

Publié par : Faculté des sciences de l'administration
Published by: 2325, rue de la Terrasse
Publicación de la: 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
Disponibile por Internet :

DOCUMENT DE TRAVAIL 2018-007

Étude de la planification des activités chirurgicales pour les prothèses totales de la hanche et du genou dans deux pavillons du CHU de Québec-Université Laval en vue d'établir un modèle générique

André CÔTÉ
Angel RUIZ
Vincent AUGUSTO
Martin LAMARRE

Janvier 2018

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

ISBN 978-2-89524-464-6 (PDF)

Étude de la planification des activités chirurgicales pour les prothèses totales de la hanche et du genou dans deux pavillons du CHU de Québec – Université Laval en vue d'établir un modèle générique

Rapport final

André Côté^{1,2*}, Angel Ruiz^{1,3}, Vincent Augusto^{1,4}, Martin Lamarre^{1,5}

- 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 Département d'ingénierie des systèmes de soins et des services de santé, École Nationale Supérieure des Mines de Saint-Étienne, France
- ⁵ Direction des services professionnels, CHU de Québec-Université Laval

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

RÉSUMÉ

La planification des activités chirurgicales pour les prothèses totales du genou (PTG) et de la hanche (PTH) vise à fixer un calendrier de réalisation de l'ensemble des activités nécessaires à la tenue de l'intervention chirurgicale. La planification des activités chirurgicales englobe les activités se déroulant de la consultation chirurgicale jusqu'à la tenue de l'intervention chirurgicale. Elle intègre les activités dans la trajectoire patient, celles se référant à la gestion des dossiers médicaux, celles ayant trait à la confection du programme opératoire et enfin celles englobant la gestion de l'instrumentation et la préparation de la salle d'opération.

La présente étude a donc pour objet de :

- Documenter et formaliser à l'aide d'un nouveau modèle conceptuel l'organisation des trajectoires de soins pour les PTG et PTH aux deux pavillons cibles.
- Comparer les trajectoires observées afin d'établir un bilan de ses forces et de ses faiblesses.
- Concevoir un modèle générique inspiré des trajectoires observées pouvant servir de référence aux autres pavillons du CHU de Québec-Université Laval et ailleurs au Québec.

Mots-clés : prothèse totale du genou, prothèse totale de la hanche, arthroplastie du genou, arthroplastie de la hanche, trajectoire de soins, activité chirurgicale.

Remerciements : Les auteurs tiennent à souligner la contribution significative de M. Samy Castel, étudiant au programme de maîtrise en administration, lors de la cueillette et de la compilation des données.

TABLE DES MATIÈRES

1. BUTS ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	3
A - Cadre conceptuel pour l'étude des trajectoires de soins	3
2. MÉTHODOLOGIE	5
3. RÉSULTATS.....	8
A - Le contexte opérationnel et social à l'intérieur duquel se déploient les trajectoires de soins étudiées.....	8
a) Particularités de la chirurgie PTG/PTH et des patients (Contexte technologique).....	8
b) Particularités des valeurs véhiculées, de la culture ambiante, des habitudes et des comportements des différents acteurs dans chacun des deux pavillons.....	12
B - La compréhension de l'acteur en ce qui a trait aux tâches qui lui sont dévolues	14
C - Les modes opératoires	14
a) ÉPISODE 1 : la consultation chirurgicale et la planification du matériel	15
b) L'ÉPISODE 2.1 : Le traitement de la requête opératoire.....	19
c) L'ÉPISODE 2.2 : La détermination de la date d'intervention (PRÉ-BOOKING).....	22
d) ÉPISODE 3 : l'évaluation clinique du patient.....	25
e) ÉPISODE 4 : Programmation des activités cliniques (La prise de rendez-vous).....	27
f) ÉPISODE 5 : La formation préparatoire des patients.....	33
g) ÉPISODE 6 : La finalisation du programme opératoire	39
h) ÉPISODE 7 : Préparation du matériel.....	45
i) ÉPISODE 8 : La phase préopératoire.....	48
D - Les particularités des modes de coordination.....	51
a) Les structures administratives (les structures de pouvoir et d'autorité, les modes d'organisation du travail ainsi que les stratégies d'intégration).....	51
b) Les modes de communication et la particularité des rapports sociaux.....	51
c) La stabilité / instabilité du contexte social.....	55
E. - La gestion de l'information.....	55
a) La consultation chirurgicale et de planification du matériel.....	55
b) La planification de la TRAJECTOIRE de soins et la préparation des patients.....	57
4. DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS	60
A - Des trajectoires de soins sous-performances	61
B - La priorisation des patients comme point de départ pour la création du programme opératoire.....	62
C - La recherche et l'exploitation d'informations à valeur ajoutée	62
D - L'alignement stratégique.....	63
E - Programmer l'intervention avant d'avoir complété la préparation du patient.....	64
F - L'impact de la trajectoire sur les autres ressources de l'hôpital.....	65
G - Collaboration médicale et professionnalisme.....	65
ANNEXE A – Grille de calcul utilisée pour mesurer l'efficience des trajectoires étudiées.....	66
BIBLIOGRAPHIE.....	69

1. BUTS ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

La planification des activités chirurgicales englobe les activités se déroulant de la consultation chirurgicale à l'intervention chirurgicale. Elle intègre les activités inscrites dans la trajectoire patient, celles se référant à la gestion des dossiers médicaux, celles ayant trait à la confection du programme opératoire et enfin, celles qui englobent la gestion de l'instrumentation et la préparation des salles d'opération.

La présente étude a pour objectifs :

- De documenter l'organisation des trajectoires de soins pour les prothèses totales du genou (PTG) et de la hanche (PTH).
- De synthétiser ces trajectoires en développant un modèle conceptuel applicable aux deux pavillons ciblés.
- De comparer les trajectoires observées afin d'établir un bilan des forces et des faiblesses de chacun.
- De s'inspirer des trajectoires observées pour concevoir un modèle générique qui pourrait servir de référence aux autres pavillons du Centre Hospitalier Universitaire de Québec et ailleurs au Québec.

Dans le cadre de cette étude, nous nous en tenons à un modèle statique qui ne tient pas compte de la durée des différentes activités, car ces données sont difficiles à obtenir. À cet égard, seule la séquence des activités et l'efficacité globale des processus observés sont retenues. Toutefois, une étude dynamique (simulation à événements discrets) pourrait découler des modèles tracés dans cette première étude.

La complexité des activités observées, l'importance de l'environnement, les règles et les protocoles établis nous obligent à considérer simultanément plusieurs perspectives dans l'analyse des activités et des décisions. C'est pour cette raison que nous avons développé un cadre conceptuel adapté à la réalité hospitalière.

En premier lieu, nous définissons brièvement le cadre conceptuel de cette étude et nous en décrivons les principales caractéristiques.

A - Cadre conceptuel pour l'étude des trajectoires de soins

Le cadre conceptuel que nous avons développé pour l'étude de l'organisation des trajectoires de soins a pour objet de relier entre elles les réalités opérationnelles et sociales qui régissent ces trajectoires de soins. Il accorde une importance prépondérante aux actions et réactions des intervenants. Il accorde une importance tout aussi prépondérante aux structures sociales (institutionnelles, organisationnelles et relationnelles) qui ont pour objet de coordonner le travail de chacun à l'intérieur du processus de soins. Enfin, le cadre conceptuel incorpore la notion de continuité informationnelle caractérisée par un triptyque d'exigences quant à la disponibilité et à l'accessibilité de l'information (juste et précise) à l'endroit voulu (points de services) et au moment voulu.

Un tel cadre conceptuel permet de mieux saisir la dynamique particulière qui prévaut à l'intérieur des trajectoires de soins étudiées. Cette compréhension s'avère encore plus fine du fait qu'elle permet de mieux saisir la logique des actions et des interactions des acteurs dans la dynamique opérationnelle. Dès lors, il devient possible d'activer les leviers appropriés pour assurer la reproduction des activités de la façon souhaitée ou d'enclencher une démarche de transformation au sein de la trajectoire de soins, si le besoin s'y fait sentir.

Le cadre conceptuel incorpore cinq dimensions. Chacune remet en question différentes particularités de la trajectoire de soins étudiée et de sa dynamique interne, à savoir :

- Le contexte social et opérationnel;
- Les intervenants;
- Les modes opératoires;
- Les structures de coordination;
- La continuité informationnelle.

Le tableau 1 présente une synthèse des éléments étudiés dans chacune des cinq dimensions retenues.

Tableau 1
Cadre conceptuel pour l'étude des trajectoires de soins

Dimensions	Éléments étudiés dans chacune des dimensions retenues
A - Le contexte social et opérationnel de la trajectoire de soins	<ul style="list-style-type: none"> ○ Le contexte physique ○ Le contexte technologique ○ Le contexte juridique et réglementaire ○ Le contexte social ○ Le contexte politique, s'il y a lieu ○ Le contexte économique, s'il y a lieu
B – La place des intervenants	<ul style="list-style-type: none"> ○ Les principaux acteurs interagissant dans la trajectoire de soins ○ La nature et les attentes à l'égard de la tâche : Ce que l'on attend d'eux ○ La compréhension de l'acteur en ce qui a trait aux tâches qui lui sont dévolues ○ La réponse de l'acteur à l'égard des attentes qui lui sont dévolues et son positionnement dans le processus de soins
C – Les modes opératoires	<ul style="list-style-type: none"> ○ L'agencement des tâches et des activités particulières ○ Le ou les lieux où se déroulent les tâches et les activités ○ La durée requise pour le déroulement des tâches et des activités ○ Les modes d'intervention des acteurs impliqués ○ La description des processus décisionnels, en précisant qui, comment, quand, et avec quelle information la décision est prise.
D – Les structures de coordination	<ul style="list-style-type: none"> ○ Les structures administratives (les structures de pouvoir et d'autorité, les modes d'organisation du travail ainsi que les stratégies d'intégration) ○ Les règles, les protocoles et les conventions se référant à l'exécution des tâches et des activités ○ Les modes de communication et la particularité des rapports sociaux

E - La gestion de l'information	<ul style="list-style-type: none"> ○ L'information nécessaire et/ou disponible à l'exécution des activités cliniques ○ La façon dont elle est créée ; l'implication des cliniciens à la création/modification de l'information ○ La façon dont elle est emmagasinée et diffusée ○ Les exigences et les correctifs pour assurer une continuité informationnelle fluide
---------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. MÉTHODOLOGIE

Ce projet s'appuie sur une recherche exploratoire réalisée de juin 2014 à décembre 2016 au Centre hospitalier universitaire de Québec – Université Laval. En 2012, le Centre hospitalier universitaire de Québec compte trois pavillons nommés A, B et C. Le Centre hospitalier affilié universitaire de Québec compte deux pavillons nommés D et E. Ces deux centres se fusionnent sur une base volontaire et sous une seule structure administrative : le CHU actuel. Chacun des établissements proposait des pratiques et des modèles différents de planification des activités chirurgicales. Bien qu'un processus d'uniformisation des pratiques cliniques fût enclenché suite à la fusion, des différences demeuraient perceptibles lors de la réalisation de l'étude.

C'est dans ce contexte qu'ont été étudiées les activités en orthopédie et plus spécifiquement les trajectoires de soins se référant aux prothèses de remplacement du genou (PTG) et de la hanche (PTH). Les deux trajectoires retenues constituent plus de 70 % des activités en orthopédie. Quatre pavillons sur cinq pratiquent les chirurgies ciblées par l'étude. Néanmoins, pour des raisons administratives concernant la redéfinition de la vocation des pavillons, cette étude se concentre exclusivement sur les pavillons A et D.

Considérant que nous étudions un phénomène social encore peu exploré et décrit, nous avons opté pour une recherche de type inductive et développé un devis de recherche qualitatif pour la phase exploratoire (Deslauriers, 1997; Poupart et al., 1997) et quantitatif pour la phase de validation. Les analyses qualitatives relèvent d'un processus d'interprétation des données non mathématiques afin d'en retirer une explication théorique du phénomène considéré (Strauss & Corbin, 2004). Cette analyse s'est inspirée de l'approche progressive élaborée par Miles et Huberman (2003). Une telle méthode allie les avantages d'une démarche structurée à la richesse d'une approche exploratoire en favorisant l'émergence de postulats à partir des données recueillies.

Trois modes de cueillette de données ont été employés durant la phase exploratoire, soit : la revue de la documentation, l'entrevue et l'observation terrain. Près de mille pages de documents ont été examinées : comptes rendus des rencontres, rapports d'étude, protocoles de soins, notes et présentations internes. Entre juillet et septembre 2014 et de mai à août 2015, 47 entrevues ont été effectuées. De ce nombre, 29 entrevues ont eu lieu au Pavillon A et 18 au Pavillon D. De plus, 45 entrevues individuelles semi-structurées d'une durée moyenne de 40 minutes ont été réalisées. Deux entrevues de groupe ont complété les entretiens individuels. Au total, 42 intervenants cliniciens ont été rencontrés, dont certains plus d'une fois, de manière à représenter l'ensemble des groupes professionnels qui interagissent dans l'une ou l'autre phase des deux trajectoires de chacun des deux pavillons (voir le tableau 2).

Tableau 2
Présentation des personnes rencontrées en entrevue

Trajectoire	Personnes rencontrées	
	Pavillon A	Pavillon D
Prothèses de remplacement du genou (PTG)	2 coordonnatrices du bloc opératoire (BO) 2 adjointes à la coordonnatrice (BO) 3 infirmières assistantes (programme opératoire, matériel) au BO 2 infirmières cadres conseils au programme clientèle en chirurgie	
Prothèses de remplacement de la hanche (PTH)	5 infirmières œuvrant au sein des différentes unités au BO 2 techniciennes à la stérilisation 2 coordonnateurs aux admissions 5 agentes (PRÉ-BOOKING, rendez-vous et SIMASS) 2 physiothérapeutes 2 ergothérapeutes 2 nutritionnistes 2 travailleuses sociales et/ou l'infirmière de liaison 4 orthopédistes 2 anesthésistes – coordonnateur au bloc opératoire 1 médecin généraliste 1 chirurgien général 1 pharmacien 2 médecins gestionnaires cadres, en l'occurrence le directeur des soins professionnels et l'un de ses adjoints.	

Chacune des entrevues a été enregistrée et retranscrite en entier dans un fichier Microsoft Word. Ensuite, près de 64 heures d'observation terrain ont été effectuées aux cliniques préopératoires, aux unités de la chirurgie de jour et aux blocs opératoires des deux pavillons étudiés. L'observation s'est déroulée sur une période de 8 jours (3 au Pavillon A et 5 au Pavillon D) en août 2014. Le compte rendu de chacune des observations a également été retranscrit en entier dans un fichier Microsoft Word. La compilation et la classification des données ont été effectuées à l'aide du logiciel QSR-NVivo 10.

Nous avons également cherché à déterminer le temps écoulé entre chacune des grandes séquences (épisodes) d'activités. Pour ce faire, nous avons eu accès à un échantillon contenant l'historique du passage de 60 patients, soit 15 patients par trajectoire de soins (PTG et PTH) dans chacun des deux sites. Les données proviennent des différentes bases de données disponibles. Elles ont été collectées par des techniciennes sur place et colligées à l'intérieur d'un fichier Excel en utilisant des grilles que nous avons conçues préalablement.

Enfin, un journal de bord a été tenu tout au long de la cueillette et de la compilation des données. Nous retrouvons dans ce journal le contexte à l'intérieur duquel s'est déroulée l'entrevue ou l'observation, de même que les notes personnelles se référant aux aspects méthodologiques, empiriques ou théoriques émergeant, soit au cours de l'entrevue, soit de l'observation terrain effectuée, soit à la suite de ces activités.

L'analyse s'est effectuée à partir de deux cas synthèses (un par site) à l'intérieur desquels nous avons regroupé l'ensemble des activités cliniques caractérisant les trajectoires de soins PTG/PTH à l'intérieur de sept épisodes de soins. Ces épisodes de soins sont :

- La consultation chirurgicale, incluant la planification du matériel;
- Le traitement de la requête opératoire et la détermination de la date d'intervention (PRÉ-BOOKING);
- L'évaluation clinique du dossier patient;
- La programmation des activités cliniques (la prise de rendez-vous);
- La préparation des patients incluant : la préparation du dossier patient, les tests de laboratoire et d'imagerie, le bilan pharmacologique, la formation de groupe, les consultations cliniques nursing, pharmacologique et médical;
- La finalisation du programme opératoire, notamment en ce qui a trait à l'ordre de lancement des cas en lien avec les besoins d'instrumentation et/ou d'équipement;
- La préparation du matériel;
- La phase préopératoire comprenant l'arrivée du patient au centre de jour, la préparation du patient et son entrée dans la salle d'opération.

Cette façon de procéder nous a permis de documenter et de modéliser la trajectoire PTG/PTH qui prévaut sur les deux sites lors de notre investigation. Elle nous a également permis de détecter et d'expliquer les différences entre les deux sites, en ce qui a trait aux lieux où se déroulent les activités cliniques, à l'agencement des tâches particulières, aux modes opératoires auxquels on a recours, aux structures de coordination et à la gestion de l'information. Elle nous a permis de déterminer les délais minimaux, maximaux et moyens entre les principaux événements pour chacun des sites.

Suite à ces analyses, il nous a été possible de mettre en lumière certaines dysfonctions au sein des trajectoires (**en rouge dans le texte**) et de proposer des actions visant à tempérer, voire à corriger, ces dysfonctions mises en lumière (**en vert dans le texte**).

La version préliminaire du présent rapport a fait l'objet d'une lecture par deux intervenantes cliniques à l'automne 2016. Ces dernières œuvrent à des endroits stratégiques à l'intérieur des trajectoires de soins et connaissent très bien les pratiques au cours de ces dernières. À la suite de cette lecture, des échanges ont été organisés afin de mettre à jour les données sur les modes opératoires décrits et leur séquençage, suite aux changements survenus entre la cueillette des données et la confection du rapport. Ces échanges ont contribué à une compréhension beaucoup plus fine des dysfonctions observées et, par conséquent, ont servi à émettre des recommandations plus précises en ce qui a trait aux correctifs à apporter.

Précisons, à cet égard, que l'énumération de ces dysfonctions ne constitue nullement un jugement et ne tente pas d'établir un comparatif entre les deux pavillons. Elle permet plutôt d'analyser les pratiques cliniques en vigueur, et ce, dans un dessein d'élaborer des esquisses de solutions aux problèmes vécus par les patients, les acteurs cliniques et le CHU de Québec – Université Laval.

3. RÉSULTATS

Les pages qui suivent se consacrent à la description de la chirurgie PTG/PTH et de la clientèle, telles que nous les avons observées dans les deux pavillons étudiés en date du 30 décembre 2016.

- En premier lieu, nous établissons le contexte à l'intérieur duquel se déroulent les activités cliniques incluses dans les trajectoires de soins étudiées. Nous portons une attention aux particularités de la chirurgie PTG/PTH (contexte opératoire) ainsi qu'aux valeurs, à la culture, aux habitudes et aux comportements des acteurs au sein de chacun des pavillons.
- En deuxième lieu, nous présentons les acteurs qui interagissent dans chacun des épisodes de soins et décrivons brièvement la nature et les attentes à l'égard de la tâche. Bref, ce que l'on attend d'eux.
- En troisième lieu, nous décrivons les modes opératoires pour chacun des sept épisodes de soins et comparons les pratiques dans chacun des pavillons dans le but d'en tirer les informations appropriées.
- En quatrième lieu, nous portons une attention particulière aux structures de coordination pour chacun des pavillons.
- Faute de données précises, nous n'aborderons que partiellement la gestion de l'information. Cependant, nous proposons de traiter plus à fond cette dimension si importante pour acquérir une saine compréhension de la dynamique opérationnelle et sociale et, conséquemment, pour détecter avec justesse les zones d'amélioration requise pour accroître la fluidité des activités de soins au sein de la trajectoire de soins.

A - Le contexte opérationnel et social à l'intérieur duquel se déploient les trajectoires de soins étudiées

a) Particularités de la chirurgie PTG/PTH et des patients (Contexte technologique)

En référence aux PTG/PTH, deux types d'intervention chirurgicale sont pratiquées dans chacun des pavillons. La première intervention est dite primaire. Elle consiste à effectuer un premier remplacement de la hanche et/ou du genou par une prothèse. Cette intervention est d'une durée approximative de 1 h 30. La seconde intervention chirurgicale, dite secondaire, vise à remplacer une prothèse déjà en place par une plus récente. Cette intervention exige le double du temps, soit 1 h 30 pour l'exérèse et 1 h 30 pour l'installation de la nouvelle prothèse.

Deux catégories de patients : Les patients actifs et les personnes âgées

Bien que nous n'ayons pas eu accès à des données probantes, il nous a été communiqué lors des entrevues que les personnes âgées de 75 ans et plus représentent la majorité de la clientèle PTG/PTH avec les inconvénients que cela comporte surtout en ce qui a trait à la gestion des lits en postopératoire.

Les orthopédistes des Pavillons A et D estiment que 80 % des cas sont traités sans aucun problème alors que 20 % des cas se révèlent potentiellement problématiques. Cette information est validée par les physiothérapeutes. Il est important de noter ici que toutes les chirurgies PTG/PTH exigent une hospitalisation postopératoire.

Le volume des interventions chirurgicales pratiquées au Pavillon D est significativement plus élevé que celui pratiqué au Pavillon A, tel que démontré au tableau 3.

Tableau 3

COMPARATIF du nombre (%) de cas réalisés et en attente pour les chirurgies se référant à la prothèse totale du genou (PTG) sur deux périodes

Pavillon / année		Pavillon A		Pavillon D	
		2014-2015 ¹	2015-2016	2014-2015	2015-2016
CAS RÉALISÉS (électifs)	Nombre (%) de chirurgies réalisées (attente ≤ 6 mois)	58 (42%)	41 (25%)	187 (55%)	177 (65%)
	Nombre (%) de chirurgies réalisées (attente > 6 mois)	79 (58%)	123 (75%)	152 (45%)	94 (35%)
	Nombre de chirurgies réalisées TOTAL	137	164	339	271
	Durée moyenne du séjour hospitalier (Chirurgie primaire)	4,9 jours	???	6,0 jours	???
	Durée moyenne du séjour hospitalier (Chirurgie secondaire)	8,68 jours	???	9,63 jours	???
EN ATTENTE (disponible) à la fin de la période	Nombre (%) cas dont l'attente ≤ 6 mois	???	91 (50%)	200 (93%)	199 (69%)
	Nombre (%) cas dont l'attente > 6 mois	139 (55%)	71 (39%)	12 (6%)	86 (29%)
	Nombre (%) cas dont l'attente > 12 mois	82 (34%)	18 (10%)	2 (0,9%)	7 (2%)
	Nombre (%) cas dont l'attente > 18 mois	26 (11%)	2 (1%)	0	0
	Attente - Nombre total	243	180	214	292

La durée moyenne du séjour hospitalier est significativement plus courte au Pavillon D qu'au Pavillon A, comme en témoigne le tableau 4.

¹ CHU de Québec (Direction des finances), État de situation de l'attente et des délais de réalisation pour une chirurgie élective, version du 2015-12-21

Tableau 4

COMPARATIF du nombre (%) de cas réalisés et en attente pour les chirurgies se référant à la prothèse totale de la hanche (PTH) sur deux périodes.

Trajectoire de soins/année		Pavillon A		Pavillon D	
		2014-2015 ²	2015-2016	2014-2015	2015-2016
CAS RÉALISÉS (électifs)	Nombre (%) de chirurgies réalisées (attente ≤ 6 mois)	69 (62%)	55 (48%)	142 (64%)	141 (64%)
	Nombre (%) de chirurgies réalisées (attente > 6 mois)	43 (38%)	59 (52%)	80 (36%)	80 (36%)
	Nombre de chirurgies réalisées TOTAL	112	114	222	221
	Durée moyenne du séjour hospitalier (Chirurgie primaire)	8,62 jours	???	5,3 jours	?
	Durée moyenne du séjour hospitalier (Chirurgie secondaire)	22,06 jours	???	12,8 jours	?
EN ATTENTE (disponible) à la fin de la période	Nombre (%) cas dont l'attente ≤ 6 mois	41 (35%)	68 (72%)	133 (85%)	121 (54%)
	Nombre (%) cas dont l'attente > 6 mois	51 (43%)	22 (23%)	23 (15%)	90 (39%)
	Nombre (%) cas dont l'attente > 12 mois	21 (18%)	5 (5%)	0	17 (7%)
	Nombre (%) cas dont l'attente > 18 mois	5 (4%)	0	0	1 (0,4)
	Attente - Nombre total	118	95	156	229

Délais d'attente pour une chirurgie PTG-PTH :

Les délais d'attente pour subir une intervention chirurgicale sont très variables d'une année à l'autre et d'une chirurgie à l'autre. Toutefois, il ressort des tableaux 3 et 4 que la très grande majorité des patients du Pavillon D sont opérés dans un délai d'attente inférieur à six mois, soit le délai prescrit par le Ministère, ce qui ne semble pas être le cas au Pavillon A, tant pour les hanches que pour les genoux. Cette réalité s'explique, aux dires des intervenants interrogés, par le fait que deux orthopédistes, œuvrant au Pavillon A, ont des listes de plus de 140 patients en attente.

