective d'exams préopératoires : Quelles sont les tâches restantes pour l'IDE à l'évaluation? ▪ Nombre de patients opérés d'emblée/soins palliatifs/intervention néo-adjuvante au cours de la dernière année ▪ Rôle de l'IPO : Selon quels critères? À qui revient vraiment la décision (MD/secrétaire)? À quel moment? Travail social? Nécessité de la coordination des traitements néo-adjuvants par l'IPO?
Épisode 2	▪ PRÉ-BOOKING avant évaluation : P1 + P2 ou P1 + P2 + P3 ? ▪ PRÉ-BOOKING : Mode opératoire planification déléguée VS non déléguée? ▪ Consultations demandées par le chirurgien suffisantes au PRÉ-BOOKING pour le planning? Consultations ajoutées à l'évaluation susceptibles de bouleverser la cédule?
Épisode 3	▪ Informations comprises dans le formulaire santé ▪ Contradiction : « Aucune préparation des patients par le C3 avant détermination d'une date d'intervention (3 semaines d'inactivité) », mais dossiers P3/P4 traités par RDV avant Agente de planification chirurgicale ▪ Durée de l'évaluation clinique du dossier par l'IDE ▪ Doutes concernant le questionnaire santé : Appelle le patient (P06) ou le fait venir systématiquement sur place (P03)? ▪ « En colorectal, il n'y a pas d'ordonnances collectives, donc ça doit être prescrit normalement par le médecin. » (A04) Contradiction avec M. Étienne Robichaud (A05)
Épisode 4	▪ Possibilité d'instaurer un « fast track » préopératoire pour les cas urgents? ▪ 3 semaines d'inactivité du C3 quand la date d'intervention n'a pas été déterminée (P3/P4) : Possibilité de créer une banque de patients prêts? ▪ Détails sur les plages dédiées au colorectal ▪ Durée de la planification des rendez-vous ▪ Deuxième IRM réalisée à l'épisode 4 ou plus tard?
Épisode 5	▪ Informations comprises dans le guide d'enseignement remis au patient ▪ Mesures entreprises à ce jour pour remplacer la consultation avec la stomothérapeute par un enseignement supplémentaire de l'IDE
Épisode 6	▪ Programme opératoire conçu la veille de l'intervention (P03) VS validé 2 semaines à l'avance (P06) ▪ Durée de la conception du programme opératoire

ANNEXE A : Diagramme d'activités Épisode 1



```

graph TD
    C3((C3)) --> E1[Envoi de la requête opératoire et des documents annexés au C3]
    E1 --> D1{ }
    D1 -- "[Requête opératoire incomplète/non conforme]" --> R1[Retour de la requête en chirurgie digestive]
    R1 --> C1[Correction de la requête opératoire]
    C1 --> E1
    D1 -- "[Requête opératoire complète et conforme]" --> E2[Obtention du dossier antérieur du patient]
    E2 --> E3[Vérification du statut de la collecte de données]
    E3 --> D2{ }
    D2 -- "[Collecte de données reçue et complète]" --> E4[Saisie de la requête opératoire dans GIC]
    E4 --> E5[Envoi d'une lettre de confirmation au patient]
    E5 --> D3{ }
    D3 -- "[Le patient est une P1/P2]" --> E6[Remise du dossier aux agents de planification chirurgicale (PRÉ-BOOKING)]
    E6 --> D4{ }
    D4 -- "[Planification déléguée]" --> E7[Détermination de la date et du lieu de l'intervention]
    D4 -- "[Planification non déléguée]" --> D5{ }
    E7 --> D5
    D5 --> E8[Inscription de la date et du lieu d'intervention]
    D3 -- "[Le patient est une P3/P4]" --> D5
    D2 -- "[Collecte de données non reçue/incomplète]" --> E9[Appel du patient]
    E9 --> D6{ }
    D6 -- "[Le patient répond]" --> D7{ }
    D6 -- "[Le patient ne répond pas]" --> E10[Enregistrement d'un message vocal]
    E10 --> D8{ }
    D7 -- "[Le patient a sa collecte]" --> E11[Demande d'envoi au C3]
    D7 -- "[Le patient n'a pas sa collecte]" --> E12[Envoi de la collecte par courriel/fax]
    E11 --> D8
    E12 --> D8
    E13[48 heures] --> D8
    D8 --> E3
    D3 --> E4
    E8 --> D9{ }
    D9 --> E14[Envoi du dossier à l'évaluation]
    E14 --> E15[Évaluation des dossiers par ordre de priorité opératoire]
    E15 --> D10{ }
    D10 -- "[Doute concernant le questionnaire santé]" --> E16[Appel du patient]
    E16 --> E17[Questions posées au patient]
    E17 --> D11{ }
    D10 -- "[Aucun doute concernant le questionnaire santé]" --> D11
    D11 -- "[Arrêt de médication nécessaire]" --> E18[Inscription de l'arrêt de médication dans GIC]
    D11 -- "[*Arrêt de médication nécessaire]" --> D12{ }
    E18 --> D12
    D12 --> E19[Rédaction de l'ordonnance collective d'investigation préopératoire]
    E19 --> RDV((RDV))
  
```

ANNEXE C : Diagramme d'activités Épisodes 4-5-6