La substitution d'un chirurgien pour éviter des délais d'attente trop longs est difficilement envisageable.

Bien que l'échange de patients soit une pratique courante en chirurgie, elle s'avère plutôt rare en orthopédie. Cette situation s'explique d'abord par le choix des patients qui tiennent mordicus

² CHU de Québec (Direction des finances), État de situation de l'attente et des délais de réalisation pour une chirurgie élective, version du 2015-12-21

à conserver leur chirurgien pour l'intervention, du moins ceux qui le connaissent déjà. Également, par une relation de confiance qui s'établit entre le chirurgien et son patient dès la première rencontre. Il est d'ailleurs rare que le chirurgien délaisse son patient, par la suite. La notion d'appartenance, ce lien sacré entre le médecin et son patient, est ici maître de la situation et ne semble aucunement relié aux honoraires du chirurgien. La situation est tout à fait identique dans les deux pavillons bien que les orthopédistes du Pavillon A travaillent en solo alors que ceux du Pavillon D fonctionnent en communauté (« POOLED »). Ces derniers se partagent la « communauté des clients » et se répartissent collectivement les honoraires (revenus) acquis par chacun.

L'établissement ne peut en aucun temps obliger un chirurgien à transférer à d'autres chirurgiens certains de ses patients. Le lien avec le patient est d'abord avec son médecin et non avec l'établissement. L'établissement ne peut non plus distribuer les patients à sa guise puisque le patient n'est pas sa responsabilité, mais bien celle de l'orthopédiste.

Par contre, l'établissement peut mettre en place certains incitatifs favorisant une meilleure répartition des patients. Mentionnons, à cet égard, l'instauration de la règle de la « deuxième offre à l'interne » qui vise à offrir à un deuxième orthopédiste – dont les délais d'attente sont inférieurs à six mois, les patients hors délais se retrouvant sur la liste d'un confrère. Cette procédure est toutefois assortie de plages supplémentaires octroyées aux orthopédistes dont la liste était la plus longue pour les inciter à diminuer le nombre de patients en attente. Cette initiative semble avoir porté ses fruits comme le démontre la diminution des délais au Pavillon A pour la période 2015-2016.

Mentionnons que les directives en provenance du Ministère ont peu de succès. Particulièrement cette directive voulant que les orthopédistes soient écartés de la liste s'ils ne respectent pas le délai de six mois d'attente. Cette directive – très impopulaire auprès des orthopédistes – est la cause de nombreux subterfuges. Par exemple, l'orthopédiste proposera au patient une deuxième consultation avant de signer la requête opératoire, de manière à étirer le processus dans le temps. Ou bien, il conservera simplement la requête dans son bureau et attendra de 30 à 45 jours avant de la signer et de la faire parvenir au secrétariat du PRÉ-BOOKING. Pire, il POSTDATERA la requête de sorte que les agentes administratives du Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASSS) ne pourront pas l'entrer dans le système avant cette date.

Les chirurgies PTG et PTH sont des opérations relativement codifiées avec des trajectoires très uniformes.

La préparation préopératoire est pratiquement identique. L'acte chirurgical et le matériel utilisé sont différents, tout comme le positionnement du patient en salle, qui diffère selon qu'il s'agisse d'une hanche ou d'un genou. Par contre, ces différences n'exigent pas un changement significatif des « *set-up* ». Par conséquent, les orthopédistes n'ont pas à intervenir à chacune des étapes du processus de soins. Le caractère routinier de certaines tâches fait en sorte que plusieurs décisions peuvent être programmées à l'intérieur de protocoles de soins formalisés et uniformisés ou d'actes médicaux délégués.

Les orthopédistes du Pavillon D ont fait des choix dans le but d'uniformiser leurs pratiques chirurgicales en ce qui a trait au choix des prothèses, par exemple, alors que ceux du Pavillon A ont conservé une approche individuelle.

Les orthopédistes du Pavillon D utilisent un SEUL modèle de prothèses pour les genoux, pour les hanches. Un modèle unique ne désigne pas un seul type de prothèses, mais bien une prothèse par condition similaire. A contrario, les orthopédistes du Pavillon A tiennent mordicus à conserver le contrôle du choix de l'implant. Au moment de la rédaction du rapport, une tentative d'uniformisation était en cours avec la formation d'un comité d'orthopédistes dans le but de qualifier les prothèses pouvant être retenues. Pour l'instant, trois entreprises différentes fournissent les implants pour les genoux et quatre pour les hanches au Pavillon A.

Les orthopédistes du Pavillon D ont adhéré au concept de planification chirurgicale centralisée.

La gestion des listes d'attente et des dates de chirurgies est sous la responsabilité des agentes administratives au PRÉ-BOOKING. Les chirurgiens n'interviennent que dans de très rares exceptions liées à une condition médicale spécifique. Au Pavillon A, la planification centralisée divise les opinions. Certains sont résolument contre. Ils invoquent le système de priorisation des cas (la liste d'ancienneté) en ce qui a trait aux Priorités 3 et 4 pour expliquer leurs réticences. D'autres, généralement les plus jeunes, démontrent une ouverture, pourvu qu'ils puissent garder un droit de regard sur le programme. Une démarche de centralisation est en cours à ce pavillon. La formule permet aux orthopédistes de programmer une intervention sur deux, l'autre étant gérée par les agentes du PRÉ-BOOKING.

b) Particularités des valeurs véhiculées, de la culture ambiante, des habitus et des comportements des différents acteurs dans chacun des deux pavillons

Aux dires des personnes interviewées, la culture organisationnelle du Pavillon A est plus spécifiquement orientée vers les attentes des patients. D'ailleurs, deux orthopédistes de l'endroit considèrent que les intervenants en « *faisaient trop* », qu'ils « *maternaient les patients* », en cherchant en premier lieu à répondre à leurs attentes plutôt qu'à rechercher une plus grande efficacité dans la gestion des actes médicaux.

Quant à la culture organisationnelle du Pavillon D, il est généralement admis que cette dernière est axée sur la performance. À cet égard, plusieurs intervenants ont fait part de leur préoccupation première qui est de chercher à optimiser les temps opératoires, quitte à congestionner les unités de soins (incluant la salle de réveil) avec les hospitalisations postopératoires. L'objectif premier des intervenants est de ne pas occasionner de désagréments aux patients, par l'annulation d'une chirurgie : « *Un cas programmé est un cas qui doit être opéré.* » Les acteurs cliniques tentent également de mobiliser rapidement les patients et d'éviter l'augmentation de la morbidité. Enfin, ils effectuent une gestion serrée des durées moyennes de séjour : l'objectif étant de quatre jours pour les PTG et les PTH.

Les orthopédistes du Pavillon D pratiquent en groupe (POOL médical). Leurs revenus sont regroupés à l'intérieur d'une société en nom collectif. Cette façon de procéder permet une division du travail chirurgical selon les expertises et les attentes de chacun. À titre indicatif, certains orthopédistes effectuent uniquement des PTG, alors que d'autres n'opèrent que des

cas électifs. Enfin, il est intéressant de noter qu'un sous-comité a été mis sur pied, spécifiquement pour la gestion des arthroplasties du genou et de la hanche.

Quant au Pavillon A, les modes opératoires des professionnels médicaux demeurent individualisés. Cependant, les orthopédistes de l'endroit opposent une forte résistance à développer des pratiques de groupe (POOL).

Un autre élément qui favorise la pratique de groupe est que l'ensemble des orthopédistes pratiquent en permanence en milieu hospitalier et opèrent exclusivement au Pavillon D, contrairement aux 30 orthopédistes du Pavillon A qui pratiquent en cabinet privé. Certains opèrent à d'autres pavillons et centres hospitaliers.

En ce qui a trait aux modes opératoires des autres acteurs cliniques, plusieurs tentatives sont présentement en cours pour harmoniser les pratiques entre les deux pavillons. C'est ainsi que les intervenants du Pavillon A cherchent à adopter le guide d'enseignement de groupe en provenance du Pavillon D dans le cadre d'une démarche LEAN. Également, tant les anesthésistes que les chirurgiens cherchent à harmoniser leurs pratiques depuis la fusion de juillet 2012. Toutefois, quelles que soient ces tentatives, les comportements individualistes demeurent fortement ancrés dans les pratiques hospitalières du Pavillon A. En résumé : *« Chacun se limite à ses tâches, à ses fonctions... Personne ne cherche à aller au-delà de ce qu'il a à faire. »*

Au Pavillon D, c'est plutôt le travail en équipe et en collégialité dans l'exécution des tâches qui est privilégié. Aux dires des intervenants rencontrés. Le personnel infirmier (PI) de la clinique PRÉ-OP change souvent de poste entre le triage (sur un mois), les consultations téléphoniques et individuelles (deux mois) et la révision de dossiers. Cette façon de fonctionner permet de maintenir un certain niveau de polyvalence et aiguise l'expertise. Toutefois, cette fraternité dépasse rarement les frontières de l'unité de soins, ce qui a tendance à générer des silos à l'intérieur des programmes clientèles. Bref, bien que les gens soient collectivement réceptifs envers les indicateurs de performance de leur milieu respectif, ils se soucient peu des conséquences de leurs décisions sur les préoccupations des milieux en aval (ex. : à l'urgence) ou en amont (ex. : le postopératoire). Le peu de communication entre ces silos complique davantage la situation.

Mentionnons enfin que le personnel clinique est plutôt stable au Pavillon D et très instable au Pavillon A en raison d'une rotation élevée du personnel infirmier. Mis à part les départs à la retraite à la CDJ (chirurgie d'un jour), la rotation du personnel reste faible (congé de maternité, essentiellement) et le personnel du bloc n'a pas bougé au Pavillon D. Nous développons ce thème plus loin dans le texte.

Le tableau 5 présente ces particularités.

Tableau 5

Particularités des valeurs véhiculées, de la culture ambiante, des habitus et des comportements des différents acteurs dans chacun des deux pavillons

Dimensions	Pavillon A	Pavillon D
Valeurs et culture	Axées sur la disponibilité des ressources	Axées sur la performance
Modes opératoires des professionnels médicaux	Pratiques individualisées	Pratiques de groupe
	Pratiquent en externe (Cabinet privé)	Pratiquent exclusivement en interne
	Tentative d'harmonisation des pratiques cliniques	
Modes opératoires des autres acteurs cliniques	Chacun se limite à ses tâches, à ses fonctions	Travail en équipe et collégialité dans l'exécution des tâches
Roulement de personnel	Très élevé	Faible

B - La compréhension de l'acteur en ce qui a trait aux tâches qui lui sont dévolues

À noter que dans les deux pavillons, les rôles et les responsabilités de chacun sont assez bien définis. Toutefois, cette concentration sur la tâche génère des silos, dans lesquels l'autonomie et l'expertise des personnes conduisent à des routines où les gens font ce qu'ils ont à faire sans plus. De fait, chacun s'occupe de son périmètre, ni plus, ni moins, et personne ne pense au besoin de l'autre, à l'incidence que chaque action peut avoir.

À noter que l'automatisation de certaines activités ou séquences d'activités n'est pas une mauvaise chose en soi. Elle démontre que les mécanismes sont efficaces. Conséquemment, la fluidité est grande au sein des trajectoires de soins. Par contre, une automatisation poussée fragilise les structures opératoires pour le traitement des non-conformités. Une réflexion sur le type de modèle à préconiser et surtout sur le niveau d'automatisation à privilégier en considération des aléas possibles est à envisager.

Au Pavillon A, le personnel est aussi dévoué qu'au Pavillon D. Leur compréhension est identique. Chacun sait le rôle qu'il a à jouer, mais le processus est moins fluide, en partie à cause d'un manque de collaboration de l'équipe médicale.

C - Les modes opératoires

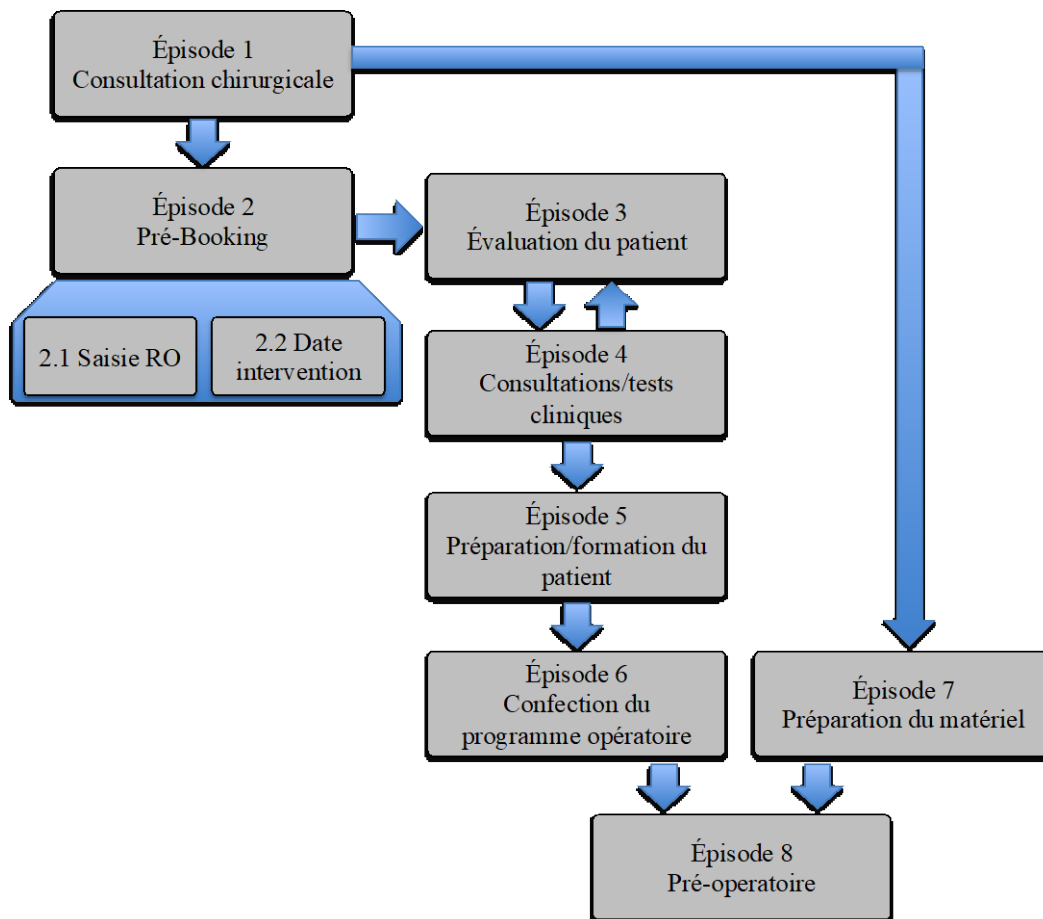
La figure 1 présente la chaîne générique des épisodes de soins étudiés des trajectoires PTG/PTH des Pavillons A et D. Le formalisme adopté permet de représenter de manière hiérarchique l'ensemble des modes opératoires, chaque étape pouvant être décomposée en autant de sous-étapes que nécessaire par la suite.

Pour chaque épisode, nous décrivons en détail :

- Le ou les lieux où se déroulent les tâches et les activités (l'espace);
- L'agencement des tâches et des activités particulières à cet épisode;
- 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.

Figure 1

Chaîne de la planification chirurgicale PTG-PTH générique



a) ÉPISODE 1 : la consultation chirurgicale et la planification du matériel

La consultation médicale détermine le besoin d'opérer et, le cas échéant, sert de catalyseur pour enclencher les différentes activités menant à l'intervention chirurgicale.

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

Au Pavillon A, la consultation médicale se déroule à divers endroits, généralement aux consultations externes des pavillons A et C ou en cabinet privé. Certains orthopédistes opèrent sur plusieurs pavillons et tous reçoivent leurs patients en cabinet privé lorsqu'ils ne sont de

garde dans aucun pavillon. Il arrive très souvent que ce soient eux qui réfèrent leurs patients à la clinique externe pour y subir une série de tests lorsqu'ils sont de garde.

Il faudrait ici préciser si la visite chirurgicale à la consultation externe est obligatoire ou une alternative à celle en cabinet privé pour enclencher le processus de soins. Dans l'éventualité où cette visite s'avèrerait obligatoire, cela simplifierait significativement l'implantation des ajustements proposés dans les pages qui suivent et faciliterait la mise en place de mesures de contrôle et d'évaluation (revue) périodiques.

Quant aux orthopédistes du Pavillon D, la rencontre avec le patient se déroule exclusivement à la consultation externe en orthopédie située au deuxième étage du pavillon; aucun d'entre eux ne pratique en cabinet privé. Dans la plupart des cas, le patient se présente à la recommandation de son médecin de famille.

À cet égard, il serait bon de préciser à nouveau les critères d'accès à la clinique spécialisée en orthopédie (Pavillon D) qui au fil du temps se sont élargis, ce qui cause des irritants. Pour certains, la clinique est perçue comme un sans rendez-vous en orthopédie.

ii) L'agencement des tâches et des activités particulières

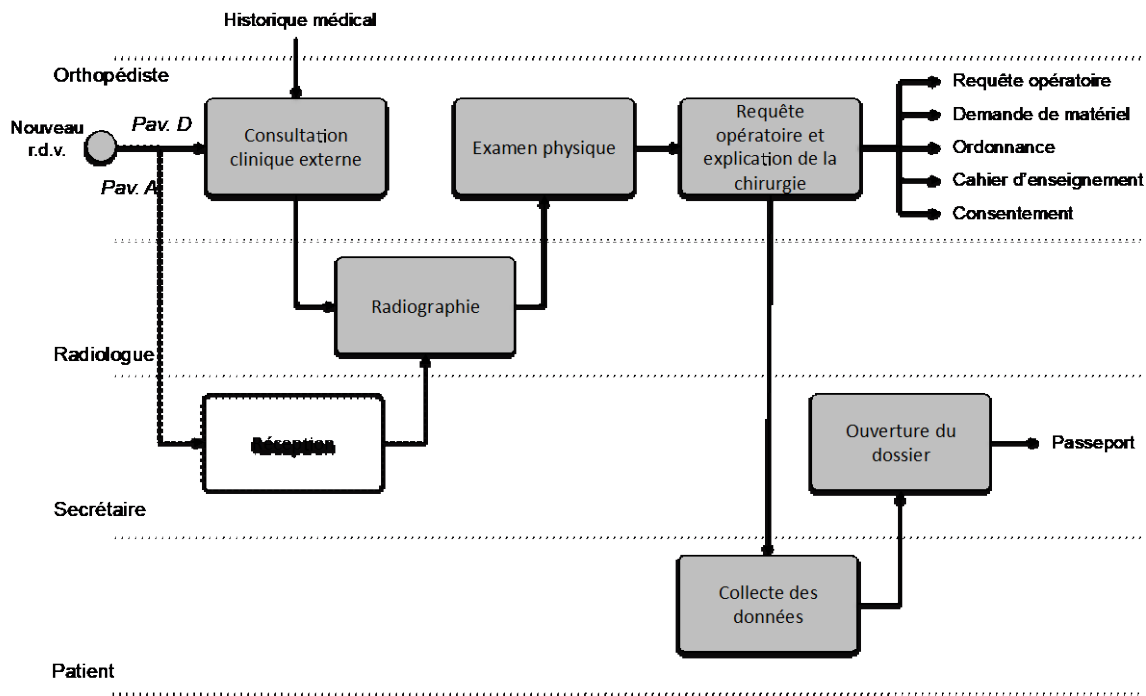
Dans les deux pavillons, la consultation chirurgicale se déroule en quatre phases agencées séquentiellement, soit :

- La phase préparatoire à la consultation médicale à la consultation externe en orthopédie;
- La consultation chirurgicale en tant que telle;
- La rédaction de la requête opératoire;
- L'enseignement.

Le modèle correspondant est présenté dans la figure 2. Pour chaque activité représentée sous la forme d'une boîte, les entités dont elles font l'objet entrent par la gauche et sortent par la droite. Des éléments sont indiqués avec des arcs entrants (les informations requises pour la réalisation de l'activité), tandis que les éléments résultant des activités sont représentés par des arcs sortants.

Le modèle est constitué de plusieurs couches, chacune identifiant le responsable de l'activité (orthopédiste, radiologue.). À noter que les patients suivent deux cheminements différents selon le pavillon. Au Pavillon A, le patient se présente directement à la réception. Il est ensuite dirigé vers le service de radiologie, tandis qu'au Pavillon D, le patient rencontre l'orthopédiste avant de se rendre à la radiologie.

Figure 2
L'épisode 1



iii) Les modes d'intervention des acteurs impliqués

Le déroulement de chacune de ces phases est quelque peu différent dans chacun des pavillons. Ainsi, le patient qui se présente à la consultation externe du Pavillon A, à la suite d'une demande de consultation de son médecin généraliste ou de l'orthopédiste lui-même, rencontre l'infirmière présente à son arrivée. L'infirmière s'assure que le problème est bel et bien au niveau du genou ou de la hanche et communique l'information au chirurgien qui prescrit une radiographie adaptée à la pathologie.

Après la radio, le patient retourne voir le chirurgien pour une consultation dans la journée. La consultation médicale débute par l'historique médical du patient. Le médecin le questionne sur les médicaments qu'il prend, ce qui lui permet de déterminer son état de santé et de faire le recoupement avec l'historique médical.

À souligner ici que le personnel de l'Unité d'accueil (C3) mentionne que l'information découlant de ce questionnement ne leur est jamais transmise.

Le praticien poursuit par un examen physique de l'articulation concernée pour déterminer le degré d'arthrose et poser son diagnostic qui sera confirmé par l'examen de l'imagerie (en principe, **mais ce n'est pas toujours fait**). Le médecin questionne le patient sur ses habitudes de vie pour constater la présence de facteurs aggravants ou à risque. **Les orthopédistes ne rédigent pas toutes les prescriptions médicales et pharmaceutiques.**

Le déroulement est quelque peu différent au Pavillon D, où le patient est reçu directement par l'orthopédiste qui remplit une feuille sur laquelle est indiquée la priorité du cas. Il inscrit la liste des examens supplémentaires à effectuer avant de le rencontrer à nouveau le jour même, avec la radiographie de la hanche ou du genou en main. Il est important de souligner que l'opération ne sera pas nécessairement programmée lors de cette seconde rencontre. Les patients peuvent être vus à deux ou trois reprises selon le degré d'arthrose ou suite au traitement conservateur qui leur a été prodigué en première intention.

La chirurgie est le dernier recours lorsque l'indication chirurgicale se manifeste. Dans un tel cas, l'orthopédiste décide des consultations médicales PRÉOPÉRATOIRES nécessaires et rédige les ordonnances en se référant aux antécédents médicaux. Contrairement aux orthopédistes du Pavillon A, ceux du Pavillon D rédigent la totalité de leurs prescriptions médicales et pharmaceutiques. Nos données actuelles ne peuvent nous indiquer que la prise en charge des patients soit différente en cabinet privé (Pavillon A). La décision opératoire découle toujours de l'échec des traitements conservateurs.

Le chirurgien complète la requête opératoire en compagnie du patient en indiquant la nature de la chirurgie, la durée opératoire, le type d'implant ainsi que la date de l'arrêt de la médication.

Cette tâche est effectuée systématiquement au Pavillon D, mais beaucoup moins systématiquement au Pavillon A. Aux dires d'une des agentes au PRÉ-BOOKING, les orthopédistes oublient fréquemment d'indiquer le temps opératoire nécessaire dans leur requête. Ils oublient également de remplir les requêtes pour les demandes de consultations ou ne le font que partiellement. Idem pour la remise du dépliant sur la PTG/PTH aux patients, car même si certains le font, ce n'est pas systématique.

Il serait possible de corriger cette situation en confiant à l'infirmière en consultation externe le mandat de réviser la requête à la sortie du patient. L'utilisation d'une requête informatisée pourrait être très efficace pour corriger cette situation et simplifier le transfert de l'information vers l'Unité d'accueil (Pavillon A) ou vers la clinique préopératoire (Pavillon D). À signaler également que nous pourrions demander au patient de signer le consentement, une source de problèmes plus tard.

L'orthopédiste remplit une demande de matériel (document de planification de l'instrumentation utilisée en chirurgie orthopédique) et la joint à la requête opératoire.

Il peut arriver que cette feuille soit manquante au dossier du patient au Pavillon A. Cette situation est beaucoup moins problématique au Pavillon D puisque dans 90 % des cas, tous les orthopédistes utilisent le même matériel, sauf lors de cas spéciaux. À noter que la liste du matériel est vérifiée une à deux semaines avant l'opération avec l'infirmière assistante aux ressources matérielles.

Le chirurgien informe ensuite le patient du déroulement de la chirurgie et des risques associés. Il explique les composantes de la prothèse et l'informe d'une possibilité de thrombophlébite, d'embolie pulmonaire, d'infection, d'atteinte neurologique, d'un danger vasculaire, etc. Il voit à la signature du consentement opératoire par le patient. Le médecin du Pavillon A remet également la collecte de données vierge et le questionnaire d'anesthésie que le patient doit remplir. Il l'achemine (lui-même) à l'Unité d'accueil par courrier ou en personne.

Au Pavillon D, le patient rencontre l'infirmière de la clinique orthopédique pour finaliser la consultation. Elle lui remet le questionnaire PRÉ-OP. Le patient remplit lui-même le questionnaire, sans l'aide de l'infirmière. Cette dernière le reçoit et le greffe au passeport.

Il serait intéressant d'envisager la possibilité d'améliorer la qualité de cette activité par une implication accrue de l'infirmière. L'infirmière pourrait assister le patient, valider certaines données et voir à ce que le patient complète la totalité du questionnaire. Nous pourrions également envisager la possibilité de mandater le personnel infirmier du pavillon en place à acheminer la requête à l'Unité d'accueil ou à la clinique préopératoire. Une fois de plus, une requête informatisée simplifierait beaucoup la compilation et le transfert de l'information.

Enfin, selon les cas (consultation externe/ou cabinet privé) et le praticien (**certain ne le font pas**), le chirurgien remet les documents d'information, dont un cahier d'enseignement où sont indiqués les exercices à faire en POST-OP avec de l'information sur ce qu'est une PTH ou PTG. Au Pavillon D et non au Pavillon A, le chirurgien prévient systématiquement le patient de la durée de son séjour POST-OP.

Une fois de plus cette tâche d'enseignement pourrait être affectée à une infirmière à la consultation externe.

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

À noter ici qu'il nous a été impossible de déterminer la durée requise pour le déroulement des tâches et des activités en raison du manque de données probantes se référant aux éléments suivants :

- Le temps d'attente écoulé en termes de jours entre la demande de consultation en orthopédie et la visite à la clinique externe (Pavillon A) ou à la clinique en orthopédie (Pavillon D).
- La durée totale de l'épisode de soins, soit de l'arrivée du patient à son départ à la clinique externe (Pavillon A) ou de la clinique en orthopédie (Pavillon D).
- Le temps d'attente entre chacune des phases (principales activités) de l'épisode de soins.
- L'existence de plages horaires dédiées aux patients qui se présentent à la consultation externe (Pavillon A) ou à la clinique d'orthopédie (Pavillon D).

b) L'ÉPISODE 2.1 : Le traitement de la requête opératoire

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

Les activités cliniques se référant aux **épisodes deux à six**, ont lieu à l'Unité d'accueil (C3) pour le Pavillon A et à la clinique préopératoire en ce qui a trait au Pavillon D. Tant à l'Unité d'accueil qu'à la clinique préopératoire, elles intègrent à la fois les activités pour la **préparation administrative** du patient (confection du dossier, attribution des dates de chirurgie, prise des rendez-vous avec des spécialistes) et **la préparation clinique** (examen de laboratoire, coaching, enseignement, consultation) de ce dernier. À la sortie de ce processus, le patient est fin prêt pour la chirurgie. Tout comme l'Unité d'accueil, la clinique préopératoire recoupe les services de secrétariat, le bureau du PRÉ-BOOKING chargé de planifier les dates de

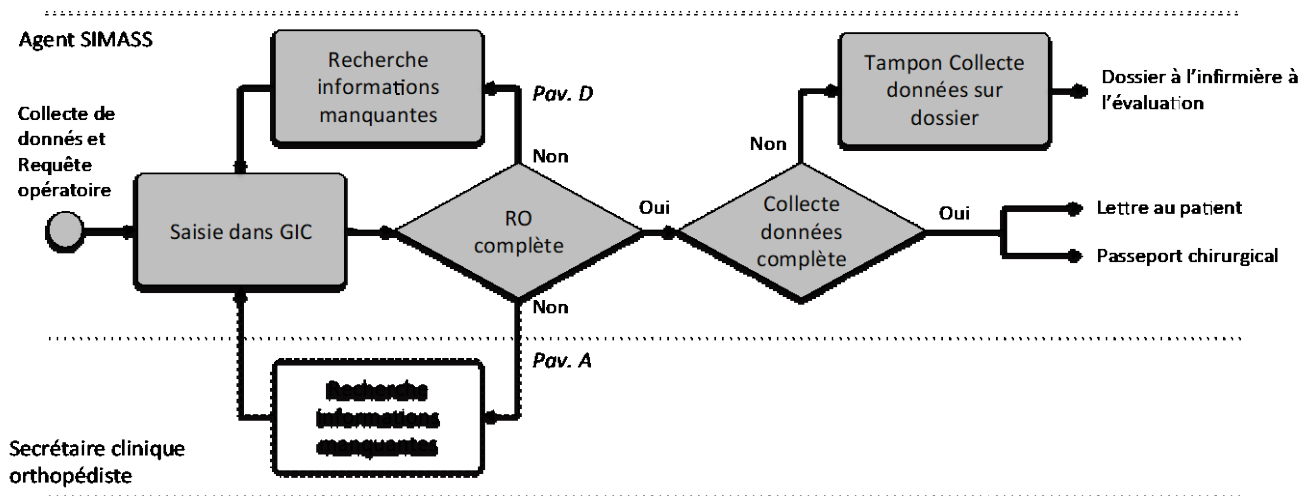
chirurgie, le secrétariat où transite l'ensemble des dossiers, le bureau des infirmières d'évaluation, le bureau des rendez-vous, les bureaux dédiés à l'enseignement infirmier et aux consultations médicales.

ii) L'agencement des tâches et des activités particulières

La figure 3 décrit le modèle opérationnel correspondant au traitement de la requête opératoire. Une fois les documents transmis par l'Unité d'accueil (C3) et récupérés, un agent SIMASS (Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services de santé) vérifie leur intégrité. Si le dossier est complet, une requête est transmise au secrétariat du médecin. Dans le cas contraire, en fonction de la priorité du dossier, il est rangé et en attente (non urgent) ou la date est récupérée auprès de l'orthopédiste (urgent). Le PRÉ-BOOKING peut être réalisé par l'agent à l'aide de GIC, le logiciel de Gestion des interventions chirurgicales.

Figure 3

Modèle opérationnel correspondant au traitement de la requête opératoire



Au Pavillon A, les requêtes opératoires proviennent d'un peu partout : de la consultation externe en orthopédie d'un des quatre autres pavillons du CHU de Québec ou de tout autre établissement de santé, de cabinets privés, etc. Elles arrivent par courrier interne, par fax avec les documents de la collecte de données, ou en main propre par le patient à l'Unité d'accueil. Lorsque le patient se présente en personne, la secrétaire réceptionne les documents, aide les patients à remplir la collecte de données puis apporte à l'agente SIMASS la requête opératoire accompagnée de la collecte des données : **ces deux documents sont essentiels pour démarrer le processus de planification menant à la chirurgie.**

Au Pavillon D, la requête est, soit acheminée par courrier interne (en provenance de la clinique d'orthopédie), soit apportée par le chirurgien lui-même. Les patients ne se présentent pas à la clinique PRÉ-OP avec leur dossier en main.

La saisie de la requête opératoire s'effectue dès réception par un des canaux mentionnés plus haut (Pavillon A) et la journée même ou le lendemain de la visite du patient à la clinique d'orthopédie (Pavillon D). L'agente SIMASS voit donc à créer le dossier patient dans le logiciel GIC qui s'interface automatiquement avec SIMASSS et avec LOGIBEC, à partir de la requête opératoire (sous forme PDF). Cette façon de procéder permet de générer les listes d'attente et d'activer le compteur des six mois d'attente maximale, tel que stipulé dans la directive ministérielle.

Lorsque la collecte de données est manquante ou incomplète, l'agente SIMASS appose un tampon "*collecte de données*" sur le dossier pour signifier qu'elle est manquante et transfère le dossier à l'infirmière à l'évaluation. L'agente SIMASSS du Pavillon D ne retourne jamais la requête opératoire. Elle cherche l'information manquante en vérifiant dans le dossier antérieur, en communiquant avec le chirurgien ou en appelant directement le patient. Au Pavillon A, l'agente SIMASSS peut retourner la requête aux chirurgiens qui, contrairement à ceux du Pavillon D, sont difficilement joignables, du fait que leur bureau est situé à l'extérieur de l'hôpital. Dans les deux cas, la recherche de données manquantes occasionne des pertes de temps importantes et retarde l'évaluation du dossier. D'où l'intérêt d'envisager sérieusement la présence de l'ensemble de l'information à l'épisode précédent.

Une fois les données recueillies dans leur intégralité et compilées dans GIC, l'agente SIMASS fait parvenir au patient une lettre par la poste indiquant son inscription à la liste d'attente sans pour autant lui mentionner une date pour son intervention. Puis, elle transmet le dossier patient aux agentes administratives (PRÉ-BOOKING) qui les classent par priorités ou par délais d'attente dans une filière organisée par mois des dates prévues d'opération et en ordre alphabétique. À titre d'exemple, dans l'éventualité où elle reçoit le dossier en novembre et que le chirurgien traitant n'a plus aucune disponibilité opératoire pour les six prochains mois, soit avant le mois de mai suivant, elle indiquera « mai » et rangera le dossier dans la filière au mois indiqué.

À noter qu'aux deux pavillons, le « passeport chirurgical » désigne le dossier patient. Il inclut huit feuillets qui regroupent des informations pouvant être consultées par les différents intervenants au cours de la trajectoire. On y retrouve les feuillets suivants :

- Note d'évolution soins infirmiers Clinique PRÉ-OP;
- Note d'évolution soins infirmiers chirurgie d'un jour;
- Vérification et suivi PRÉ-OP;
- Dépistage des bactéries multi résistantes pour le Pavillon D;
- Anesthésiologie et évaluation respiratoire;
- Administration d'un analgésique préventif en CDJ le jour de la chirurgie;
- Ordonnance médicament prophylaxie ou anti thrombotique.

iii) La durée requise pour le déroulement des tâches et des activités

L'évaluation du temps écoulé entre les principaux événements dans l'épisode 1 démontre une variabilité énorme. À la lumière des informations qui nous ont été fournies et des processus décrits auparavant, nous sommes dans l'incapacité d'expliquer ces écarts importants. Le tableau 5 fournit la valeur maximale, minimale et moyenne en jours entre la consultation chirurgicale, le traitement de la requête opératoire (ouverture du dossier dans GIC) et la réception du passeport chirurgical (PC) à la clinique PRÉ-OP.

Tableau 5

**Nombre de jours entre la consultation chirurgicale,
le traitement de la requête opératoire (ouverture du dossier dans GIC)
et la réception du passeport chirurgical (PC) à la clinique PRÉ-OP**

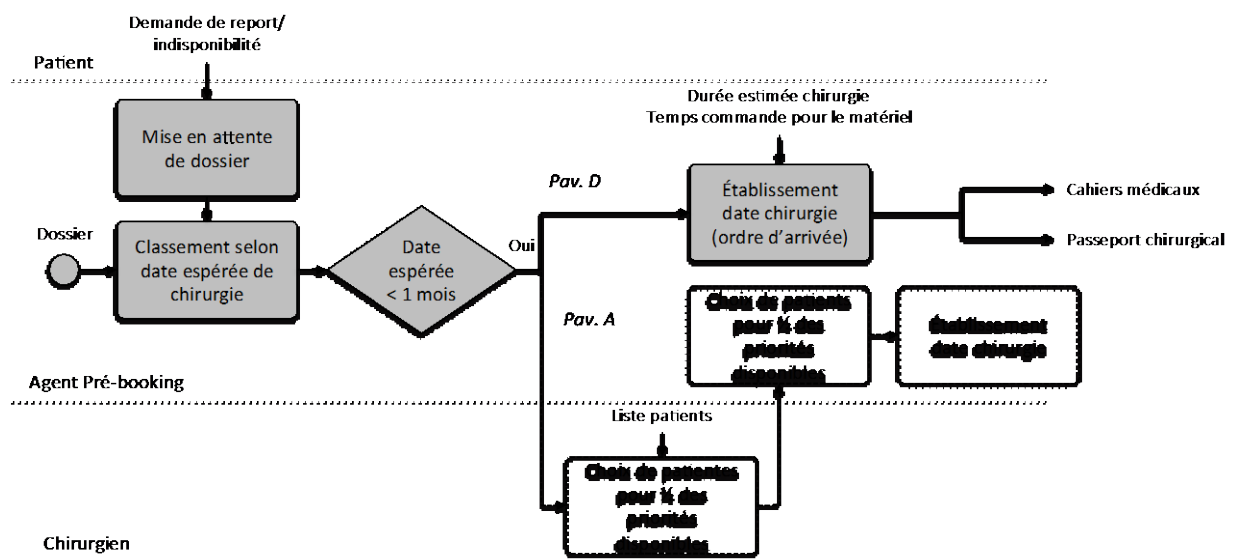
	Prothèse du genou (en nombre de jours)				Prothèse de la hanche (en nombre de jours)			
	Pavillon A		Pavillon D		Pavillon A		Pavillon D	
	Traitement de la RO	Réception du PC	Traitement de la RO	Réception du PC	Traitement de la RO	Réception du PC	Traitement de la RO	Réception du PC
Max	27	0	348	197	21	0	127	209
Min	2	0	0	0	0	0	0	2
Moyen	10,83	-	55,40	101,40	7,73	-	18,20	98,50

c) L'ÉPISODE 2.2 : La détermination de la date d'intervention (PRÉ-BOOKING)

i) L'agencement des tâches et des activités particulières

Quatre à six semaines avant la date approximative de l'intervention, l'agente administrative assignée au PRÉ-BOOKING sort les dossiers de la filière et les achemine à l'infirmière à l'évaluation pour la préparation du patient. C'est lors de la préparation du patient qu'une date d'intervention est déterminée. Théoriquement, les intervenants doivent respecter les directives ministérielles dans l'attribution d'une date. Les plus anciens ont préséance sur les moins anciens. Aucun délai ne doit être supérieur à six mois à la suite de l'enregistrement de la requête opératoire. La réalité est beaucoup plus complexe. En réalité, les processus sont différents dans les deux pavillons comme l'illustre la figure 4.

**Figure 4
Modèle opérationnel correspondant au PRÉ-BOOKING**



Au Pavillon A, l'agente au PRÉ-BOOKING choisit dans GIC l'orthopédiste (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 en phase de préparation et leur attribue une date. Comme les listes sont chargées, elle alterne entre les priorités 3 (P3) et les priorités 4 (P4).

Au Dr XYZ, elle fait parvenir sa liste de patients et lui demande lesquels il désire prioriser. Elle se charge d'en trouver deux autres dans sa liste, conformément à la règle des 50 %. Généralement, les chirurgiens planifient eux-mêmes les cas de priorité 1 et 2 (P1 et P2), mais ce sont les agentes du PRÉ-BOOKING qui planifient les P3 et P4. Comme les PTG/PTH sont essentiellement des cas électifs, la plupart des orthopédistes laissent pleine latitude aux agentes SIMASS pour l'attribution de la date de chirurgie et la gestion de l'ensemble de leur programme opératoire. Certains, par contre, entretiennent un contrôle serré avec les agentes de planification, en plaçant systématiquement le ou les cas auxquels ils ont droit en vertu de la règle des 50 %, jusqu'à trois mois à l'avance, tout en laissant aux agentes, la possibilité de déplacer les cas de prothèse primaire.

Au Pavillon D, les dates d'intervention sont toutes déterminées par l'agente de PRÉ-BOOKING. Cette dernière les attribue par ordre d'arrivée (premier arrivé, premier servi) à moins d'une indication contraire de la part du médecin. Elle sort donc les dossiers par antériorité, édite les cahiers médicaux (feuilles de renseignements rédigés par les médecins et autres professionnels lors des consultations), ajoute les passeports correspondants ainsi que la feuille d'anesthésie (anesthésiologie et évaluation respiratoire).

Dans les deux pavillons, certains stratagèmes ont été observés dans la priorisation des cas. Sportifs, membre de la famille, proche que le chirurgien désire accommoder se voient ainsi priorisés, suite à l'inscription P1 sur la requête opératoire. Bref, les P1 demeurent une sphère nébuleuse. Le pourcentage est toutefois moindre, mais aux dires des opérateurs présents, ce stratagème est loin d'être marginal. Les cas traités en urgence (P1) expliquent, du moins en partie, les aberrations statistiques qui démontrent un délai moyen inférieur à six mois alors que le nombre de cas hors délai (après six mois) est beaucoup plus élevé. Certains accommodements s'expliquent également par l'impatience de patients qui harcèlent littéralement les intervenants pour l'obtention d'une date. La représentation familiale joue également un rôle dans la détermination de la date, surtout lorsque le niveau de la douleur est élevé. Face à de telles situations, le chirurgien est soumis à une très forte pression.

Dans d'autres cas, les patients demandent plutôt à retarder leur chirurgie (Demande de report dans la figure 4) pour diverses raisons (vacances, travail, ou autres). Les intervenants placent alors lors le dossier en attente, le temps que le patient s'exclue volontairement du processus.

À titre indicatif, mentionnons ici le cas d'un patient qui a été inscrit dans le logiciel GIC/SIMASSS le 25 novembre 2015. Le 5 mai 2016, le patient a demandé de reporter l'intervention à l'automne. Le dossier a donc été retourné au tiroir jusqu'en octobre 2016. La préparation du patient pour son intervention a été programmée le 21 décembre 2016. Il est intéressant de souligner que le logiciel SIMASSS tient compte des délais occasionnés par l'exclusion volontaire des patients. Il indique un délai d'attente de 253 jours en date du 30 novembre 2016 au lieu des 430 jours qui se sont écoulés depuis la création de son dossier.

Le système actuel de planification des chirurgies subit les contraintes de cinq facteurs : les directives ministérielles, le nombre de lits disponibles, les arrivées à l'urgence, les chirurgies planifiées par les médecins et les exclusions volontaires.

Il est également utile de mentionner que pour planifier les dates et compléter la requête opératoire, les agentes au PRÉ-BOOKING doivent connaître la durée de l'intervention, le temps de préparation des salles, d'induction et d'installation du patient. Ces temps déterminent le nombre de patients pouvant être programmés par médecin et par salle. Les temps sont également importants pour substituer des patients à partir de la banque de patients en réserve en cas d'annulation.

Toutefois, les orthopédistes (Pavillon A) n'indiquent pas toujours le temps pour exécuter la chirurgie prescrite sur la requête opératoire. L'agente peut toujours se référer à l'information disponible sur GIC, mais elle n'est pas toujours fiable. D'où l'importance de se référer à la requête opératoire. L'autre problème est que les durées disponibles dans GIC sont une moyenne du temps opératoire habituel pour ce type d'intervention pour un chirurgien ou encore une moyenne de tous les chirurgiens pour un type d'intervention. Chaque cas est différent, ce qui peut entraîner des écarts considérables.

Lors du PRÉ-BOOKING, les agentes doivent tenir compte du temps nécessaire pour commander le matériel, de la disponibilité des plateaux chirurgicaux, des endoscopes, etc. Elles s'entendent avec l'infirmière-chef du bloc dédié au matériel.

ii) La durée requise pour le déroulement des tâches et des activités

Le tableau 6 permet de constater, à nouveau, une variabilité énorme dans les temps écoulés entre la saisie de la requête opératoire dans le système GIC et l'attribution de la date d'intervention. À la vue des informations qui nous ont été fournies et des processus décrits auparavant, nous sommes dans l'incapacité de trouver une explication à ces écarts importants.

Tableau 6
Nombre de jours entre l'ouverture du dossier (GIC)
et la détermination de la date de l'intervention chirurgicale (PRÉ-BOOKING)

	Prothèse du genou (en nombre de jours)		Prothèse de la hanche (en nombre de jours)	
	Pavillon A	Pavillon D	Pavillon A	Pavillon D
Max	735	357	381	358
Min	61	27	25	8
Moyen	279,00	154,73	153,93	133,40

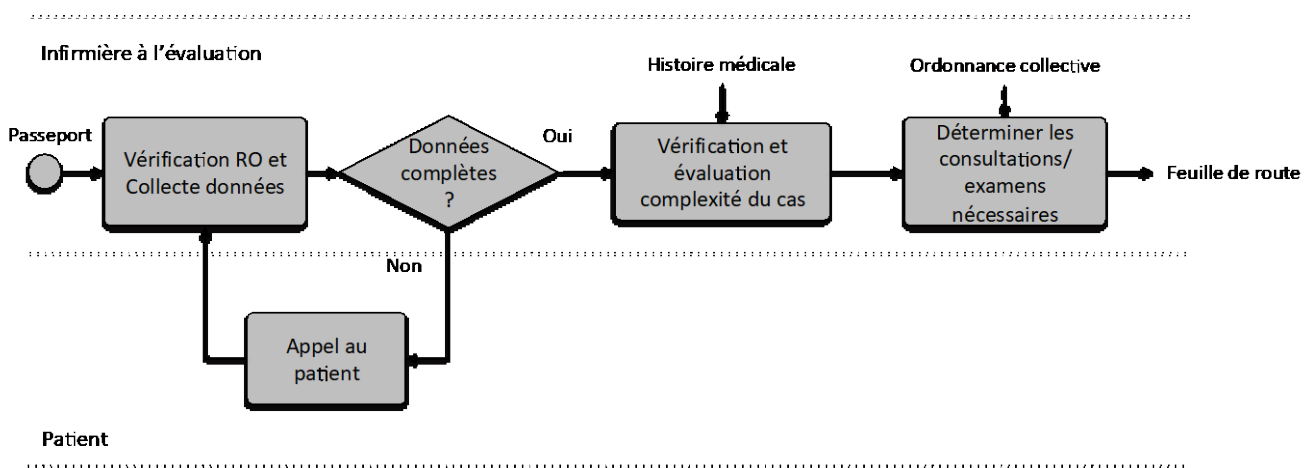
d) ÉPISE 3 : l'évaluation clinique du patient

i) L'agencement des tâches et des activités particulières

La figure 5 décrit le modèle opérationnel correspondant à l'évaluation clinique du dossier patient. Lorsque le délai avant l'intervention chirurgicale passe en dessous des quatre mois, l'activité commence par une vérification du dossier administratif par un infirmier d'évaluation. La collecte de données et l'historique médical sont également consultés. Si une information manque, on communique avec le patient.

Figure 5

Modèle opérationnel correspondant à l'évaluation clinique patient



ii) Les modes d'intervention des acteurs impliqués

Durant cet épisode, l'infirmière clinicienne à l'évaluation est chargée d'évaluer le dossier de chacun des patients. Elle vérifie les prescriptions demandées par le chirurgien, détermine les antécédents médicaux du patient et, enfin, elle applique l'ordonnance collective (A et D) en programmant les consultants en cardiologie, en pneumologie ou en médecine interne. Elle programme les examens obligatoires à effectuer (prise de sang, ECG, etc.) Elle remplit, pour chaque patient, la feuille de route qui récapitule les consultations à faire et à planifier par l'agente au rendez-vous. À noter que c'est à peu près toujours la même personne qui effectue les évaluations au Pavillon A. Une question de stabilité.

Son unique référence demeure le dossier médical du patient (le passeport chirurgical) à l'intérieur duquel elle vérifie l'état de santé du patient, voit ce qu'il reste à faire (prise de sang) et s'assure que l'ensemble de l'information s'y trouve et qu'elle est complète. Dans le cas contraire, elle fouille dans l'ensemble du dossier patient et, si le besoin est, fait venir systématiquement le patient sur place. Rappelons que les documents composant le passeport sont essentiels pour l'évaluation. Toutefois, il est possible de démarrer la trajectoire en se basant sur l'historique et la requête opératoire.

Ce qui selon nous constitue une mauvaise stratégie considérant les contraintes pour la suite des événements soulevés à l'épisode précédent.

Il est utile de rappeler que l'infirmière à l'évaluation a déjà en main le dossier antérieur que les archives lui ont fourni. Ces démarches sont identiques dans les deux pavillons. Le Dossier patient électronique (DPE) mis en place à la fin de l'automne 2015 dans tous les pavillons du CHU de Québec permet à tous les intervenants autorisés (médecins, PI) d'avoir directement accès aux dossiers antérieurs sous format numérisé. L'infirmière à l'évaluation consulte l'algorithme décisionnel qui en trace les grandes lignes. **Cet algorithme est également utilisé au Pavillon A depuis sa validation par le CMDP à l'automne 2014).**

Cet algorithme (ordonnance collective) simplifie significativement le travail de l'infirmière à l'évaluation dans les deux pavillons. Généralement, elle se base sur la collecte de données, mais les critères de comorbidité établis par les anesthésistes sont pris en compte. Les infirmières à l'évaluation des deux pavillons peuvent également compter sur la collaboration des anesthésistes. **Mentionnons ici que les anesthésistes des deux pavillons sont « POOLED ».** Toutes les consultations et tous les examens à faire sont notés dans le cahier chirurgical. L'infirmière à l'évaluation y inscrit aussi le besoin de formation en groupe et individuelle obligatoire pour les PTG-PTH puisque ce sont des interventions qui nécessitent une hospitalisation postopératoire.

Les dossiers sont traités par ordre de la priorité opératoire, de la date déjà prévue (**dans le cas où une telle date est fixée**), du nombre de consultations à effectuer et de l'état de santé des patients. L'infirmière à l'évaluation commence donc par les dossiers avec date fixée pour finir avec les sans date de P1 à P4.

- **THÉORIQUEMENT**, le « passeport chirurgical » est envoyé à l'infirmière à l'évaluation du Pavillon A qui effectue un premier tri des patients devant être préparés dans un délai équivalant à environ trois semaines avant la date de déroulement de la chirurgie.
- **La RÉALITÉ** est plus complexe. L'infirmière à l'évaluation des dossiers et la planification des rendez-vous cherche plutôt à répondre aux requêtes opératoires prioritaires (P1, P2 et quelques cas P3) ou à celles dont les dates d'intervention sont rapprochées. Bref, les patients sont préparés au fur et à mesure des priorités et des dates soumises et non selon une planification préétablie des listes d'attente. Les prothèses sont généralement considérées comme des P4, excepté pour un orthopédiste qui a quelques P3 subdivisés en P3 moins de six mois et P4 moins de neuf mois.
- Qui plus est, il y a toujours des patients qui s'intercalent entre des dates rapprochées. En conséquence, ils ne sont pas évalués dans l'ordre réel où ils vont être opérés. Cette situation provoque des décalages et des reprogrammations. Sans oublier qu'il peut aussi arriver que des chirurgiens échangent leurs priorités à la dernière minute sans prévenir l'Unité d'accueil. Cette situation est plus fréquente au Pavillon A.

Mentionnons enfin que l'infirmière à l'évaluation inscrit ses notes (arrêt médication, traitement spécial, allergie détectée, problématique suspectée) dans GIC. Elle vérifie 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, l'infirmière utilise des gommettes de couleurs. Pour les cas peu complexes avec peu ou pas de consultants, une pastille verte sera apposée sur la couverture du dossier, une pastille jaune le sera 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 à prévoir. L'expertise de l'infirmière à l'évaluation est déterminante. Le but est de permettre la répartition des dossiers entre les différents infirmiers cliniciens.

iii) La durée requise pour le déroulement des tâches et des activités

Tout comme dans les épisodes précédents, nous avons récapitulé dans le tableau 7 le temps écoulé, en nombre de jours entre l'ouverture du dossier (GIC) et la demande de consultations auprès des intervenants cliniques par le biais du logiciel ADT.

Tableau 7

Nombre de jours entre l'ouverture du dossier (GIC) et la demande de consultations auprès des intervenants cliniques par le biais du logiciel ADT

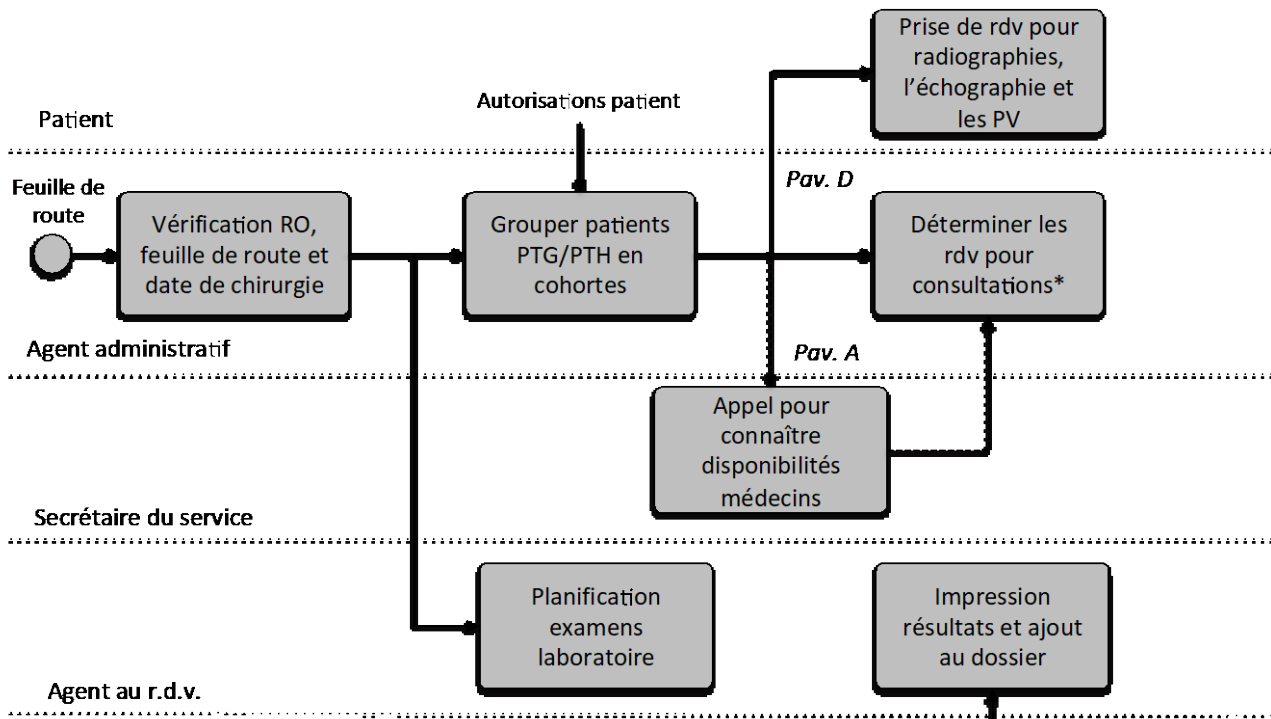
	Prothèse du genou (en nombre de jours)		Prothèse de la hanche (en nombre de jours)	
	Pavillon A	Pavillon D	Pavillon A	Pavillon D
Max	617	595	207	358
Min	11	1	3	8
Moyen	187,08	139,93	81,73	132,67

e) ÉPISODE 4 : Programmation des activités cliniques (La prise de rendez-vous)

i) L'agencement des tâches et des activités particulières

La figure 6 décrit les principales étapes liées à cet épisode. Toutes ces activités sont réalisées par une agente administrative chargée de réunir les documents nécessaires (dossier patient et feuille de route), de les vérifier et de programmer les rendez-vous en fonction des caractéristiques du patient et de l'intervention. Une validation sur le planning est réalisée afin de valider que l'ensemble des rendez-vous ont été pris. Comme cela est décrit plus bas, le passeport et des autorisations sont requis pour accéder à certaines informations.

Figure 6
Modèle opérationnel correspondant à la prise des rendez-vous



*On tente de programmer prise de sang, ECG et radio, ainsi que l'ensemble des consultations dans la première journée de « formation » (Épisode 6)

Arrivée résultats laboratoires

ii) Les modes d'intervention des acteurs impliqués

Une fois que la date d'intervention (PRÉ-BOOKING) est programmée et que l'infirmière a évalué le dossier, le passeport est transmis à l'agente du bureau des rendez-vous pour planifier les dates de rendez-vous, avec les laboratoires (bilan de base, prises de sang, radio, tacco, etc.), avec les consultants (médecine interne, cardio, etc.) ainsi que les examens (radiologie, TACO, IRM) à réaliser. Les cohortes pour les PTG ou les PTH doivent être également montées pour assurer leur formation. **Il s'agit ensuite de prendre les différents rendez-vous selon les plages horaires qui sont déjà préétablies pour les consultations et les examens. Elles le sont au Pavillon D alors qu'elles ne le sont pas au Pavillon A.**

Encore une occasion de mesurer à quel point le fait d'avoir des horaires déterminés donne un meilleur résultat !

La procédure est sensiblement la même dans les deux pavillons. L'agente administrative récupère le dossier avec la feuille de route. Elle vérifie la date de chirurgie qui conditionne le délai dont elle dispose pour les rendez-vous. Elle vérifie le lieu de résidence du patient, son âge, les consultants à rencontrer (pharmacien, omnipraticien, physio/ergo, consultants). Pour les cas d'hospitalisation post opératoire (HPO), la consultation avec le pharmacien et l'omnipraticien est automatiquement programmée. Pour la physiothérapie et l'ergothérapie, aucune rencontre n'est à programmer puisque ces patients participent à la formation de groupe. L'agente inscrit CHECK sur le planning à côté du nom du patient.

À noter que pour faire leur planification et regrouper tous les documents nécessaires aux consultations PRÉ-OP, le passeport patient est nécessaire ainsi que les autorisations signées par les patients pour obtenir les documents d'autres pavillons (résultats d'examens, prises de sang, derniers examens cardiaques). Ces autorisations sont nécessaires pour accéder à leur bilan et antécédents médicaux. Sans cet accord signé par le patient, personne n'aura accès aux antécédents médicaux provenant d'autres pavillons.

Il serait important ici d'identifier le meilleur moment pour l'obtention de cette autorisation et d'en faire une activité au sein du protocole. Bref de « protocoliser » cette autorisation.

Au Pavillon A, l'absence de plages horaires dédiées complique significativement la coordination des consultations médicales. Le problème se pose surtout pour la médecine interne, la cardiologie ou encore la pneumologie, où il demeure difficile d'avoir accès à la bonne ressource qui rentre au moment opportun dans la trajectoire. L'une des plus grosses difficultés au Pavillon A est d'arriver à mettre tous les consultants d'accord pour établir des horaires prédéfinis pour l'accueil des patients. Généralement, l'agente administrative passe par le secrétariat des différents services médicaux pour connaître la disponibilité des médecins-consultants. En cardiologie il n'y a que trois plages horaires disponibles : à 11 h, à 11 h 15 et à 13 h 15. Certains orthopédistes ne prescrivent donc pas de consultations dans ces spécialités, laissant aux gens de la planification le soin d'agir.

À notre humble avis, cette façon de procéder constitue un problème grave. Il nous apparaît important d'établir les responsabilités des orthopédistes et de faire en sorte qu'ils demandent eux-mêmes les examens nécessaires. Laisser les autres s'en occuper n'est pas une option.

Les internistes visitent l'Unité d'accueil (C3) à tour de rôle, tous les jeudis après-midi. Ce sont donc des médecins différents avec des exigences différentes (nombre de patients et variation dans l'horaire de leur disponibilité) qui se rendent à tour de rôle sur les étages. À noter que les plages horaires de disponibilité couvrent le C3 et le B3. Faute de disponibilité de rendez-vous avec certains consultants, le patient de la région de Québec peut se présenter deux à trois fois à l'hôpital pour rencontrer les consultants.

Nous devons absolument mesurer la charge de travail que la trajectoire génère dans les autres services (consultation).

À noter aussi que l'anesthésiste est le dernier consultant à intervenir. Il a besoin de l'ensemble des données et consultations avant de donner son accord à la tenue de l'intervention. Lorsque la consultation est nécessaire, l'agente au rendez-vous l'indique sur le planning affiché au secrétariat et l'anesthésiologiste rencontre le patient lors de son passage à l'Unité d'accueil. Les plages horaires dédiées sont de 14 h 30 à 15 h, jusqu'à 16 h 30-17 h, tous les jours. Après 11 h, les patients déjà préparés peuvent les rencontrer au bloc. De 25 à 50 % des PTG/PTH sont vus. Sont exclus les patients pour lesquels il s'agit d'une deuxième opération PTG/PTH et les patients qui ne correspondent pas aux critères de comorbidité définis par les médecins anesthésistes.

Au Pavillon D, la procédure se trouve grandement simplifiée grâce aux plages horaires prédéterminées. L'agente au rendez-vous planifie les consultants selon les horaires préétablis grâce aux ententes qu'elle a négociées avec chaque médecin depuis plusieurs années.

Les médecins lui faxent leurs horaires, à partir desquels elle établit une grille de disponibilité. En cardiologie, c'est toujours le mardi et le jeudi que les médecins allouent du temps pour les consultations en PRÉ-OP à partir de 13 h pour quatre à cinq cas. En médecine, il y a plus de variation, car chaque médecin a ses horaires, ses disponibilités qui impliquent de jongler avec les horaires, mais la plupart viennent le matin. Qui plus est, les équipes médicales ajoutent les disponibilités requises sur demande et se déplacent rapidement au besoin. Bref, la collaboration est excellente.

Il serait très intéressant de mesurer l'impact de cette pratique. Nous devons absolument effectuer une étude sur les conséquences de cette pratique.

Tous les jeudis, l'agente aux rendez-vous envoie les programmes de la semaine à venir aux différents consultants. Elle peut compter sur le médecin de garde même si son horaire est déjà fait. Cela peut poser des contraintes en terme de délai surtout s'il y a des investigations complémentaires, mais certains cardiologues offrent plus de disponibilités et restent somme toute conciliants en acceptant des cas supplémentaires, en cas de débordement. Dans le cas des PTG/PTH, le médecin anesthésiste affecté au PRÉ-OP verra tous les patients à partir de 10 h à la suite de la vidéo d'enseignement. Lorsque tous les rendez-vous sont pris, l'agente contacte le patient pour l'en informer. Certains peuvent refuser des rendez-vous ; elle indique le refus et le motif dans les notes du logiciel GIC.

La procédure est relativement simple pour les demandes d'examens de laboratoire au Pavillon D. Coché d'après l'ordonnance collective dans le cahier chirurgical sur la feuille de « *Note d'évaluation soins infirmiers Clinique PRÉ-OP* », les prises de sang et examens de laboratoire sont planifiés par les agentes aux rendez-vous qui ont accès à toute la liste des laboratoires à partir des plages horaires réservées. Les résultats de laboratoires sont imprimés afin que les dossiers soient complets pour les consultations. Au Pavillon A, les agentes administratives procèdent de la même façon que pour la prise de rendez-vous : soit elles recourent au logiciel ADT, soit elles contactent les différents secrétariats et prennent directement les rendez-vous. **À noter qu'il est de la responsabilité des patients de prendre eux-mêmes les RDV pour les radiographies, l'échographie et ceci explique que ces informations peuvent être manquantes le jour de la chirurgie.** C'est l'agente administrative qui appelle l'hôpital pour les prévenir des examens à réaliser puis elle faxe la requête dans les services concernés et prévient le patient du délai, généralement de deux à trois jours, pour prendre rendez-vous. Lorsque le rendez-vous est pris, il est coché sur la palette (PV, ECG, RX). On ne le programme pas.

Dans certains cas, les résultats d'examens nécessitent d'autres investigations et, sur recommandation de l'anesthésiste, des examens complémentaires imprévus avec des consultants peuvent entraîner un report de l'opération, surtout si la date de chirurgie est proche. C'est sous protocole (ordonnance collective), donc, que le personnel infirmier coche les examens à faire ou les consultants supplémentaires sur une troisième feuille complémentaire et retransmet le dossier pour planifier d'autres rendez-vous en espérant que les délais ne soient pas trop courts. Dans certains cas, la chirurgie pourrait être reportée.

Le personnel infirmier prévient alors le PRÉ-BOOKING que des examens complémentaires sont demandés et qu'il y a risque d'annulation. Parfois, selon la date et le délai estimé, l'intervention est reportée par mesure de sécurité pour le patient et pour éviter de l'annuler. Un autre patient est alors programmé. Dans de tels cas, l'infirmière clinicienne garde le dossier en

attente, transmet l'information aux rendez-vous, fait le suivi des examens pour pouvoir donner le feu vert pour la chirurgie. Dans de rares exceptions, le patient est exclu de trois à six mois, le temps de régler le problème. Soulignons par contre que certains examens complémentaires peuvent être faits le matin même de la chirurgie, évitant ainsi les reports.

Les demandes de consultation en médecine générale et en pharmacie sont systématiques en PTG/PTH seulement au Pavillon A. Il n'y a pas de plage horaire dédiée à l'omnipraticienne. Cependant, elle vient tous les jours à l'Unité d'accueil pour rencontrer les patients en orthopédie et en urologie. Elle n'est disponible qu'après 14 h. L'agente des rendez-vous indique sur le planning les patients qu'elle doit rencontrer. La planification des rendez-vous avec le pharmacien est informatisée. Une fois de plus, l'agente en administration utilise le logiciel ADT, à l'intérieur duquel le pharmacien indique ses disponibilités pour les consultations. Elle regarde l'ensemble des possibilités offertes et choisit la plage horaire. Elle sélectionne et valide le rendez-vous.

Les orthopédistes du Pavillon A ne s'occupent pas de la médication **usuelle** des patients, sauf celle qui est directement liée à la chirurgie (antibiotique à l'induction). Ils se disent peu compétents dans ce domaine et, conséquemment, préfèrent déléguer cette tâche aux pharmaciens considérant que ces derniers ont une meilleure connaissance et expertise pour prescrire les molécules les mieux appropriées. À noter également que le pharmacien doit être vu obligatoirement avant l'infirmière. Les formations de groupe ont lieu les mercredis et les vendredis. L'omnipraticien contresigne ses prescriptions.

Cette pratique est également en émergence au Pavillon D où les orthopédistes se limitent à prescrire la médication usuelle. Ils ne prescrivent pas, ou du moins pas de manière constante, les antibiotiques, les anticoagulants et autres médicaments. Toutefois, les anesthésistes du Pavillon D pallient ce manque en complétant le bilan pharmacologique et en rédigeant les prescriptions qui en découlent. Le pharmacien n'intervient donc que dans les cas où le médecin traitant en juge la nécessité.

L'intervention des pharmaciens dans la préparation des patients pour une chirurgie découle, du moins en partie, de leur désir d'occuper ce champ de compétence en évoquant une plus grande sécurité pour le patient. Les chirurgiens y voient l'opportunité de se délester d'une tâche qui exige du temps et des connaissances qu'ils doivent constamment mettre à jour face à la rapidité de l'évolution des thérapies médicamenteuses. Bref, aux yeux des chirurgiens, les revendications des pharmaciens s'appuient sur une certaine légitimité, au point de vue clinique tout au moins.

Du point de vue organisationnel, le problème est double. La structure de rémunération en place fait en sorte qu'une telle délégation au profit des pharmaciens alourdirait la charge financière de l'établissement ; les actes posés par le pharmacien sont aux frais de l'établissement alors que ceux du chirurgien sont prévus dans sa rémunération. De plus, l'implication d'un intervenant présuppose l'ajout d'une pratique additionnelle avec toutes les activités que ce nouveau protocole d'intervention exigerait. Entre autres, la nécessité d'évaluer une fois de plus le patient par souci de sécurité. Bref, il nous apparaît approprié de réfléchir sur la façon dont l'établissement se doit d'encadrer cette pratique avant de songer à la généraliser à l'ensemble des patients, des trajectoires de soins chirurgicaux et des pavillons.

Les physiothérapeutes et les ergothérapeutes interviennent uniquement lors de la formation de groupe PTG/PTH en PRÉOPÉRATOIRE pour faire la présentation de leur offre de service et ensuite répondre aux questions des patients. L'essentiel de leur activité se déroulant en POST-OP. Les ergothérapeutes ne sont présents qu'à la formation de groupe concernant les PTH. Il n'y a qu'une seule ergo dédiée à l'orthopédie. Dans ces cas, l'infirmière à l'évaluation les informe et coche sur sa palette ou feuille de route, le groupe ergo/physio, qui n'a pas besoin d'être prescrit par les orthopédistes, ceci étant une offre de service systématique dans le cas des trajectoires PTG/PTH. Les ergo n'interviennent que dans le cadre des PTH en raison des restrictions de mouvements imposées par cette chirurgie. À noter que ce n'est pas vraiment une demande ni une consultation. Elle n'est pas programmée dans la trajectoire de soins. Ils ne viennent que présenter au groupe de patients les exercices et les équipements nécessaires et répondre ensuite à des questions pendant 15 minutes.

L'agente administrative procède de la même façon pour programmer l'infirmière à l'enseignement (formation). Avant de rencontrer cette infirmière, les patients doivent avoir déjà subi leurs examens et prises de sang. Ils doivent également avoir obtenu une consultation avec le pharmacien. Une fois de plus, l'agente aux rendez-vous affiche le planning au secrétariat avec des couleurs (rose, verte ou bleue) selon les équipes concernées.

iii) La durée requise pour le déroulement des tâches et des activités

La première chose que l'infirmière à l'évaluation regarde et qui conditionne la suite, c'est le lieu de résidence du patient (domiciliation). S'il est assez facile d'obtenir toutes les informations pour les patients de Québec, la prise des rendez-vous devrait se réaliser juste après la vérification des informations au sujet du patient. Lorsque ce dernier vient de l'extérieur, se procurer tous les examens réalisés chez lui exige toute une organisation et peut occasionner des délais. Pour obtenir le consentement des patients, l'infirmière à l'évaluation faxe la demande à la pharmacie du patient. Elle fixe une semaine de délai minimum pour les patients de Québec avant leur chirurgie.

Établir un protocole pour obtenir l'information avant et de manière certaine.

Le tableau 8 permet de constater ces écarts.

Tableau 8
**Nombre de jours entre l'ouverture du dossier (GIC),
la vérification des informations patients
et la prise de RDV des patients avec les différents intervenants cliniques**

	Prothèse du genou (en nombre de jours)				Prothèse de la hanche (en nombre de jours)			
	Pavillon A		Pavillon D		Pavillon A		Pavillon D	
	Vérif. infos patients	Prise RDV patients	Vérif. infos patients	Prise RDV patients	Vérif. infos patients	Prise RDV patients	Vérif. infos patients	Prise RDV patients
Max	617	638	595	365	207	494	224	238
Min	11	11	1	23	3	6	0	1
Moyen	187,08	232,71	139,93	138,93	81,73	145,00	107,47	122,93

f) ÉPISE 5 : La formation préparatoire des patients

L'objectif à atteindre ici est de communiquer aux patients l'ensemble de l'information nécessaire sur sa chirurgie. Il sera formé sur les exercices qu'il aura à effectuer en POST-OP, sur l'équipement à se procurer et sur l'ensemble des préparatifs pour la journée de sa chirurgie. Il devrait être au courant des médicaments qu'il devra cesser de prendre et à quel moment. Le but est de bien le préparer pour éviter toute complication POST-OP. Au niveau médical, les objectifs recherchés dans la préparation des patients sont de s'assurer de l'état de santé des patients et de voir à ce qu'ils soient aptes à subir l'intervention.

Ceci nous apparaît extrêmement important. Il serait bon de concevoir un document spécifique accompagnant le patient depuis la requête opératoire (épisode 1) et dans lequel serait identifié tout facteur ou difficulté susceptible de retarder son congé après l'intervention.

i) L'agencement des tâches et des activités particulières

Les activités principales de cet épisode sont :

- La préparation du dossier patient;
- Les consultations laboratoires et pharmaceutiques;
- Le coaching;
- Les tests de laboratoire et d'imagerie;
- Le bilan pharmacologique;
- La formation de groupe;
- La formation en physiothérapie et en ergothérapie;
- La consultation individuelle avec une infirmière clinicienne (incluant la préparation du dossier patient);
- Les consultations médicales supplémentaires.

Notons que l'agencement des activités dans ce processus est très dépendant des caractéristiques du patient. Une étude approfondie des données et des historiques des rendez-vous permettra d'affiner les besoins en lien avec cette étape.

ii) Les modes d'intervention des acteurs impliqués

La veille de l'intervention, la préposée à l'Unité d'accueil (Pavillon A) ou à la clinique préopératoire (Pavillon D) sort les dossiers des patients programmés pour les journées de consultations. **À noter que chaque intervention concernant le dossier est enregistrée dans GIC sous forme de notes pour la traçabilité. Malgré tout, il leur arrive de devoir rechercher les dossiers qui s'égarerent.**

Tous les patients PTG/PTH doivent se présenter en personne à l'hôpital pour leur consultation et l'enseignement individuel et en groupe. Ces rencontres ont lieu tous les mardis, un jeudi sur deux et, selon la demande, le vendredi. Au besoin, les patients voient les consultants médicaux (médecine interne, cardiologue, pneumologues, etc.) et non médicaux (physiothérapeute, ergothérapeute, infirmier de liaison, travailleur social, etc.). L'équipe tente - du mieux qu'elle peut - de concentrer l'ensemble des consultations dans la même journée afin d'éviter aux

patients de se déplacer à plusieurs reprises. Cette pratique est très appréciée de la part des patients provenant de l'extérieur et par les plus âgés.

La préparation des patients PTG/PTH se déroule sur deux jours. Lors de la première journée, le patient doit subir sa prise de sang, son ECG, si prescrit, et sa radio. Il reviendra le mardi ou le jeudi pour la formation vidéo de groupe (UA). Cette formation est assurée par une infirmière clinicienne. S'ensuit une période de question-réponse avec le groupe physio/ergo, la consultation avec l'infirmière et avec l'anesthésiste, systématiquement. Suivent enfin les rencontres avec d'autres consultants médicaux, si référés.

Tableau 9
Tableau-synthèse des journées de consultations pour les patients PTG/PTH
aux Pavillons A et D

Séquences	Pavillon A (courant automne 2014)	Pavillon D
Le patient vient à l'hôpital pour subir les différents examens/laboratoires : <i>prises de sang, radio, ECG.</i>	Journée 1 Le matin à partir de 8 h.	nd
Le patient vient à l'hôpital pour une consultation avec le pharmacien.	Journée 2 Le matin de 9h à 10 h 30	Au besoin
Le patient vient à l'hôpital pour voir la vidéo d'enseignement de groupe PTG ou PTH.	Journée 2 De 11 h à 13 h	Journée 2 De 8 h à 9 h 30
Rencontre de groupe physio/ergo* (*pour PTH uniquement).	Journée 2 De 13 h à 13 h 20	
Le patient rencontre l'infirmière pour la consultation individuelle.	Journée 2 De 13 h 30 à 14 h 30	nd
Le patient rencontre le médecin de famille pour une consultation individuelle.	Journée 2 à partir de 14-14 h 30 jusqu'à 16 h 30-17 h	nd
Le patient rencontre les consultants Pneumo, cardio, interniste, autre.	À déterminer	Journée 2 De 9 h 30 à midi
Le patient rencontre l'anesthésiste pour une consultation individuelle.	Journée 2 à partir de 14 h 30 = 15 h jusqu'à 16 h 30-17 h.	De 9 h 30 à 16 h tous les jours (10 le matin et 6 en PM)

Certains patients se plaignent de la longueur de la journée 2. La longueur de cette journée peut occasionner des douleurs, de l'angoisse liée à l'attente. Il n'est pas rare de voir des patients s'endormir pendant la vidéo. Cette situation peut être liée à la condition physique, à l'apnée du sommeil. Certains patients se présentent au secrétariat pour demander à quel moment ils vont passer où s'ils n'ont pas été oubliés. Les patients se plaignent également de la quantité d'information qu'ils doivent absorber durant une même journée. Le personnel leur explique que ces informations leur seront répétées et que toute l'information est contenue dans les guides.

Les tests de laboratoire et d'imagerie

Les tests de laboratoire (prise de sang, ECG si prescrite, et radio) sont effectués au matin de la première journée. Les résultats de ces tests sont acheminés par fax, régulièrement, à l'Unité d'accueil (Pavillon A) et rangés dans une chemise verte pour les résultats normaux, ou dans une chemise rouge pour les résultats anormaux. L'adjointe infirmière-chef du bloc opératoire est responsable de cette étape. Un commis, soit la secrétaire du C3, s'occupe de ranger les résultats de la chemise verte dans les dossiers correspondants. Entre leurs différentes tâches, les infirmières sont chargées de vérifier si tous les bilans demandés et listés sur la feuille de route sont bien présents et valides. Elles vérifient si ces résultats sont normaux, et s'il y a lieu, de faire l'analyse qui s'impose. Rien ne doit manquer. Les infirmières consultent ces résultats au moment de la formation des patients. Ces résultats sont disponibles dans le logiciel Cristal Net.

Pour ce qui est du Pavillon D, les résultats de chacun des examens de laboratoire se trouvant au dossier sont tous vérifiés par l'infirmière clinicienne ; c'est d'ailleurs elle qui interprète les résultats, effectue une évaluation clinique des données et détermine la direction que doit prendre le dossier.

Le bilan pharmacologique et la consultation qui s'en suit.

Les pharmaciens du Pavillon A demandent à recevoir les résultats des analyses laboratoires (prises de sang, RX et ECG) avant de rencontrer les patients. À noter que le suivi du pharmacien est un prérequis obligatoire pour la consultation avec l'infirmière à l'Unité d'accueil. La consultation est individuelle et dure de 45 minutes à une heure au cours des trois plages horaires offertes le matin de 9 h à 10 h 30 et planifiées via le logiciel ADT. Le pharmacien ne peut rencontrer que trois ou quatre patients par jour. Le pharmacien évalue le patient, son dossier, ses antécédents, ses médications et prescrit les médicaments à prendre et/ou à arrêter et fait ses recommandations. Au Pavillon D, le pharmacien intervient en complément de l'anesthésiste. Sur place depuis décembre 2016, celle-ci établit les critères et vérifie la veille les dossiers du lendemain pour planifier la rencontre des patients, si nécessaire.

De sept à dix jours avant l'intervention, les patients doivent cesser la prise de certains médicaments comme les anticoagulants ou les antiagrégants plaquettaires pour éviter toute complication opératoire et postopératoire. Le médecin de famille fait une évaluation physique complète du patient et peut demander des consultations en médecine interne ou en cardiologie pour statuer, le cas échéant, au moment de la formation. L'infirmière prévient le patient du moment où il devra cesser la prise de ces médicaments, mais ne confirmera rien tant que la décision de l'omnipraticien ne sera pas précisée. L'arrêt de l'anticoagulant Coumadin est géré par un groupe de pharmaciens spécialisés. Le chirurgien sera tenu au courant du suivi.

À nouveau, le périmètre de responsabilité reste flou. Le chirurgien peut prescrire ou arrêter la prise d'un médicament, mais il faut s'assurer que quelqu'un, au cours du processus, a la responsabilité totale du contrôle des médicaments et prescriptions. Il en va de la santé des patients!

La consultation pharmacologique pose donc problème au Pavillon A en exigeant l'implication des pharmaciens et de l'omnipraticien. En fait, tout repose sur l'omnipraticien en tant que répondant médical. Par le fait même, on limite le nombre de patients qui peuvent être consultés pour les formations de groupe. Qui plus est, les patients arrivent avec des dossiers de plus en plus complexes et lourds, d'où l'importance de recourir rapidement aux spécialistes. Enfin, l'intervention des pharmaciens et de l'omnipraticien complique la gestion des RDV, rallonge le temps de consultation et, subséquemment, le nombre de visites requises et la durée de la présence des patients à l'hôpital. Bref, il serait beaucoup plus simple que le médecin traitant, en l'occurrence l'orthopédiste, effectue le bilan pharmacologique tel que cela se pratique au Pavillon A.

La formation en groupe (incluant la formation en physiothérapie et en ergothérapie)

S'inspirant d'un projet pilote à Gatineau, le Pavillon D a choisi l'enseignement collectif, dispensé en cohortes de dix patients accompagnés d'un membre de leur famille. Cette procédure est en place depuis 2012. Les gens du Pavillon A ont adopté cette formule en 2014, mais dispense la formation à des groupes plus restreints, soit de cinq personnes accompagnées d'un proche.

À noter toutefois que la taille de la cohorte doit être estimée en fonction de l'ensemble des activités à réaliser et non seulement pour l'activité enseignement. Sommes-nous capables d'assurer que les autres consultations et rendez-vous soient complétés aisément?

Dans, les deux pavillons, la formation de groupe se déroule au matin de la seconde journée, après la consultation avec le pharmacien (Pavillon A) ou dès leur arrivée à la clinique (Pavillon D). La formation se déroule en trois parties. L'infirmière d'enseignement procède à la pesée du patient et vérifie sa tension artérielle ; elle note ces informations dans le dossier. La formation proprement dite suit. D'une durée de 90 minutes, elle précède la présentation d'une vidéo. Enfin, la physiothérapeute répond aux questions durant vingt minutes.

À ce propos, les professionnels du Pavillon A s'interrogent sur la pertinence de leur présence à la formation de groupe. Ils considèrent que la vidéo diffuse l'information nécessaire et que la période de questions n'est qu'une reprise de l'information préalablement diffusée. Bref, l'infirmière pourrait très bien répondre aux questions posées.

Le personnel infirmier ainsi que la physiothérapeute du Pavillon D ne sont pas du même avis. Ils estiment que la rencontre de groupe fait une différence. Grâce à l'échange, aux questions/réponses, les patients semblent mieux préparés lorsqu'ils arrivent en POST-OP et les bénéfiques se ressentent sur les étages. Les patients bougent plus rapidement. Ils ont moins d'appréhension à se lever. La préparation PRÉ-OP permet donc de les mobiliser plus rapidement et diminuerait les risques de phlébites. D'autant plus que les injections d'anticoagulant sont remplacées par des comprimés, évitant ainsi certaines complications médicales POST-OP, qui nécessiteraient un suivi par la pharmacie et retarderaient les départs.

À Gatineau, il a été démontré que la formation devrait avoir lieu de quatre à six semaines avant l'opération, tout comme la valeur ajoutée de la rencontre par rapport à la seule diffusion d'une vidéo d'information via internet : le groupe est une émulation en soi et suscite le dialogue. Les patients posent des questions pour l'ensemble du groupe. Il serait bien d'envisager une fenêtre similaire aux deux pavillons.

Soulignons également que ce sont les ergothérapeutes des CLSC ou d'autres organismes – **et non ceux de l'hôpital** - qui se préoccupent de l'ergonomie de l'habitat et du lieu de travail du patient. Il serait bien de s'interroger sur leur apport. Les ergothérapeutes et les physiothérapeutes du Pavillon D sont tout à fait d'accord avec cette façon de procéder.

La consultation individuelle

Avant l'accueil et/ou durant la diffusion de la vidéo, l'infirmière prépare ses consultations en vérifiant les dossiers des patients qu'elle rencontrera après la vidéo (requête, collecte de donnée). Elle s'assure que les résultats de tous les examens y soient et que les prélèvements aient été effectués. Elle s'enquiert des points particuliers, des problèmes de santé (diabète, problème cardiaque ou pulmonaire). En cas d'anomalie, elle avise le médecin traitant. Si des examens complémentaires et/ou une consultation avec un spécialiste sont nécessaires, elle doit obtenir l'accord, au moins verbalement par téléphone, du médecin traitant ou de l'anesthésiste.

Au cours de la consultation individuelle, l'infirmier/infirmière clinicien(ne) assure un suivi systématique des examens et des dossiers. L'objectif est ici de finaliser la quête d'information, de rajouter des examens, si nécessaires, notamment au Pavillon A où les consultations médicales ne sont pas préprogrammées.

Quarante-cinq minutes lui sont allouées pour préparer le dossier, rencontrer le patient et lui prodiguer l'enseignement requis, et dix minutes additionnelles pour compléter son dossier. Lors de cette consultation physique individuelle, elle vérifie le poids, le pouls, la taille et prend les signes vitaux. Ensuite, elle révise en détail la collecte de données, questionne l'état de santé avec des questions cibles pour détecter des incohérences, des détails qui nécessiteraient d'autres examens ou consultations avec l'accord de l'anesthésiste. Elle explique au patient le déroulement de l'intervention ainsi que la période postopératoire et lui fait signer le consentement opératoire. Enfin, elle lui remet le guide d'enseignement général et le guide adapté à la chirurgie.

La rencontre des patients de groupe (cohorte) dure théoriquement dix minutes, une partie importante de l'information étant diffusée lors de la vidéo, mais elle déborde toujours. En général, sept patients sont rencontrés par jour, cinq dans le cas des cohortes. Lorsque l'infirmière consulte les dossiers, il lui arrive de détecter des troubles cognitifs. Généralement, ce sont des troubles liés à la compréhension du patient particulièrement chez les personnes âgées. Si la communication devient trop difficile, elle s'adresse à l'accompagnateur pour aider à la préparation.

On peut regretter que l'information ne soit pas relayée plus efficacement et que ces troubles ne soient pas identifiés bien avant.

À signaler que le suivi des dossiers s'avère un profond irritant aux dires des infirmières à l'enseignement au **Pavillon A**. Ce suivi nécessite une lecture du dossier, l'obligation de faire les liens et de comprendre leur logique. Il y a également les dossiers atypiques qui surgissent pour des raisons mystérieuses ainsi que les dossiers censés être prêts sur lesquels il y a des modifications variées (annulation, changement de date). L'information est traitée en double, parfois en triple. Lorsqu'une date est attribuée, le dossier est mis dans un panier au secrétariat

par les agentes de PRÉ-BOOKING. Les infirmières doivent vérifier que ces dossiers sont prêts et que rien ne manque. Ces patients ayant déjà été traités par d'autres collègues, il faut relire l'intégralité des dossiers, souvent complets (puisqu'ils sont prêts) et parfois complexes en fonction de l'état de santé des patients.

Il faut comprendre le cheminement du dossier, les consultations supplémentaires demandées ainsi que la raison à la base de ces décisions. Même si ces dossiers ont déjà été évalués et traités, des informations se sont rajoutées et les dernières consultations effectuées peuvent impliquer de tout reprendre et d'analyser à nouveau le dossier. **Idem au Pavillon D** où les examens complémentaires ou demandes de consultation de dernière minute sont des sources de pression. Parfois, pour ne pas faire du temps supplémentaire, il arrive que le personnel infirmier (PI) ne puisse finaliser les dossiers vus dans la journée à cause de différents retards accumulés. Ils ne seront finalisés que le lendemain.

La/les consultations médicales (omnipraticiens et spécialistes)

Au Pavillon A, 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 gens de l'Unité d'accueil (C3) essaient de préparer les patients PTG/PTH un mois avant leur chirurgie. 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, la présence quotidienne d'un anesthésiste est assurée à l'Unité d'accueil (C3). Les consultations avec les anesthésistes se déroulent de la même façon qu'avec les infirmières et l'omnipraticien. Il n'y a pas de rendez-vous spécifique. L'anesthésiste suit le planning sur la feuille de route. Une rencontre avec l'anesthésiste peut être demandée, soit par l'infirmière d'évaluation, soit par l'infirmière à l'enseignement, soit par l'omnipraticien, soit par le patient. 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 11 h. Cela 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. **Mentionnons ici que contrairement à d'autres spécialités, aucun résident en orthopédie ne vient vérifier les dossiers au C3.**

Les consultations médicales sont beaucoup mieux structurées au Pavillon D, de sorte que leur conformité et l'accessibilité des consultants médicaux s'en trouvent grandement facilitées. Après la formation de groupe, les patients retournent dans la salle d'attente de la clinique PRÉ-OP et sont appelés à tour de rôle par les différents consultants. À noter que les patients rencontrent systématiquement un anesthésiste et une infirmière en consultation individuelle, puis des consultants prescrits, selon leur état de santé.

Toujours au Pavillon D, les noms des patients sont affichés dans le planning des rendez-vous, leur dossier est sorti et rangé au secrétariat. Chaque spécialiste a en main la liste des patients qu'il doit rencontrer. Il y a une filière pour le personnel infirmier, une pour l'anesthésiste et une pour les consultants (cardio/pneumo). À titre indicatif, la spécialiste de la médecine interne arrive vers 9 h 30 - 9 h 45, voit quatre ou cinq patients pour une consultation de 15 à 20 minutes chacun et remonte à l'étage.

À partir de 10 h, l'anesthésiste entre en scène. Contrairement aux autres consultants médicaux, il rencontre individuellement la totalité des patients de la cohorte (dix patients). Quant au cardiologue, il arrive vers 13 h. L'ordre des patients (séquençage) est conçu de telle sorte pour éviter des attentes inutiles. Tous les consultants médicaux finissent leurs consultations prévues pour la journée, même après 16 h. Lorsque tout est terminé, le dossier revient au secrétariat où la secrétaire indiquera dossier prêt dans GIC. Elle le déposera dans un classeur dédié depuis le dossier patient électronique (DPE) pour y être conservé jusqu'au jour de l'opération.

iii) La durée requise pour le déroulement des tâches et des activités

Au Pavillon A, la règle générale dictée par l'adjointe est de préparer les patients, au minimum sept jours ouvrables avant leur chirurgie. Dans le cas des PTG/PTH, on essaie de les préparer au moins un mois à l'avance, ce qui limite les problèmes liés aux délais aux patients consultants à l'extérieur de Québec et aux nombreuses consultations éventuelles. Dans la réalité, la préparation des patients débute plutôt dans les trois semaines avant la date prévue.

g) ÉPISE 6 : La finalisation du programme opératoire

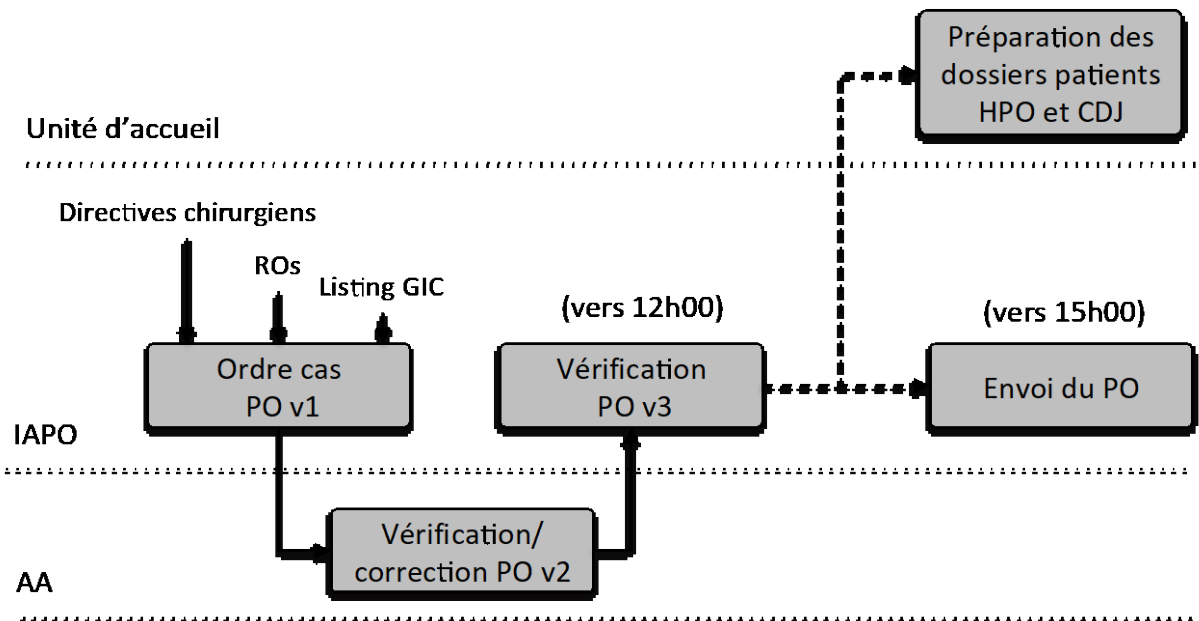
Tel que mentionné précédemment, le programme opératoire prend forme et se précise en cours de réalisation des activités se référant aux épisodes précédents. Pratiquement, le programme est en très grande partie concrétisé un mois avant la journée programmée. Une semaine avant, l'infirmière assistante au programme opératoire (IAPO) du Pavillon D vérifie ce dernier pour s'assurer qu'aucun événement imprévu (disponibilité du médecin, adéquation de la charge du programme avec le temps imparti, disponibilité et accessibilité des outils et du matériel requis, disponibilité et conformité de la salle en regard des besoins particuliers) ne vienne perturber le déroulement de la journée opératoire.

Bref, la finalisation du programme vise essentiellement à déterminer l'ordre de lancement (ordonnancement) des cas en lien avec les besoins d'instrumentation et/ou d'équipement. Cette étape est importante puisque l'on doit tenir compte de l'équipement disponible et trouver des façons d'en faire bénéficier l'ensemble des utilisateurs. L'idéal serait d'investir considérablement dans l'achat d'instruments (moteurs, écarteurs etc.) pour ne pas se retrouver dans l'obligation de faire des compromis (trade-off) qui pourraient avoir une incidence sur les durées moyennes de séjour (DMS), notamment quand surviennent plusieurs cas devant être traités en urgence.

i) L'agencement des tâches et des activités particulières

L'ensemble des activités décrivant l'épisode 6 est proposé dans la figure 7. Dans ce modèle, deux activités sont exécutées en parallèle la veille de l'intervention chirurgicale. À savoir : l'élaboration du programme opératoire (PO) et la préparation du dossier patient.

Figure 7
Modèle de l'épisode 6



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

Les activités cliniques de cet épisode se déroulent au bloc opératoire de chacun des pavillons. À ce sujet, il est intéressant de mentionner que la localisation géographique au Pavillon D est beaucoup plus conviviale. La clinique préopératoire, le service de chirurgie d'un jour, le bloc opératoire et la salle de réveil sont situés sur le même étage. Cette localisation évite les nombreux allers-retours, contraignants à la fois pour les patients, le personnel infirmier et les consultants (résidents, physio, ergo, cardio, etc.) comme c'est le cas au Pavillon A où les différents services et unités sont localisés à des endroits différents. La proximité entre les orthopédistes et le personnel infirmier favorise l'échange et la communication pour la résolution de problèmes.

iii) Les modes d'intervention des acteurs impliqués

Que ce soit au Pavillon A ou au Pavillon D, la procédure demeure significativement la même. Le programme opératoire est finalisé en avant-midi, la veille de l'intervention. Il tient compte de la cédule du chirurgien et de celle apparaissant dans le logiciel GIC sous contrainte des temps opératoires. Il arrive que la liste personnelle du chirurgien et celle de GIC diffèrent (Pavillon A).

L'infirmière tente de régler le tout en appelant le chirurgien qui, en cas de conflit, peut choisir de placer ses cas en avant-midi. Il revient par contre à l'infirmière assistante au programme opératoire, supervisée par l'anesthésiste qui coordonne le bloc opératoire (BO), de clore le programme. Ils ont la latitude voulue pour repositionner les cas, si nécessaire, et de veiller à ce que le programme ne soit pas trop lourd. Rappelons ici qu'il est de la responsabilité du

coordonnateur médical de voir à l'utilisation maximale du temps opératoire, à la répartition équitable du temps opératoire, à la répartition des urgences dans les salles et, enfin, à arbitrer les conflits concernant l'utilisation des ressources entre les spécialités. Exceptionnellement, si l'arbitrage devient délicat, il revient au directeur des services professionnel (DSP) de trancher.

Une version presque définitive du programme sort vers 15 h, bien que le règlement du bloc opératoire stipule que l'heure de tombée est à midi. À partir de cette version, le coordonnateur médical du bloc opératoire (BO) assigne les médecins anesthésistes à chacune des salles en fonction de leurs spécificités et disponibilités. Au Pavillon D, l'orthopédiste se voit octroyer trois interventions par jour, parmi lesquelles les agentes de planification positionneront deux cas de prothèse dont la durée de la chirurgie est comprise entre une heure et une heure et demie) et un cas pour le dos. La priorité est affectée à tour de rôle entre les chirurgiens. On doit tenir compte des types de lits et du matériel que nécessitent de telles opérations.

Au Pavillon D, les urgences n'affectent pas les autres priorités, car elles bénéficient de deux salles journalières dédiées. Ce qui n'est pas le cas au Pavillon A où les urgences sont incluses au programme quotidien, quitte à modifier (repousser, reporter, voire annuler) les cas déjà programmés.

La confection du programme opératoire en rafale

L'assistante infirmière-chef au programme opératoire (Pavillon A) et la secrétaire médicale (Pavillon D) reçoivent toutes les requêtes opératoires pour la cédule du lendemain. Elles éditent le listing de la planification sur GIC. L'aide infirmière-chef au programme organise le programme opératoire en prenant en considération plusieurs facteurs concernant premièrement le patient (le type de chirurgie, la médication, l'âge, le lieu de résidence), deuxièmement, la salle d'opération (taille, équipements, disposition) et troisièmement, le chirurgien (temps opératoire, matériel). Au Pavillon D, toutes les notes dédiées et inscrites dans le logiciel GIC par les intervenants antérieurs lui sont communiquées afin de l'aider à planifier et à prioriser en fonction d'une annulation, de la médication, de l'apnée du sommeil avec ou sans ventilation en pression positive continue (CPAP) ou autres informations enregistrées par les intervenants

Certains chirurgiens établissent eux-mêmes l'ordre des cas en fonction de la difficulté du cas, de la durée de l'opération, de l'état de la salle de réveil et du matériel nécessaire. Certaines salles sont équipées de tel ou tel matériel ou sont suffisamment grandes pour accueillir tel type de matériel. Habituellement, les séquences sont composées d'un mix entre prothèses de genou et prothèses de hanches, selon qu'il s'agisse de cas primaires (pose d'une prothèse) ou de révisions (remplacement de prothèse).

L'assistante infirmière-chef au programme opératoire vérifie et corrige, le cas échéant, les temps opératoires indiqués par GIC qui ne correspondent pas à la réalité après vérification sur la requête opératoire ou directement avec les chirurgiens. Elle calcule le temps opératoire total pour vérifier qu'il ne dépasse pas le temps alloué. Si tel est le cas, elle s'assure qu'elle aura le personnel nécessaire. Sinon, elle verra avec le chirurgien quel cas sera reporté. Il est utile de mentionner que le logiciel GIC calcule le nombre de chirurgies PTH et PTG ainsi que le nombre d'heures globales pour ce nombre de chirurgies par chirurgien. En compilant les données et

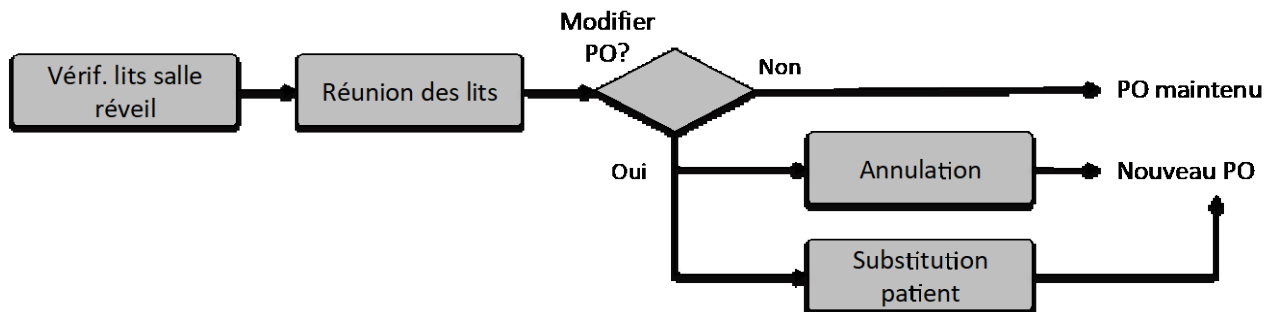
en calculant la médiane, il est possible d'obtenir une durée de chirurgie par chirurgien assez fiable.

L'assistante infirmière-chef au programme opératoire inscrit les temps et l'ordre de passage des patients dans chacune des salles. Les patients sont reclassés selon la priorité de passage. Des notes particulières sont rajoutées avec les nouveaux temps de chirurgie, puis une seconde version du programme est éditée après vérification que tout concorde sur cette Version 2, et que c'est bien le programme souhaité. Elle indique les heures d'arrivée pour chaque patient et édite la version définitive du programme opératoire.

Cette version est généralement finalisée vers midi, mais l'assistante infirmière-chef au programme opératoire la garde jusqu'à 14 h 45 – 15 h, en cas de modification du programme, avant de l'envoyer à la Chirurgie d'un jour (CDJ, à l'admission qui aura déjà reçu une ébauche à 10 h, à la banque de sang, à la stérilisation, aux préparés, aux anesthésistes.

Trois processus particuliers sont à mentionner : la gestion des lits, l'annulation de chirurgies et la substitution d'un patient (figure 8).

Figure 8
Mise à jour du PO



La préparation des dossiers patients (cheminement du dossier)

En début d'après-midi déjà, l'aide-infirmière-chef va sur GIC, pour prendre connaissance du dossier des patients qui figurent sur le programme opératoire du lendemain. À partir des notes spécifiques à chaque patient, inscrites sur GIC tout au long de la trajectoire par les différents intervenants, elle vérifie pour chacun s'il y a des spécificités telles que prise de sang, monitoring, antibiotique, diabète, etc. **Selon elle, ce qui manque, c'est un récapitulatif à la fin des notes de chaque patient.**

Elle écarte les patients déjà hospitalisés, ces derniers étant préparés sur les étages, pour se concentrer sur le nombre de patients HPO (hospitalisation pré opératoire) et de la Chirurgie d'un jour (CDJ). Elle évalue si elle a les ressources nécessaires. Ensuite, elle détermine le nombre de patients HPO que l'on doit préparer sachant qu'ils auront leur médication à prendre. L'équipe de soir trie les dossiers par ordre de passage et par ordre alphabétique. Elle vérifie à nouveau qu'il y a tout ce qu'il faut pour que l'équipe du matin soit efficace.

Au Pavillon D, la procédure est quelque peu différente. Quarante-huit heures avant la chirurgie, l'agente SIMASS (de 7 h à 8 h) puis la secrétaire de la CDJ (de 8 h à 16 h) s'occupent d'éditer le listing du surlendemain à partir de la liste des patients programmés dans GIC. **C'est une règle que les secrétaires se sont fixée de préparer ce listing toujours deux jours avant la chirurgie, même si le programme n'est pas sorti. Pour s'assurer que les dossiers seront là.** L'agente SIMASS fait les pré-admissions sur le logiciel, renseigne le code d'hospitalisation, le code d'admission, le code de chirurgie, la date de l'accident, si c'est un accident du travail. Elle fait venir les passeports via le logiciel de demande des archives. Elle imprime tous les documents nécessaires pour monter les dossiers qui sont complétés au fur et à mesure du trajet du patient entre la CDJ, le bloc et le POST-OP.

Parmi les documents imprimés on retrouve : la feuille sommaire d'hospitalisation, la note d'évolution des paramètres, l'ordonnance de médicaments vierge, la note de surveillance client recevant des opiacés pour les anesthésistes, la note évolution de soin infirmier en CDJ, la feuille d'admission 24 heures, les demandes d'examen complémentaires (labo, rayon X), le formulaire de consentement, le formulaire d'admission/sortie, et le document des précautions de sortie. Ces documents seront intégrés aux classeurs avec les passeports provenant des archives. Elle imprime les codes à barres propres à chaque patient pour identifier l'ensemble des documents imprimés. Ces documents vierges sont rangés dans un classeur, avec le passeport.

Les cartables de couleur sont dédiés aux patients qui seront en HPO et les classeurs bleus sont pour les CDJ. Elle fait le tri entre les CDJ et les dossiers HPO et commence à monter les classeurs. Pour les CDJ, elle prépare les bracelets blancs d'identification vierge, elle rajoute celui pour les risques de chutes et celui d'allergie, si nécessaire. Pour les patients HPO cela sera fait par les admissions au matin. Elle prépare la fiche de transfert vers le bloc qui sera apposée sur le classeur en l'épinglant à l'intérieur. Ce document sera mis en évidence sur la couverture quand le patient sera prêt et sera consulté par le brancardier. Elle range ensuite les classeurs complétés sur les étagères prévues à cet effet.

Vingt-quatre heures avant la chirurgie, les infirmières de l'équipe de soir de la CDJ du Pavillon D répartissent les patients entre les infirmiers de l'équipe du matin. Elles tiennent compte du programme opératoire définitif. Elles vérifient les classeurs. Elles répartissent les patients selon la lourdeur et la complexité de la préparation des cas. Elles rangent ensuite les dossiers par ordre d'arrivée et de passage au bloc dans l'étagère. Sur le comptoir central, il y a le listing du programme opératoire de la journée sur lequel les infirmières du soir soulignent au marqueur fluorescent les patients propres à chaque infirmier de l'équipe du matin pour les aider visuellement. Les patients de l'un sont surlignés en bleu et ceux de l'autre en rose. Il y a les heures d'arrivée prévue des patients et le nombre prévu de HPO et de CDJ, le tout annoté à la main.

La gestion des lits

Le matin de l'intervention, vers 8 h, l'adjointe au bloc fait le tour de la salle de réveil pour comptabiliser le nombre de coucheurs présents. Elle et son équipe tentent dès lors de mobiliser les chirurgiens pour qu'ils libèrent les lits en transférant certains cas à la chirurgie de jour ou à l'unité de soins. Elle transmettra cette information à la gestionnaire des lits à la rencontre de 9 h ou avant si le besoin est ressenti et urgent pour l'admission. Cette indication conditionnera

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 cette situation nuira à l'ensemble des activités.

La « réunion des lits » se déroule tous les matins à 9 h. La gestionnaire des lits indique le nombre de lits disponibles dans l'hôpital en consultant l'ensemble des assistants de chaque service, le DSP adjoint, la directrice de la clientèle de la chirurgie et du post opératoire dans chacun des pavillons. Ils décomptent service par service le nombre de départs prévus dans la journée, hypothétiques et confirmés.

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 est réalisé, il est comparé au programme opératoire prévu la veille par l'assistante au programme. Ce programme sera, soit maintenu, soit revu à la baisse en cas de déficit de lits en ce qui a trait au Pavillon A. Les patients dont l'intervention est annulée 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 hospitalier supérieur à dix jours ainsi que les motifs qui expliquent une telle situation.

Au Pavillon D, le programme est maintenu. La salle de réveil est utilisée comme zone de débordement pour répondre aux activités programmées et urgentes du bloc opératoire. Cette solution de secours est devenue récurrente, l'hôpital n'ayant jamais véritablement réglé la problématique des lits.

Au cours des années, l'organisation a favorisé l'optimisation des interventions chirurgicales. En cas de surcapacité, le bloc ne cesse jamais son activité, quel que soit le nombre d'urgences qui affluent. Les gens en place se serrent les coudes et gèrent la crise. La chef du bloc rajoute des effectifs via les équipes volantes, regroupe tous les coucheurs par clientèle en salle de réveil et demande la réévaluation des patients par les médecins pour voir si certains peuvent devenir des CDJ.

Il est intéressant de souligner que le Pavillon D dispose d'un logiciel (ClinBase de Logibec) pour la gestion et le suivi des lits. Il est donc possible pour l'admission de voir sur grand écran l'état de tous les lits de l'hôpital en temps réel ainsi que les prévisions notifiées en bleu des patients susceptibles de partir. **Cette information est mise à jour par les commis sur les étages, mais seulement dans 50 % des cas. ClinBase® de Logibec® est un logiciel sous licence utilisé à travers la province.**

Toutes les informations concernant le patient sont indiquées lorsque l'on sélectionne la chambre : nom, âge sexe, numéro du dossier, spécialité, type de chirurgie, logement demandé et logement occupé. Y figure également un indicateur de transfert vécu par le patient entre les différents services ou sur un même étage. Il est en interface avec Servox®, le logiciel pour les ménages, qui précise l'état de nettoyage des chambres et les lits prêts. Tout est minuté : depuis quand le lit est occupé/inoccupé, ou encore le temps de désinfection et le prochain nettoyage prévu. Ce logiciel permettrait de prévoir la situation à venir si l'éditeur ajoutait une fonctionnalité

permettant de faire l'association entre les lits vides et les possibilités de départ. D'un coup d'œil, l'administrateur verrait quel lit est libre et qui partira bientôt.

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 (**situation causée par un trop-plein à l'urgence et/ou à la salle de réveil saturée**). Dans quelques cas, une annulation peut être liée à un dépassement du temps opératoire, **c'est-à-dire que le temps de travail de la journée est dépassé. Dans ce cas, il n'y a pas assez de personnel pour faire tourner la salle**. Ces patients seront replacés en priorité par rapport aux autres.

Lorsque cela se produit au Pavillon D, le bloc prévient le PRÉ-BOOKING et leur demande un certain nombre d'informations pour savoir quelles interventions pourraient être annulées. La décision finale revient toutefois au coordinateur médical. Au Pavillon A, il est de l'autorité de l'adjointe du directeur des services professionnels et au gestionnaire des lits de déterminer le nombre de cas à annuler. Le message est alors transmis au coordinateur du bloc. L'adjointe avise l'assistante infirmière-chef (AIC) après la réunion des lits qui enclenche le processus d'annulation en rencontrant le patient et en avisant l'orthopédiste. Avec l'expérience, à la CDJ, on a appris à planifier et à anticiper les annulations probables dans l'attente de la réunion des lits. Elle prépare tous les HPO prévus avant 10 h - 10 h 15. Elle cible sur son programme tous les cas qui ne seront pas annulés (cancers, cas de gynécologie). Ces patients seront préparés. Tous les autres cas sur appel, susceptibles d'être annulés, restent habillés en salle d'attente. Bien souvent, il s'agit de cas de PTG/PTH.

La substitution des patients

La banque de patients sert à substituer les patients annulés par d'autres déjà préparés. L'objectif est ici d'éviter de perdre des priorités opératoires. La substitution doit se faire avec l'accord du médecin et respecter surtout les temps opératoires. Idéalement, le patient ne doit rien avoir à faire, sinon le minimum d'examen à compléter.

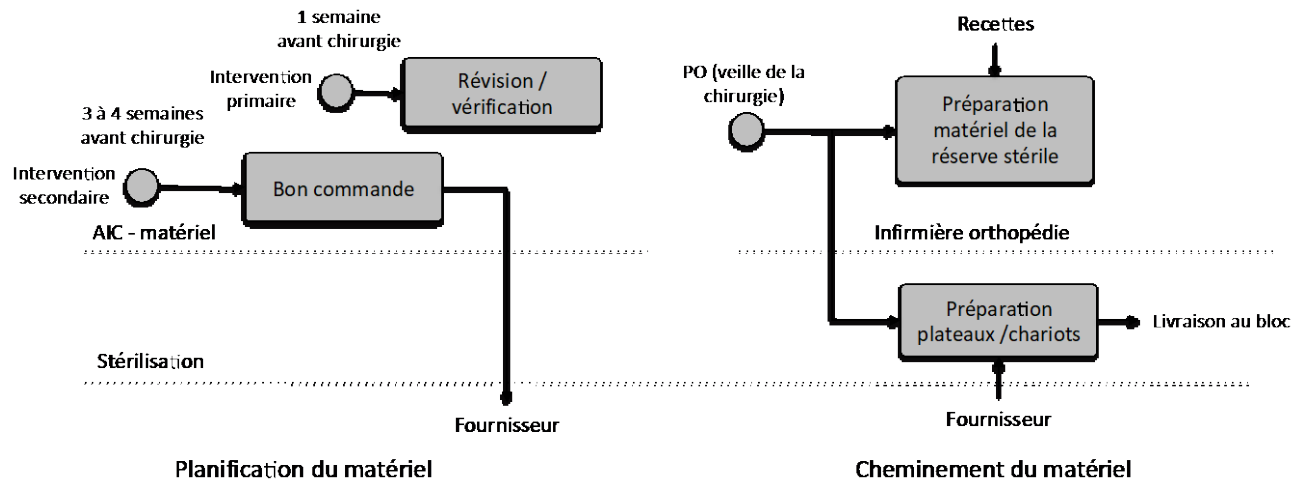
La banque de patients a une validité de quatre mois en raison de la validité des examens de laboratoire. Malheureusement, les agentes administratives n'ont pas le temps de s'en occuper et de l'épurer. Leur fonctionnement par priorité pouvant exceptionnellement en laisser passer, à cause des différents facteurs qui ont un impact sur la planification (urgence, annulation, reprogrammation). Le logiciel GIC ne les prévient pas que le délai de validité est près d'expirer. Les dossiers échappés sont extrêmement rares.

h) ÉPISODE 7 : Préparation du matériel

Cet épisode concerne deux activités principales : 1) la planification du matériel, qui consiste à s'assurer que la prothèse est disponible à l'hôpital ou, dans le cas d'une intervention secondaire, qu'elle a été commandée au fournisseur; 2) le cheminement du matériel, qui consiste à préparer le matériel à implanter (stériliser) ainsi que les plateaux regroupant tous les outils nécessaires. Ces deux processus sont illustrés dans les parties gauche et droite, respectivement, de la figure 9.

Figure 9

Modèle de l'épisode 7

[La planification du matériel au Pavillon A :](#)

Attention, cette activité n'est pas effectuée à l'Unité d'accueil, mais bien au BLOC opératoire par l'assistante infirmière-chef au matériel (AIC – matériel). Au moment de la consultation médicale, le chirurgien sait déjà quel type de prothèse il installera. Il le précise sur la fiche détaillée d'instrumentation qui sera jointe à la requête opératoire. Les fiches détaillées d'instrumentation seront ensuite remises à l'AIC – matériel qui prendra le relais.

Une semaine avant la chirurgie, l'orthopédiste révisé avec l'AIC – matériel les fiches d'instrumentation pour s'assurer que rien n'est oublié et qu'on aura le temps de s'ajuster en cas d'imprévus. Pour les primaires, ils ont tout le matériel à l'hôpital et certains ne vérifient pas, mais dans le cas des révisions, ils s'y prennent de trois à quatre semaines à l'avance pour procéder à la vérification, surtout lorsqu'il y a du matériel à faire venir de l'extérieur. C'est l'assistante infirmière-chef au matériel qui se charge du bon de commande. Le matériel arrive 48 heures avant à la stérilisation. Il est vérifié par le représentant, puis stérilisé et rendu disponible le matin du cas. Parfois, le chirurgien court-circuite l'AIC – matériel et contacte directement le représentant. Lorsqu'ils planifient leur cas, pour ce qui concerne le matériel, les chirurgiens ont toujours une solution de rechange en tête, pour pallier au moindre problème, notamment lorsque le matériel vient de l'extérieur. S'il y a un problème avec le matériel, s'il manque une pièce, la chirurgie pourrait être remise en cause. À noter que pour les révisions d'urgence, il est difficile de respecter le délai de 48 heures. Toutefois, une entente de collaboration avec la stérilisation permet de procéder au retraitement en le priorisant.

Au Pavillon D, la procédure pour la planification du matériel est relativement simple. Lors de la réception de la requête, une copie est acheminée au bloc pour la planification des instruments dès que le patient a une date. L'assistante au matériel procède à la commande du matériel en collaboration avec l'AIC au programme et la chef d'équipe d'orthopédie. Si une problématique survient, l'AIC au matériel communique avec le chirurgien qui décide de la ligne de conduite ou au report du patient à une date ultérieure. C'est l'AIC au programme qui informe le PRE BOOKING pour qu'ils excluent un patient dans cette plage horaire et pour aviser le patient.

Le cheminement du matériel et la préparation de la salle d'opération

La veille de la chirurgie, vers 15 h 30, l'infirmière qui s'occupe du secteur de l'orthopédie va chercher les requêtes avec les commandes. Elle associe le type de chirurgie et le nom du chirurgien. Elle prépare le matériel item par item dans les réserves stériles. Elle a un cahier avec toutes les recettes incluant les fiches détaillées d'instrumentation, toutes les fiches détaillées en chirurgie orthopédique. Puis, le personnel du bloc opératoire monte tous les cas pour le lendemain.

Lorsque terminé, le programme opératoire est transféré électroniquement par la secrétaire médicale vers la stérilisation. Dès le transfert, la stérilisation procède au montage des chariots de cas dédiés au programme du lendemain. En règle générale, le matériel est nettoyé et monté au fur et à mesure pour les chirurgies prioritaires. La stérilisation vérifie et complète ce qui manque, comme le matériel commun aux chirurgies. La préparation par Unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) va se continuer jusque tard dans la nuit. Tout se fait manuellement, et les consignes se transmettent entre les intervenants, les infirmières de salle et la stérilisation.

Tous les caissons de matériel en orthopédie sont sur les chariots lors de leur livraison au bloc opératoire. Il existe des plateaux différents pour chaque médecin pour lesquels il existe une liste dédiée. Par exemple, pour le Dr X, elle comporte six catégories : lingerie, accessoires, instruments, lames, sutures et pansements. Dans chaque catégorie, il y a la liste détaillée du matériel nécessaire pour chaque opération spécifique.

Une démarche LEAN, qui a eu cours au Pavillon A, a permis d'améliorer le cheminement des instruments avec un fonctionnement en chaîne. Tout est réalisé en séquence, ce qui en améliore la communication et la fluidité. De fait, le nombre de problèmes de stérilisation a diminué, tout comme le temps d'attente. Ils ont redéfini les priorités et les rôles, améliorant ainsi les rapports entre eux et limitant les incompréhensions. Les manques et les erreurs sont plutôt rares. La grande majorité du temps, les orthopédistes ont tout ce qu'il leur faut. Il arrive parfois que lors du transport et des transferts, du matériel tombe au sol. Lorsque cela arrive, il est considéré comme du matériel souillé et le technicien de stérilisation ouvre le paquet pour être sûr qu'il ne soit pas utilisé et le ramène directement à l'Unité de retraitement (URDM) pour y subir un autre cycle complet. Ces petits accidents parasitent la journée, obligeant de recommencer un cycle pour rien.

Est-ce souhaitable ou rentable de conserver un petit surplus de certains kits? Inutile de relancer un cycle.

Par contre, contrairement au Pavillon D, ils n'ont pas de système automatisé pour le matériel, car tout se fait manuellement. Pourtant les recettes existent dans le logiciel GIC. Tous les numéros de caissons, de chirurgie sont dans le système. Au Pavillon D, on se base sur le personnel d'expérience et formé qui s'aide de photos et de listes pour reconstituer manuellement les caissons.

i) ÉPISE 8 : La phase préopératoire

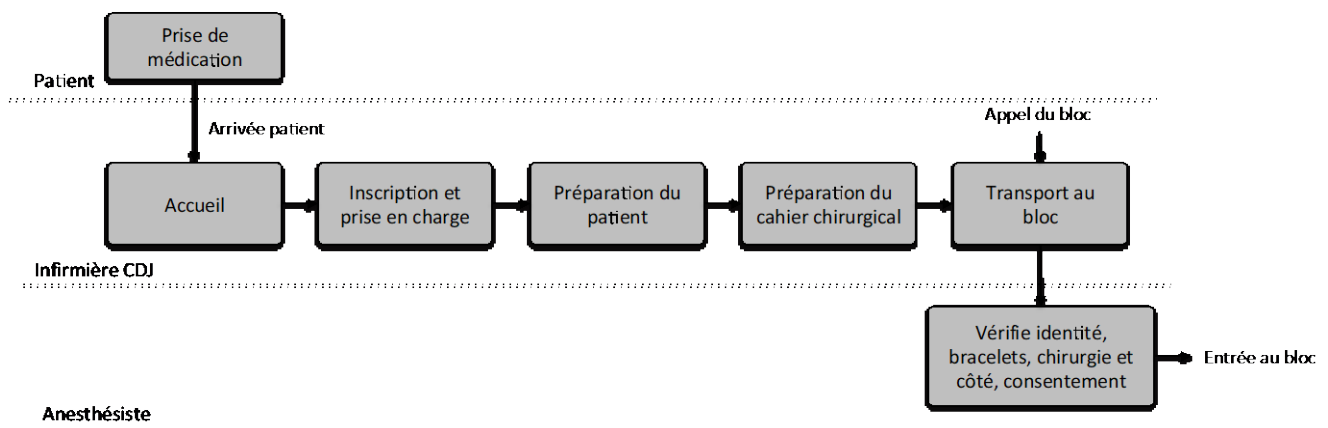
L'objectif de cet épisode, c'est de préparer tous les patients à entrer en salle pour subir l'intervention chirurgicale (admission, déshabillage, médication PRÉ-OP, analgésique, anti-inflammatoire, vérification PRÉ-OP).

i) L'agencement des tâches et des activités particulières

Le dernier épisode décrit la phase préopératoire. La figure 10 décrit le parcours du patient en six étapes : la vérification la veille, l'accueil, la préparation du patient, la préparation du cahier chirurgical, le transport du patient jusqu'au bloc opératoire et le début de l'intervention elle-même, qui constitue le point final de la prise en charge du patient.

Figure 10

Modèle de l'épisode 8



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

Les activités cliniques contenues dans cet épisode se déroulent au bloc opératoire de chacun des pavillons et plus spécifiquement à l'Unité de chirurgie d'un jour (CDJ), pour l'accueil et la préparation du patient, et à une salle du bloc opératoire, là où le patient est transféré pour y subir son intervention chirurgicale. La CDJ est ouverte de 6 h à 22 h et ne fonctionne pas la nuit, sauf dans les cas où des patients sont toujours en salle de réveil.

Le bloc opératoire du Pavillon A compte onze salles d'opération de superficies variables, plus ou moins dédiées par l'infirmière assistante au programme opératoire, à certaines spécialités, en fonction de leur configuration. L'orthopédie détient trois priorités réservées aux urgences, les lundis, mercredis et vendredis matins. L'orthopédie se réserve ces trois priorités pour répondre aux urgences, mais il lui est permis de les utiliser pour traiter des patients électifs sur appel en CDJ, principalement, voire en HPO, s'ils n'ont pas trop d'urgences. Quant au Pavillon D, le bloc opératoire est composé de 15 salles d'opération dont deux sont réservées à l'urgence

en période normale. L'été, une troisième salle d'urgence est ouverte. Deux salles tournent le soir et une salle tourne la nuit. Le bloc est ouvert en tout temps. Des équipes sont présentes en permanence.

iii) Les admissions des hospitalisés (cas des PTG/PTH)

L'admission du Pavillon D contacte les patients quand le programme opératoire définitif est sorti et leur indique leur heure d'arrivée. Les patients PTG/PTH arrivent directement à la CDJ sans passer par l'admission. Les deux clientèles utilisent deux accès différents pour éviter l'engorgement en CDJ. L'admission ouvre à 6 h 15 pour ces patients HPO qui doivent se présenter à jeun, avec leur médication, prise selon les consignes données lors de la consultation au PRÉ-OP. Les patients se présentent à l'admission. On leur attribue une chambre dans l'éventualité où cela n'a pas déjà été fait lors de la visite PRÉ-OP. Par la suite, ils se rendent en chirurgie d'un jour pour s'inscrire et être pris en charge. Ils sont appelés un par un. Ils complètent leur admission et reçoivent leur bracelet d'identification. Ils sont orientés vers la CDJ afin d'être préparés. Aucun lit n'est encore attribué à ce moment-là. Parfois, des patients arrivent malades et sous antibiotiques. Leur chirurgie est immédiatement annulée, car ils ne peuvent pas être opérés dans ces conditions.

Il en est de même au Pavillon A où les patients se présentent en CDJ pour le départ au bloc. Les premiers doivent être prêts pour le bloc à 7 h 45. La prise en charge des patients est l'élément déterminant pour la journée opératoire et conditionnera la suite des événements. Idem au Pavillon D.

iv) La préparation des patients

La préparation des patients est la même aux deux pavillons, quel que soit le type de chirurgie à subir. Dès que la première infirmière arrive avec la préposée le matin à 6 h, elle commence par les dossiers des patients HPO et regarde les cas en fonction du programme opératoire pour déterminer les priorités. Elle a dix minutes par patient. Elle doit en préparer cinq en 45 minutes. Le mode de préparation est identique, quels que soient la chirurgie ou l'âge du patient.

L'infirmière mesure les signes vitaux (pouls, température, poids, pression artérielle, glycémie, etc.) puis procède à une série de questions selon une check-list standard concernant sa chirurgie : Le patient a-t-il procédé à son nettoyage antiseptique la veille au soir et le matin? Est-il à jeun? Qu'en est-il de sa médication? Après le questionnaire, l'infirmière procède à la prise de sang pour groupage, spécialement dans le cas des patients en PTG/PTH à cause des pertes sanguines possibles en cours d'opération. Puis, elle remplit une fiche spécifique au prélèvement de laboratoire, identifiée au nom du patient avec une étiquette autocollante apposée sur le tube avec les mêmes identifications.

Cette fiche de prélèvement doit être dûment remplie avec le nom du préleveur, la date et l'heure, la raison, le type de chirurgie. Pour respecter les échéances de temps, les prises de sang doivent être effectuées et les résultats parvenus au laboratoire avant 7 h par la préposée. Elles seront analysées afin de permettre aux responsables de la banque de sang de transmettre les

culots nécessaires au bloc pour des transfusions éventuelles en cours de chirurgie. Les deuxièmes cas sont envoyés directement au laboratoire par la secrétaire, pour le faire. L'infirmière demande au patient de se changer. Elle lui donne sa co-analgésie, selon les recommandations des médecins anesthésistes, avec un antalgique (Tyléno[®]) couplé à l'anti-inflammatoire (Celebrex[®]) pour limiter les douleurs postopératoires. Elle l'assoit ou le couche sur une civière, selon son besoin et son état.

À 7 h 45, les premiers cas programmés doivent être prêts à monter au bloc opératoire. Lorsque le bloc est prêt à ouvrir, on appelle la CDJ pour commencer à faire monter les patients. En cours de journée, si ce sont les patients prévus au programme, chaque salle avise la CDJ 30 minutes avant la fin du cas en cours pour faire monter le suivant. Si c'est le dernier cas, la salle doit joindre l'infirmière au post-opératoire pour l'avertir que la salle fermera après, le programme étant fini.

L'anesthésiste arrive presque en même temps que l'infirmière chargée de recevoir le patient. Il se présente et parle au patient. Il vérifie son identité, les bracelets, la chirurgie, le côté et le membre, le consentement d'anesthésie et de chirurgie. Il refait le questionnaire rapide. Il revérifie le dossier et l'historique du patient complété par son confrère lors des séances de consultation PRÉ-OP. Le chirurgien vient également voir son patient **et fait les mêmes vérifications par mesure de sécurité**. Le patient est prêt à entrer en salle. L'inhalothérapeute ou l'infirmière en service externe, accompagnée du préposé, rentre le brancard dans la salle d'opération quand le patient est alité. Dans l'éventualité où son état le permet, le patient se rend par lui-même jusqu'à la salle. Par la suite, une civière est approchée à la porte pour la fin de la chirurgie.

v) La rotation des patients dans les salles d'opération, pourquoi pas?

Dans une journée de huit heures, le temps d'opération total représente environ quatre heures. L'autre moitié représente les rotations : sortir le patient, sortir le matériel, nettoyer la salle, laisser sécher, rentrer le matériel du cas suivant, le vérifier, rentrer le patient suivant, le positionner, l'induire et commencer le deuxième cas. Il y a donc du temps d'anesthésie, du temps infirmier, du temps de préposé et du temps de nettoyage nécessaire à la bonne tenue d'une opération. Le temps chirurgical étant incompressible, n'y aurait-il pas une économie de temps à faire dans les rotations.

Du travail reste à faire dans la synchronisation des tâches qui fonctionnent encore trop en série et pas assez en parallèle. La salle d'induction est une réponse à cette recherche d'efficacité. Selon certains médecins, la répartition du personnel et de leur tâche pourrait être revue en fonction de l'optimisation des rotations. Trois ou quatre personnes sont affectées au ménage et sept ou huit préposés sont responsables de l'installation des patients pour 15 salles d'OP. Le nombre de personnes dédiées au nettoyage n'est pas suffisant ; lorsque trois ou quatre salles finissent en même temps. Cela crée des bouchons. En regroupant ce personnel et en les affectant chacun à une salle avec une personne en soutien, on ne serait plus obligé d'attendre après le personnel pour le nettoyage. Il serait donc intéressant de faire des observations et des simulations pour évaluer les impacts sur la productivité. Toutefois, dans l'expectative où le problème demeure la disponibilité des lits, il devient inutile de chercher à augmenter le débit. En ce qui a trait à l'induction, certains hôpitaux pratiquent l'induction dans une salle commune et avec moins d'anesthésistes, ce qui représente une économie importante.

vi) La durée requise pour le déroulement des tâches et des activités

Le tableau 10 indique, en nombre de jours, le temps écoulé entre le moment où la requête opératoire (RO) est saisie dans GIC et la chirurgie. Les résultats démontrent à nouveau la grande variabilité du processus, et ce, pour les deux établissements. Nous ne trouvons pas d'explication pour justifier ces écarts sachant que tous les patients de l'échantillon avaient une même priorité P4.

Tableau 10

Nombre de jours entre l'ouverture du dossier (GIC) et l'intervention chirurgicale

	Prothèse du genou (en nombre de jours)		Prothèse de la hanche (en nombre de jours)	
	Pavillon A	Pavillon D	Pavillon A	Pavillon D
Max	759	408	421	370
Min	68	56	47	23
Moyen	301,57	179,40	174,40	160,93

D - Les particularités des modes de coordination

a) Les structures administratives (les structures de pouvoir et d'autorité, les modes d'organisation du travail ainsi que les stratégies d'intégration)

L'ensemble du personnel de l'Unité d'accueil, de la CDJ et du bloc au Pavillon A sont sous la supervision de l'infirmière coordinatrice du bloc et de son adjointe. Trois infirmières sont présentes : une infirmière assistante à la CDJ, une au HPO et une au matériel. Cette intégration facilite significativement la coordination des activités cliniques extra-médicales. Même situation au Pavillon D. Depuis le 14 juin 2014, l'ensemble des commis administratifs affectés au PRE-OP sont sous la supervision de la coordinatrice du bloc. Cette récente fusion des services permet une centralisation organisationnelle, une continuité dans les épisodes de soins et des relations de travail plus faciles.

b) Les modes de communication et la particularité des rapports sociaux

La communication entre les intervenants des différentes unités ou services est grandement facilitée au Pavillon D du fait que les orthopédistes pratiquent en groupe et uniquement à l'intérieur des murs du pavillon. Ils sont donc facilement joignables. De plus, la localisation géographique est plutôt conviviale puisque la clinique externe orthopédique, la clinique préopératoire, le service de chirurgie d'un jour, le bloc opératoire et la salle de réveil sont situés sur le même étage. Cette localisation évite les nombreux allers-retours contraignants à la fois pour les patients, le personnel infirmier et les consultants (résidents, physiothérapeutes, ergothérapeutes, cardiologue, etc.).

Bref, la proximité physique, sociale et temporelle entre les orthopédistes et le personnel infirmier favorise l'échange et la communication pour la résolution de problème.

Au Pavillon A, la communication entre les différents intervenants est beaucoup plus ardue, du fait que les intervenants cliniques ne bénéficient pas de ces avantages géographiques. Rappelons également que les orthopédistes pratiquent en solo - en cabinet privé ou dans d'autres établissements - lorsqu'ils ne sont pas de garde; ils sont donc difficilement joignables.

Communication entre les intervenants cliniques et les patients

La communication entre l'agente de la planification et les patients se déroule avant l'évaluation dans le cas des priorités P1/P2 ou après la prise de rendez-vous pour les P3/P4. L'attribution de la date des consultations ou de l'intervention et la vérification de l'arrêt des médicaments ne sont pas fixées. En général, la relation est fluide. Par contre, avec les personnes âgées, la situation est parfois plus compliquée et il est nécessaire de demander l'assistance de la famille.

Les modes de communication à l'Unité d'accueil (Pavillon A) et à la clinique PRÉ-OP (Pavillon D)

Au Pavillon A, la coordinatrice du bloc et son adjointe communiquent entre elles et se déplacent systématiquement lorsqu'un problème est signalé. L'adjointe rencontre l'équipe au complet toutes les deux semaines dans le couloir de l'Unité d'accueil pour faire le point et transmettre les informations à l'ensemble de l'équipe. Sinon, pour des problèmes ponctuels, les membres de l'équipe viennent la rencontrer à son bureau. Le reste du temps, elles communiquent beaucoup par téléphone ou se rencontrent directement lorsqu'elles ont des interrogations sur les dossiers qu'elles tentent de résoudre ensemble. L'adjointe reste **LA** personne-ressource pour toutes les problématiques rencontrées par le personnel infirmier de l'Unité d'accueil.

La situation est similaire au Pavillon D. La coordinatrice du bloc et son assistante communiquent entre elles et se déplacent systématiquement lorsqu'un problème est signalé. Elles veillent à transmettre des consignes qui vont dans le même sens. La coordonnatrice est assistée d'une adjointe depuis moins d'un an. La délégation est une nouveauté pour elle, mais elle est facile avec les bonnes personnes. Le personnel bénéficie de la présence d'une personne ressource habilitée à trouver des solutions aux problèmes du quotidien. **L'équipe ne bouge généralement pas et chaque membre conserve l'horaire qui lui a été réservé. C'est une volonté clairement exprimée de leur part.** D'ailleurs, pour favoriser et renforcer l'esprit d'équipe, la clinique PRÉ-OP est fermée pour le repas du midi, ce qui permet au personnel de manger ensemble et d'échanger.

Le personnel infirmier de la clinique PRÉ-OP est également polyvalent et effectue des rotations de poste (évaluation/triage, enseignement en consultation individuelle ou téléphonique). Avec, ici encore, des inconvénients liés au temps d'adaptation, au changement de poste qui influent sur l'efficacité. En contrepartie, ces rotations de poste créent la polyvalence nécessaire à la résolution de problèmes et favorisent le développement du leadership. Elles permettent également d'éviter l'ennui de la routine.

Communication entre le PI et les physiothérapeutes, ainsi que les ergothérapeutes

Au Pavillon A, la communication est minimale depuis la démarche LEAN. Les orthopédistes trouvent regrettable de ne pas avoir été consultés, ni même mis au courant des changements préconisés lors de cette démarche, particulièrement en ce qui a trait aux fameux drapeaux utilisés pour signaler les patients à risques. **À noter par contre que le chef du service d'orthopédie était très impliqué dans la démarche LEAN. Donc, l'information devait nécessairement circuler au sein du service.** Selon le groupe physio/ergo ces patients sont mal détectés par le C3 (problème de vigilance, de formation, de sensibilisation sur la question). Le roulement constant du personnel ne fait qu'envenimer la situation.

Aux dires des intervenants rencontrés, la démarche LEAN a permis, d'une part, de cibler les problématiques et les axes d'amélioration, d'améliorer la communication interdisciplinaire et d'assainir certaines mentalités puisque les personnes réfractaires au changement ont quitté. Par contre, cette démarche a renforcé certains silos comme en ergo/physio. Elle a créé des frustrations lorsque les changements envisagés n'ont pas été concrétisés. Un sentiment de trahison s'est développé. Au C3, la démarche LEAN a fourni des indicateurs de performance et de suivi bénéfiques pour évaluer la progression du travail effectué. Ce qui est un facteur de motivation pour l'ensemble du personnel. Malheureusement, depuis le passage au logiciel GIC, personne n'est plus en mesure de récupérer ces données. Une recherche de solution est en cours.

Au Pavillon D, le groupe physio/ergo est soudé, car ces professionnels se côtoient tous les jours. Les relations sont très bonnes et les échanges informels sont nombreux, entre autres pour discuter de la pertinence de rencontrer tel ou tel patient. Une réunion de service d'une heure et 15 minutes a lieu tous les mercredis. Ils font régulièrement un tour des cas et des diverses problématiques. Les pratiques sont uniformisées dans un esprit d'amélioration continue. Concernant l'affectation des patients, ils font preuve de souplesse pour gérer selon le volume qui varie. Ces ajustements et cette latitude permettent d'absorber le flux des patients.

La relation est aussi bonne avec le personnel infirmier au Pavillon (D). Par exemple, lorsque la physiothérapeute participe à la formation de groupe, elle observe les patients. Puis elle va dans le bureau des infirmiers et regarde rapidement les dossiers des patients présents. Elle discute avec l'infirmier pour lui dire d'observer attentivement tel ou tel patient et de la tenir au courant de son état. Ce qui sera fait. C'est un phénomène social que nous n'avons pas remarqué au Pavillon A où il ne semble pas exister la même complicité. Un manque d'échange, de communication ou de continuum subsiste entre les professionnels et le personnel infirmier du PRÉ-OP. Selon le coordinateur des physiothérapeutes, les problèmes récurrents qu'ils rencontrent en POST-OP ne sont pas transmis au PRÉ-OP. Développer une meilleure communication avec le personnel infirmier et se donner le temps de les sensibiliser sur ces problématiques faciliteraient leurs analyses. Les physiothérapeutes ne viennent-ils pas pour l'enseignement de groupe au moment où les évaluations n'ont pas encore été faites.

Rapports entre le personnel infirmier et les médecins spécialistes, incluant les orthopédistes

Au Pavillon A, l'accès aux orthopédistes est facile pour certains et difficile pour d'autres quand il est nécessaire de les joindre rapidement pour les demandes de consultations supplémentaires. Par exemple, pour des renseignements sur le moment de cesser la médication ou pour des examens en laboratoire. De leur côté, les orthopédistes se disent en situation de dépendance quand ils ont besoin de s'informer auprès du C3 pour s'enquérir de la liste des patients qu'ils doivent opérer le lendemain. Dans certains cas, les rapports entre professionnels se limitent à la préparation du programme opératoire et à l'échange de quelques informations. Ils ne connaissent pas nécessairement le personnel qui y travaille ni le rôle précis de chacun.

Il en va de même pour rejoindre certains consultants (médecine interne, cardiologie, pneumologie). À titre indicatif, il n'y a qu'un seul pneumologue établi au Pavillon A. En son absence, les intervenants doivent se tourner vers le service de garde extra pavillonnaire. Les relations entre les orthopédistes et la médecine interne sont pourries. Les orthopédistes se tournent donc vers les cardiologues qui n'apprécient guère ce surplus de requêtes de dernières minutes. De leur côté, les agentes aux rendez-vous ne connaissent pas les disponibilités des consultants médicaux, ce qui les oblige à les appeler régulièrement ou à se lancer à leur recherche. Les rapports sociaux entre les orthopédistes et la médecine interne demeurent tendus. Les médecins peuvent avoir des rendez-vous sans que leur secrétariat en soit avisé. Chaque semaine, un médecin différent oblige l'agente aux rendez-vous à s'ajuster sans cesse à l'organisation de la médecine interne où les priorités changent pour diverses raisons, décalant ainsi leur plage horaire. Mentionnons toutefois que les anesthésistes sont présents tous les jours au C3 à partir de 14 h-15 h avec leurs résidents.

Bref, l'état de ces relations sociales, grandes sources d'insatisfaction, indique à quel point l'établissement d'un protocole de prestation de services entre les spécialités est urgent.

Soulignons que les orthopédistes du Pavillon A démontrent leur ouverture à s'impliquer dans une procédure leur permettant de rédiger eux-mêmes les prescriptions. En mars 2015, les pharmaciens ont mis en place un aide-mémoire pour aider les orthopédistes à assumer ce rôle. Les orthopédistes souhaitent d'ailleurs la présence d'une INFIRMIÈRE PIVOT en orthopédie, stationnée à la clinique PRÉ-OP et qui aurait pour tâche d'assurer la coordination entre ces unités.

Mentionnons enfin que les dossiers de dernière minute, les reports pour examens complémentaires et les changements de priorité s'avèrent des facettes chaotiques permanentes au Pavillon A. Le fait que les médecins de ce pavillon opèrent en solo et non en POOLED est grandement responsable de ce chaos.

Au Pavillon D, les interactions sociales entre les médecins, les anesthésistes et le personnel infirmier sont très bonnes ; le mot d'ordre au bloc étant le respect. « *En cas de « crise de docteur », le médecin est prié de s'excuser devant tout le monde.* » La coordinatrice du bloc, tout comme son adjointe, peuvent reprocher au plan d'intervention (PI) de perdre trop de temps pour réaffecter les dossiers, d'autant plus que ce sont elles qui s'en chargent. Selon le personnel, ce sont des aberrations lors de la répartition des dossiers qui les obligent à un réajustement permanent qui prend du temps. Inévitablement, différents irritants génèrent un

certain niveau d'énerverment, surtout en situation d'urgence ou avec des dossiers de dernière minute qui bousculent l'ordre établi ou que des erreurs se glissent dans l'ordre des patients.

En ce qui a trait aux consultations en PRÉ-OP, le plan d'intervention (PI) reste flexible quant à l'ordre des patients même si la marge de manœuvre reste faible à cause des impondérables liés aux autres consultants. Chacun a ses propres exigences dans l'ordre des patients, par exemple, et selon la complexité des cas.

Tout comme l'anesthésiste, les autres consultants peuvent s'absenter au cours des consultations pour répondre à des urgences. Malgré la pression et des frictions, les relations sont bonnes et l'entraide présente, surtout avec les anesthésistes qui restent très disponibles pour répondre aux questions. On pourrait dire qu'ils ont atteint une vitesse de croisière.

c) La stabilité / instabilité du contexte social

Le roulement du personnel infirmier est chronique à l'Unité d'accueil du Pavillon A. Ce roulement est d'abord lié aux réaffectations du personnel. Les changements apportés par la démarche LEAN, les horaires de travail, les façons de faire, la nécessité d'augmenter l'expertise du personnel infirmier semblent avoir été très mal accueillis. Le roulement du personnel découle également du fait que l'Unité d'accueil (C3) est un service où sont envoyées les infirmières enceintes. Le roulement du personnel à l'Unité d'accueil du Pavillon A se répercute sur la gestion des dossiers médicaux. Il s'avère ainsi difficile de trouver la personne qui a monté le dossier. Cette situation se traduit par une recherche constante de l'information.

Nos interlocuteurs nous ont fait part d'un problème lié à l'état d'esprit, à l'implication liée au mouvement de personnel et d'expertise. Au lieu d'adopter une attitude positive et de se dire que c'est facile et qu'ensemble on va y arriver, la tendance est plutôt à se plaindre, à dire qu'on ne peut pas faire tout alors que ce n'est pas ce qui est demandé. Au roulement constant du personnel s'ajoute un manque de directives claires, notamment en ce qui a trait aux autorisations de sortie, à la libération du patient en POST-OP au Pavillon A. Ce qui ne semble pas être le cas au Pavillon D.

E. - La gestion de l'information

a) La consultation chirurgicale et de planification du matériel

Faute de données précises, nous aborderons partiellement et schématiquement la gestion de l'information dans le tableau suivant sur la consultation chirurgicale et la planification du matériel.

Il est proposé de traiter plus à fond cette dimension à cause de son importance pour une saine compréhension de la dynamique opérationnelle et sociale et, conséquemment, pour détecter avec justesse les zones d'amélioration requise pour accroître la fluidité des activités de soins au sein de la trajectoire de soins.

Tableau 11
L'évolution de la consultation et de la planification du matériel

Dimensions	Pavillon A	Pavillon D
L'information nécessaire et/ou disponible à l'exécution des activités cliniques	La demande de consultation du médecin généraliste – La radiographie.	Idem.
La façon dont elle est créée; l'implication des cliniciens à la création/modification de l'information	Demande de consultation : papier Radiographie : support numérique	Idem.
La façon dont elle est emmagasinée (stockée)	La détection de certains troubles cognitifs peut s'avérer difficile. Certains patients croient que la liaison avec les CLSC est automatique, ce qui n'est pas le cas. Même si ce type de patient avec troubles cognitifs est repéré, cela ne change en rien la date prévue de l'intervention. Les orthopédistes ont recours à des questionnaires qui leur permettent de trier les patients et qui constituent une source d'information qui semblerait ne pas être diffusée.	La requête opératoire et la collecte de données sont ensuite transmises à l'admission puis acheminées à la clinique d'évaluation préopératoire pour planifier le patient et lui attribuer une date au bloc opératoire. S'enclenchent dès lors les démarches administratives.
La façon dont elle est diffusée	La requête opératoire, la feuille d'instrumentation et les demandes de consultation sont acheminées à l'Unité d'accueil par courrier interne, postal ou apporté par le patient - en provenance de la consultation externe ou du cabinet privé du chirurgien	
Les exigences (correctifs) pour une continuité informationnelle	La requête opératoire, la feuille d'instrumentation et les demandes de consultation sont acheminées à l'UA/CPO par courrier interne, postal ou, la plupart du temps, apportées par le patient en provenance de la consultation externe (Pavillon A & D) ou du cabinet privé du chirurgien (Pavillon A)	

b) La planification de la TRAJECTOIRE de soins et la préparation des patients

Nous incluons dans cette section, les données se référant aux épisodes 2, 3, 4 et 5 soit :

- Le traitement de la requête opératoire et la détermination de la date d'intervention (PRÉ-BOOKING);
- L'évaluation clinique du dossier patient;
- La programmation des activités cliniques (la prise de rendez-vous);
- La préparation des patients.

i) L'information nécessaire et/ou disponible à l'exécution des activités cliniques et la façon dont elle est créée; l'implication des cliniciens à la création/modification de l'information

Au Pavillon A, on se concentre sur la requête opératoire à l'intérieur de laquelle devrait figurer le degré de priorité, la date prévue de la chirurgie, le diagnostic, le type de chirurgie, la durée d'intervention, un cancer suspecté ou non, l'indice hémorragique, la feuille de l'instrumentation requise (greffée à la requête opératoire), ainsi que les demandes de consultations médicales. Ces trois documents doivent être complétés par l'orthopédiste. La collecte de données (questionnaire médical que doit remplir le patient) est également nécessaire à la mise en place des activités incluses dans ces épisodes).

À noter que la collecte de données PRÉ-OP a été unifiée et améliorée pour mieux cibler certaines problématiques (apnée du sommeil, dénutrition, risque de compromission de retour à domicile source de DMS??? plus longue). Elle permet de trier les patients et de lever des drapeaux rouges si besoin est. Valable pour le Pavillon A et le Pavillon D.

Au Pavillon D, le passeport ou dossier-patient est constitué de quatre éléments fondamentaux : la requête opératoire, le questionnaire de santé ou requête de données, le consentement opératoire qui devrait être en principe complété et signé à la clinique PRÉ-OP après le coaching et l'histoire médicale ou du moins un abrégé plus ou moins satisfaisant selon les praticiens.

De l'avis des personnes rencontrées, le passeport ou dossier-patient subit de trop nombreux allers-retours entre les différents intervenants (PRÉ-BOOKING, évaluation/triage, secrétariat, rendez-vous; PI; consultants; anesthésistes). **Normalement, la trajectoire prévue devrait être linéaire évitant les allers-retours, mais les investigations complémentaires, les dossiers problématiques qui reviennent, multiplient les interactions et rendent la trajectoire complexe.** Malgré l'utilisation des notes dans GIC pour indiquer la traçabilité et la dernière localisation du dossier, il arrive qu'ils en égarent, occasionnant ainsi des pertes de temps et de l'agacement. Actuellement, aucun correctif n'a été trouvé. Ce problème existe aux Pavillons A et D. Il concerne autant le dossier-patient où les feuilles qui le constituent sont rangées n'importe comment, chaque intervenant mettant son feuillet sur le dessus de la pile, sans en respecter l'ordre. Concernant ces feuillets, ils ne sont pas les mêmes dans les deux pavillons. Chaque pavillon possède son propre système documentaire. Même si le même type de document existe, ils n'ont pas le même format. C'est en particulier le cas de la requête opératoire.

ii) La façon dont l'information est transmise

Tel que mentionné précédemment, la requête opératoire, la feuille d'instrumentation et les demandes de consultation sont acheminées par courrier interne, postal ou apporté par le patient, en provenance de la consultation externe ou du cabinet privé du chirurgien. La collecte de données, étant complétée ensuite, elle sera apportée par le patient à l'Unité d'accueil (C3) du Pavillon A. Lorsque la consultation a lieu à la consultation externe du Pavillon A, le patient apporte lui-même l'ensemble des documents à l'Unité d'accueil (C3). Il en va de même au Pavillon D, où la requête opératoire et la collecte de données sont ensuite transférées à la clinique PRÉ-OP avant d'être remises aux agentes de PRÉ-BOOKING pour la planification de la date et des démarches administratives.

Le dossier-patient électronique (dossier antérieur du patient) est accessible à l'Unité d'accueil (C3). Le logiciel GIC (Gestion des Interventions de Chirurgie) issu du Pavillon D, vient d'être installé au Pavillon A (en remplacement du logiciel de gestion Opéra). Ce logiciel est couplé à la gestion des listes d'attentes, le système ministériel SIMASS Système d'Information du mécanisme d'accès aux services spécialisés.

L'implantation du logiciel de RDV (ADT) a permis d'informatiser la planification de certains consultants comme le pharmacien, la nutritionniste et la stomothérapeute. Ils sont les seuls à utiliser ADT. Pour les autres consultants, il faut les appeler. Le logiciel permet de planifier certains examens de laboratoire comme MIBI, TAPI, SPIRO et de prescrire les bilans de base, les Tacos et les échographies.

Tous les résultats de laboratoires et d'examens réalisés au CHU de Québec, dont font partie les deux pavillons, sont disponibles dans le logiciel CristalNET. Les praticiens préfèrent avoir le dossier papier, car ils n'ont pas nécessairement accès à l'ordinateur. Le laboratoire utilisant un autre logiciel pour traiter les demandes, seuls les résultats sont disponibles dans le logiciel.

Un problème évident dans la continuité de l'information tout au long de la trajectoire de soins.

Selon le coordonnateur des physiothérapeutes du Pavillon D, les problèmes récurrents qu'ils rencontrent en POST-OP ne sont pas transmis au PRÉ-OP. Cela permettrait cependant de sensibiliser ces derniers à ces problématiques, faciliterait leur analyse, d'autant que les physiothérapeutes participent à l'enseignement de groupe alors que les évaluations n'ont pas été faites. La même situation se présente au Pavillon A lorsqu'un trouble cognitif est constaté par le PI en consultation individuelle. Il n'y a pas de suivi, pas de transmission de l'information.

Les notes dans le logiciel GIC permettent d'obtenir beaucoup d'information sur les patients. Au-delà de l'âge ou du type de chirurgie, elles informent sur d'éventuels problèmes de santé pouvant exiger des précautions supplémentaires : des allergies, les SARM (responsables de maladies nosocomiales), ou encore des conditions de santé nécessitant plus de préparation le matin de la chirurgie, comme un diabète ou une antibiothérapie.

L'information est parfois manquante et manque de clarté.

La complexité des dossiers rend la vérification difficile autant dans la compréhension de l'information que dans son cheminement. C'est le manque d'information ou de clarté dans ces

informations qui rend la tâche souvent ardue. Il n'y a pas de note dans les dossiers. Pour trouver les informations sur les raisons qui ont motivé telles décisions, il faut fouiller dans les notes de GIC. Lorsqu'il y a eu des communications téléphoniques avec le médecin, elles ne sont pas retranscrites. Il n'y a pas de suivi écrit.

iii) La façon dont elle est emmagasinée (stockée)

Une fois les rendez-vous planifiés, le patient prévenu, les dossiers en attente (consultation, visite à l'Unité d'accueil, résultat de laboratoire) sont rangés dans le premier tiroir de l'armoire de classement à l'accueil au Pavillon A. Chaque nouveau résultat sera rangé dans le dossier, en attente d'une date de chirurgie, qu'elle soit déjà attribuée ou en attente d'attribution.

Les dossiers en attente sont identifiés par un petit collant rouge (consultation, visite à l'Unité d'accueil, laboratoire) et sont rangés au secrétariat dans un meuble, dans le premier tiroir. Dès que les résultats arrivent, les prises de sang, tout est rangé dans le dossier. Les CDJ sont mis dans le deuxième tiroir.

Quelques problèmes nous ont été mentionnés en ce qui a trait à l'accessibilité (rangement interne) des dossiers-patients. L'analyse des dossiers complexes est fastidieuse. Cette situation oblige les consultants à fouiller pour trouver l'information et pour se rendre compte finalement que les bilans ne sont pas complétés.

Mentionnons qu'un grand nombre de médecins, tant au Pavillon A qu'au Pavillon D, utilisent de façon individuelle un logiciel privé Pétal MD pour gérer leur planning personnel. Ce logiciel met en relation le planning de chaque médecin inscrit et connecté qui possède une licence. Dès que l'un d'entre eux modifie son horaire, aussitôt le planning est synchronisé et tous les confrères connectés sont tenus au courant en temps réel. Le logiciel est disponible sur téléphone intelligent ou avec une connexion sur internet. Les agentes de PRÉ-BOOKING ont demandé d'être prévenues par courriel lorsqu'il y a changement de priorité, même si elles peuvent accéder à la plateforme via internet. Pétal MD n'est pas synchronisé avec GIC et ne peut l'être.

L'attrait du logiciel GIC (disponible dans les deux pavillons)

Le logiciel de Gestion des Interventions de Chirurgie GIC a été développé en interne pour les besoins du Pavillon D. Ce logiciel sert à répertorier la liste d'attente et à planifier les dates en fonction des délais selon le mécanisme d'accès imposé par la loi 33. C'est la base du programme opératoire à partir du listing des patients positionnés par date, par type de chirurgie et par médecin. Il permet aux intervenants cliniques de connaître le profil des patients, la demande de chirurgie, le diagnostic, la durée d'hospitalisation et le chirurgien prescripteur. Il permet de retracer le dossier et de connaître l'état du patient via les notes, mais également d'accéder à la liste d'attente par spécialité, par médecin ou globale. Au moment de l'étude, il y avait 1 552 patients en attente toutes spécialités confondues au Pavillon D. Les médecins s'en servent pour connaître leur liste d'attente et les coordonnateurs s'y réfèrent pour connaître ceux qui abandonnent leur priorité et les statistiques qui s'y réfèrent.

Aux dires des intervenants consultés, le système GIC est très malléable. Il permet la traçabilité du patient, son historique. Il est possible de voir tous les événements sur un dossier-patient, de même que les changements de priorités opératoires, les chirurgies reportées, les patients annulés selon leur décision ou par l'hôpital. Il y a un outil sur GIC qui est « *chir reporté* » qui permet de voir la liste de tous les patients dont l'intervention a été annulée, reportée ou transférée dans un autre centre. On peut voir le statut d'un patient à partir du numéro de dossier. La fonction loupe permet de voir des détails comme les reports pour complément d'investigation. Outre la traçabilité du patient, le logiciel effectue la mise à jour du dossier-patient par l'intermédiaire des notes qui y sont incluses. Les notes servent à justifier une action comme le pourquoi d'une annulation ou d'un report. Le logiciel inclut également un onglet indiquant la médication à arrêter (Coumadin ou Plavix) avant l'intervention ainsi que le délai d'arrêt recommandé. Les intervenants cliniques trouvent des notes concernant des cas spéciaux reliés à certains antibiotiques. Soulignons enfin que le calendrier par MD/spécialité est répertorié GIC. Cette fonction permet aux agentes de PRÉ-BOOKING de s'enquérir des privilèges opératoires de chacun des chirurgiens. À cet égard, chaque spécialité envoie régulièrement (environ aux trois), le calendrier de chaque praticien au PRÉ-BOOKING, qui se charge de le mettre à jour dans GIC.

Les faiblesses (manques, irritants) du logiciel GIC

Le logiciel GIC n'est pas sans failles. Les intervenants rencontrés nous font part que les notes inscrites ne sont pas nécessairement claires ou codifiées, créant ainsi des problèmes de compréhension par d'autres utilisateurs. Les intervenants se plaignent du nombre élevé de notes dans GIC perdant ainsi de vue celles qui étaient vraiment pertinentes et importantes.

La remarque est la même de la part des intervenants du Pavillon D qui précisent qu'un des sérieux problèmes concerne les notes à parcourir dans GIC pour chaque patient. C'est une étape fastidieuse vu la quantité de notes qui se rajoutent en cours l'évaluation PRÉ-OP. L'important pour éditer le programme ne saute pas aux yeux et nécessite une grande vigilance, si l'on ne veut pas négliger des détails qui peuvent avoir une importance dans le positionnement des cas (diabète, allergie, vancomycine, SARM). La requête opératoire permet de faire cette vérification lorsqu'elle se relie avec la version 2 du logiciel.

4. DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Ce rapport reflète la vision de la trajectoire PTG/PTH que nous avons construite à partir des informations obtenues au cours des 47 entrevues conduites auprès des 42 intervenants cliniciens des Pavillons A et D. Les informations ont été validées, lorsqu'il a été possible de le faire, par une analyse comparée des informations en provenance de différentes sources. Nous avons eu accès à un échantillon contenant l'historique du passage de 60 patients, soit 15 patients par trajectoire de soins (PTG et PTH) dans chacun des deux sites.

L'analyse des trajectoires dans les deux pavillons **fait ressortir des dysfonctions en rouge dans le texte** que nous tentons de tempérer, voire de corriger, par des recommandations ou des actions précises en vert dans le texte. L'énumération de ces lacunes ne prétend aucunement porter un jugement ni établir un comparatif entre les deux pavillons, mais tente plutôt d'analyser les pratiques cliniques en vigueur, et ce, dans un dessein d'élaborer des esquisses de solutions aux problèmes vécus par les patients, les acteurs cliniques et le CHU de Québec – Université Laval.

De prime abord, le premier constat est que les protocoles établis (qui fait quoi, quand et comment) semblent bien maîtrisés et intégrés dans les deux établissements. Toutefois, bien que le Pavillon D performe mieux que le Pavillon A, comme en témoignent les durées moyennes de séjour et les durées moyennes du processus, les processus en place dans les deux pavillons sont peu robustes et dès qu'on sort du cadre établi, les intervenants cliniques doivent investir une somme considérable en temps et en effort pour revenir au sein de la trajectoire. En effet, nous constatons des écarts très importants entre les délais des différents épisodes, et ce pour les deux interventions et les deux établissements.

Le deuxième constat, en lien avec le premier, réfère à la fragilité du processus face à l'absence d'information. En effet, les événements décisionnels de la trajectoire dépendent fortement de la disponibilité des informations clés. L'absence de ces informations déclenche une « course à l'information » qui draine un volume faramineux d'énergie et de temps. Cette réalité engendre des conflits entre les acteurs qui doivent générer l'information et ceux qui doivent l'obtenir pour effectuer adéquatement leurs pratiques cliniques. Enfin, il apparaît à la lecture de notre analyse qu'un désalignement des objectifs entre les intervenants existe, dénotant, de prime abord, un manque d'intégration stratégique au sein des trajectoires de soins étudiées. Nous analysons en détail les différents points saillants de nos observations et constats.

A - Des trajectoires de soins sous-performances

En se basant sur la durée moyenne de séjour - comme indicateur de performance – et la durée du processus (de la saisie de la requête opératoire à la date d'intervention), il ressort que les modes de gestion des ressources (matérielles et informationnelles) et des opérateurs cliniques (médicaux et non médicaux) sont beaucoup plus efficaces au Pavillon D qu'au Pavillon A, particulièrement dans le cas de l'intervention PTG.

Un patient PTG au Pavillon A attendra en moyenne 301 jours tandis qu'au Pavillon D, cette attente ne sera que de 179 jours. Pour l'intervention PTH, ces attentes sont respectivement de 174 et 160 jours pour les Pavillons A et D. Considérant la durée moyenne de séjour, l'écart s'avère assez significatif en ce qui a trait à la trajectoire primaire pour les cas de PTG (1,1 jour) et encore plus significatif en ce qui a trait à la trajectoire se transmettant aux cas de PTH (3,32 jours). En multipliant chacun des écarts par le nombre d'interventions pour chacune des trajectoires, on se rend compte que le Pavillon A requiert 659 jours de plus que le Pavillon D pour effectuer un travail chirurgical similaire, soit l'équivalent de deux lits. (Tableau A.1 en annexe A).

Nous considérons que l'application des correctifs proposés en vert dans le texte aidera à diminuer ces écarts.

Toutefois en se référant à un comparateur reconnu, en l'occurrence la durée moyenne du séjour hospitalier ontarien qui est de quatre jours pour une prothèse primaire, tant pour le genou que pour la hanche, il nous est possible de calculer une perte potentielle d'efficacité de 945 jours pour le Pavillon A et de 905 jours pour le Pavillon D (Tableau A.2 en annexe A). Le total de ces pertes potentielles est de 1 850 jours, soit l'occupation de cinq lits durant une année complète.

Nous souhaiterions soulever une dernière réflexion concernant ces mesures et les délais maximaux recommandés par le MSSS. En effet, le Tableau A.1 de l'annexe A rapporte des délais qui sont dans certains cas très importants entre l'Épisode 1 (la rencontre avec l'orthopédiste) et le traitement de la requête opératoire (saisie dans GIC). En ajoutant ces délais aux délais du processus, les performances des deux établissements tendent à s'équilibrer. Nous recommandons d'enquêter davantage sur les raisons pouvant expliquer ces délais dans le traitement des requêtes opératoires (RO).

B - La priorisation des patients comme point de départ pour la création du programme opératoire.

Dans la trajectoire PTG/PTH touchant majoritairement des cas électifs, la stratégie employée pour prioriser les patients se résume à un ordonnancement de type « Premier arrivé, premier servi ». Toutefois, les cas apparaissant dans chacune des catégories de priorité, particulièrement ceux inclus dans les catégories P3 et P4, sont loin d'être similaires aux yeux des chirurgiens. Un ordre relatif s'impose. Nous pensons qu'un système de priorisation spécifique à la spécialité et accepté collégialement devrait contribuer à satisfaire les attentes des chirurgiens tout en respectant les contraintes du PRÉ-BOOKING. Ce système, élaboré autour d'un ensemble de critères bien définis, assurerait une priorisation objective, transparente et juste, tout en permettant une prise de décision de groupe (participation d'autres consultants médicaux ou encore sociaux). Ce système de priorités laisserait au PRÉ-BOOKING le soin de programmer l'évaluation et la préparation du patient dans des conditions beaucoup moins stressantes et contribuerait de manière positive à la fluidité du système et à la satisfaction des intervenants.

Qui plus est, la considération explicite de facteurs ou critères autres que l'état de l'articulation blessée (par exemple, les risques associés aux retards, la comorbidité, la situation sociale et environnement du patient) aiderait grandement à garantir un meilleur et plus juste accès aux soins.

C - La recherche et l'exploitation d'informations à valeur ajoutée

L'horaire surchargé de tous les intervenants invite, de prime abord, à alléger leurs tâches en supprimant ou en réduisant leurs activités ou leur niveau de responsabilités. Néanmoins, certaines activités ayant une forte valeur ajoutée, voire un impact majeur sur la qualité de soins, méritent d'être renforcées. C'est notamment le cas pour certaines informations qui ont une incidence sur l'état de santé du patient. L'absence de ces informations provoquerait un gaspillage de temps et d'énergie de la part de certains intervenants.

On se réfère plus spécifiquement à la collecte de données, ce document incontournable pour le déclenchement des épisodes 2, 3, 4 et 5 et qui ne semble pas recevoir l'attention suffisante pour assurer la fluidité des processus de soins. En effet, sans avoir accès à des statistiques probantes, les personnes interviewées s'accordent pour souligner l'ampleur du temps perdu à la recherche des informations manquantes ou absentes en parlant de ce document. Il nous semble que la collaboration d'un commis s'assurant que ce document est adéquatement complété après la consultation médicale pourrait s'avérer un investissement fort intéressant pour les activités en aval.

Il nous semble également que certaines pratiques, par exemple l'utilisation de pastilles de couleur pour anticiper la lourdeur relative d'un cas, pourraient se généraliser et être mises en pratique dès le premier épisode afin de faciliter les tâches des épisodes en aval.

Nous pensons également à des informations dont l'impact sur l'efficacité du processus de planification apparaît majeur. À titre indicatif, mentionnons que, malgré son expérience, l'Infirmière assistante au programme opératoire pourrait grandement profiter d'une estimation de la durée opératoire établie par le chirurgien pour chacun des cas. Cette information, comparée et validée par la suite avec la durée effective de l'intervention, pourrait contribuer à bâtir une base précise de connaissances, très utile au cours des différentes étapes de programmation opératoire. De la même manière, toute information permettant d'identifier des indices pouvant affecter à priori la durée de l'hospitalisation postopératoire est susceptible de contribuer à une gestion proactive et donc plus efficace des lits. À cet égard, il nous apparaît impératif de développer une culture de précision et de rigueur dans la collecte et le suivi d'information à valeur ajoutée. Pour ce faire, nous considérons qu'un système de mesure et de suivi de la qualité permettra aux intervenants d'améliorer et de corriger les oublis et les absences d'information essentielle à la fluidité des activités cliniques à l'intérieur des trajectoires de soins.

D - L'alignement stratégique

Les trajectoires observées dans les deux pavillons sont assez semblables. Toutefois, elles se différencient significativement quant à l'orientation stratégique, ce qui a pour conséquence de privilégier des actions tout à fait différentes pour des événements similaires. Deux épisodes témoignent de cette différence.

Prenons d'abord celui de la gestion des lits, véritable goulot d'étranglement au Pavillon A, qui provoque, selon les informations recueillies, un nombre significatif d'annulations d'interventions chirurgicales prévues au programme opératoire. Le personnel du Pavillon D tente de contourner, voire d'annihiler ce verrou par une hospitalisation en quelque sorte peu orthodoxe. Sans pouvoir mesurer les impacts d'une telle politique pour le confort et la sécurité du patient, nous pensons qu'une approche proactive de la gestion des lits, basée sur une estimation scientifique de la durée moyenne de séjour hospitalier agencée à un processus rigoureux de contrôle des autorisations de départ (congé) contribuerait nettement à améliorer la situation. La réalisation d'une étude quantitative approfondie serait utile pour établir un équilibre optimal entre la capacité chirurgicale et la capacité hospitalisation.

En évaluant la capacité d'hospitalisation, cette étude tenterait de répondre à la question suivante : compte tenu des interventions à réaliser et des durées réelles d'hospitalisation, combien de lits d'hospitalisation faudrait-il pour préserver cet équilibre ? L'alignement stratégique permettrait de mieux guider les intervenants et de mobiliser les ressources vers l'atteinte de la capacité de production ciblée par l'établissement.

La détection de troubles susceptibles de prolonger la durée d'hospitalisation illustre l'importance d'un meilleur alignement stratégique à l'intérieur des trajectoires de soins. La présence d'outils de détection de troubles potentiels lors de la consultation chirurgicale (épisode 1), une meilleure collaboration de la part des chirurgiens pour la transmission de cette information à l'infirmière d'évaluation (épisode 2), la conception d'actions concertées pour

annihiler les conséquences négatives de ces troubles ou développer des solutions alternatives à l'hospitalisation prolongée (épisodes 3 et 4) et l'implication du patient dans l'opérationnalisation de ces actions, lors de son programme de formation (épisode 5) auraient certes des incidences positives, tant sur la durée moyenne des séjours hospitaliers que sur la fluidité des activités cliniques durant et après le séjour hospitalier. Pour y arriver, il s'avère nécessaire que tous les intervenants impliqués se fixent des objectifs communs et se donnent les moyens de les atteindre.

E - Programmer l'intervention avant d'avoir complété la préparation du patient

Notre compréhension de l'ordonnancement des différentes activités dans la trajectoire PTG-PTH nous porte à croire qu'il est d'usage d'attribuer une date pour la chirurgie avant l'évaluation clinique du dossier patient, la programmation des rendez-vous et la préparation du patient. Bref, on établit une date en supposant que l'ensemble des activités requises pour l'intervention soit effectué promptement et efficacement. Qui plus est, on planifie les consultations et les examens de manière à ce qu'ils soient proches de la date de l'intervention. Il va de soi qu'une telle approche fonctionne sans encombre lorsque la date ciblée se trouve suffisamment éloignée. Mais on nous informe que lorsque la date de l'intervention est fixée par le chirurgien, il ne s'écoule pas assez de temps entre la réception de la requête et la date de la chirurgie pour réaliser de manière fluide l'ensemble des examens et consultations. Nous ne disposons pas de données probantes sur la fréquence de ces cas. Toutefois, nous comprenons que leur nombre est important et nous en imaginons bien les conséquences néfastes sur la programmation. Il est donc nécessaire d'analyser ce phénomène afin d'y remédier et d'établir un protocole ou processus mieux adapté aux besoins réels des deux pavillons.

Enfin, nous ne pouvons pas conclure ce rapport sans insister suffisamment sur ce qui nous apparaît comme un élément important, sinon l'élément-clé, dans la fluidité et l'amélioration des trajectoires. On réfère au contrôle et au suivi de la qualité des informations inscrites au dossier patient. Les coûts, en termes de temps, d'attente, de dérangements, mais également en risques potentiels pour le patient, lorsqu'une information à valeur ajoutée manque ou n'est pas précise dans le dossier sont inestimables.

Nos recommandations se basent sur les perceptions des personnes interviewées. Elles nous mentionnent, par exemple, le travail et le temps perdu lorsque le document « cueillette de données » est incomplet. Toutefois, nous n'avons pas de données probantes quant à la fréquence d'occurrence de ces absences (un dossier sur dix? huit dossiers sur dix?) ni sur la quantification de ce travail (30 minutes ou quatre heures de recherches?). **Ces données existent suite à la démarche LEAN au C3. Il faudrait trouver la façon de se les procurer.** Il en est ainsi pour la presque totalité des activités dont les temps, les taux de non-conformité ou encore la variabilité nous sont inconnus. Prenons par exemple la durée moyenne de séjour (DMS). Cette donnée est critique pour équilibrer la programmation opératoire et la gestion des lits. Une estimation juste du temps réel d'occupation des lits d'hospitalisation est indispensable. Il est même plus important de connaître la variabilité de ce temps. Nous encourageons fortement la direction des pavillons à établir une culture qualité appuyée sur un système informatif permettant de repérer les absences de données importantes. Nous encourageons également la cueillette des données techniques (délais entre activités, durées opératoires, durées d'hospitalisation) permettant d'appliquer les principes et outils de l'analytique d'affaires.

F - L'impact de la trajectoire sur les autres ressources de l'hôpital

Il apparaît à plusieurs reprises qu'un certain nombre de ressources appartiennent exclusivement à la trajectoire (chirurgiens, certains secrétaires, spécialistes). D'autres sont partagées (personnel administratif PRÉ-BOOKING, anesthésistes), ou sont empruntées à d'autres services, en particulier les consultants. Il nous semble extrêmement important, notamment dans le cadre du Pavillon A, d'évaluer la charge que cela représente afin d'évaluer si des ressources dédiées (plages formelles) seraient plus efficaces.

Dans tous les cas, nous pensons qu'il est important de savoir dans quelle mesure la trajectoire fait appel à des ressources d'autres spécialités et si ces emprunts se font de manière fluide ou non. Par exemple, la demande des examens pourrait se formaliser par des plages dédiées auprès de la radiologie. Des ressources partagées pourraient devenir des ressources propres, dans le but d'engendrer une meilleure efficacité.

G - Collaboration médicale et professionnalisme

La collaboration médicale est basée sur le professionnalisme de chacun. Il nous semble important de :

- Faire connaître aux médecins les incidences de la non-collaboration;
- Sensibiliser les médecins aux besoins du personnel;
- Se rendre disponibles;
- **Se référer aux conclusions du projet P01 – L'implication des orthopédistes dans la gestion quotidienne des activités cliniques.**

ANNEXE A
Grille de calcul utilisée pour mesurer l'efficacité des trajectoires étudiées

Tableau A.1

Comparatif des durées moyennes de séjours des trajectoires PTG-PTH entre les deux pavillons étudiés

Trajectoire		Pavillon A		Pavillon D		Écart entre A & D	
		Nombre de chirurgies	Durée moyenne du séjour hospitalier	Nombre de chirurgies	Durée moyenne du séjour hospitalier	DMS (a) – DMS (D)	Nbre de chirurgies (A) x l'écart dans les DMS
Prothèses de remplacement du genou (PTG)	Primaire	179	6 jours	477	4,9 jours	1,1, jours	196,9 jours
	Secondaire (révision)	22	9,63 jours	33	8,68 jours	0,95 jours	18,26 jours
Prothèses de remplacement de la hanche (PTH)	Primaire	127	8,62 jours	311	5,3 jours	3,32 jours	147,57 jours
	Secondaire (révision)	32	22,06 jours	33	12,8 jours	9,26 jours	296,32 jours
Total		360	----	844	---	---	659,05 jours

Tableau A.2

Comparatif des durées moyennes de séjours des trajectoires PTG-PTH entre le Pavillon A et le comparateur ontarien

Trajectoire		Pavillon A		Comparateur ontarien		Écart entre A & le comparateur ontarien	
		Nombre de chirurgies	Durée moyenne du séjour hospitalier	Nombre de chirurgies	Durée moyenne du séjour hospitalier	DMS du pavillon A – DMS ontarien	Nbre de chirurgies du pav. A x l'écart dans les DMS
Prothèses de remplacement du genou (PTG)	Primaire	179	6 jours	477	4 jours	2 jours	358 jours
	Secondaire (révision)	22	9,63 jours				
Prothèses de remplacement de la hanche (PTH)	Primaire	127	8,62 jours	311	4 jours	4,62 jours	586,74 jours
	Secondaire (révision)	32	22,06 jours				
Total		360	----	--	---	---	944,74 jours

Tableau A.3
Comparatif des durées moyennes de séjours des trajectoires PTG-PTH entre le Pavillon D et le comparateur ontarien

Trajectoire		Pavillon D		Comparateur ontarien		Écart entre D & le comparateur ontarien	
		Nombre de chirurgies	Durée moyenne du séjour hospitalier	Nombre de chirurgies	Durée moyenne du séjour hospitalier	DMS du pavillon D – DMS ontarien	Nbre de chirurgies du pav. D x l'écart dans les DMS
Prothèses de remplacement du genou (PTG)	Primaire	477	4,9 jours	---	4 jours	0,9 jour	429,3 jours
	Secondaire (révision)	33	8,68 jours				
Prothèses de remplacement de la hanche (PTH)	Primaire	311	5,3 jours	---	4 jours	1,3 jour	475,83 jours
	Secondaire (révision)	33	12,8 jours				
Total		360	844	---	---	---	905,13 jours

BIBLIOGRAPHIE

- Deslauriers, J.-P. (1997). L'induction analytique. In G. Morin (Ed.), *Poupart, Deslauriers et alii., La recherche qualitative, Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 293-308). Montréal.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2e éd. ed.). Paris: De Boeck Université.
- Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. (1997). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: G. Morin.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2004). *Les fondements de la recherche qualitative – Techniques et procédure de développement de la théorie enracinée*. Fribourg, Suisse.