

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES
(3576)

PAR
JOSÉE BEAUDET

RÉORGANISATION DU TRAVAIL INFIRMIER À L'UNITÉ DE COURTE DURÉE
GÉRIATRIQUE AU CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
D'ARTHABASKA ET DE L'ÉRABLE : EFFETS SUR L'UTILISATION
OPTIMALE DES COMPÉTENCES DES MEMBRES DE
L'ÉQUIPE DE TRAVAIL

MARS 2014

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Le vieillissement de la population, la complexité des soins ainsi que la rareté des ressources entraînent inévitablement une révision de l'organisation du travail en soins infirmiers. L'objectif de cette recherche est d'évaluer les effets d'une réorganisation du travail sur la division des tâches des différents membres de l'équipe de soins (assistante du supérieur immédiat (ASI), infirmière, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires et commis) travaillant à l'unité de courte durée gériatrique (UCDG) du Centre de santé et des services sociaux d'Arthabaska et de l'Érable (CSSSAE). Un devis quasi expérimental est utilisé et une mesure de temps et de mouvements a permis de mener à bien cette recherche. Le but était de dresser un portrait du travail des équipes de soins avant et après la réorganisation du travail afin d'optimiser l'utilisation des compétences des membres. En octobre 2010, une première collecte de données a été réalisée. À la suite de ces observations, des constats et des pistes de solutions ont été suggérés. Un atelier de type Kaïzen a été organisé avec des représentants de l'équipe de soins afin de dresser un plan d'action. En juin 2012, avec l'accord des employés et des gestionnaires, des changements organisationnels ont été mis en place par le CSSSAE. La réorganisation s'est appuyée sur des notions Lean et s'est inspirée du modèle intégrateur en organisation des soins et du travail. En septembre 2012, les résultats de la deuxième collecte démontrent clairement que la réorganisation a entraîné des changements notables sur le travail infirmier. Une meilleure délégation des tâches, une optimisation des compétences infirmières, une amélioration des soins offerts aux patients et une augmentation de la satisfaction des infirmières ont été notés.

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux	vii
Liste des graphiques	viii
Liste des figures	x
Liste des acronymes	xi
Remerciements	xii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE	4
Vieillissement de la population	5
Virage ambulatoire	6
Hospitalisation des personnes âgées	7
Problèmes de santé complexes chez les personnes âgées	8
Unité de courte durée gériatrique (UCDG)	9
Personnel infirmier	10
Organisation du travail	12
Centre de santé et des services sociaux d'Arthabaska et de l'Érable	14
Objectif de la recherche	14
CHAPITRE II : CADRE DE RÉFÉRENCE	15
Modèle intégrateur en organisation des soins et du travail	16
Optimisation des ressources humaines	20
Optimisation des processus de travail	21
Optimisation de l'environnement psychosocial du travail	21
Le Lean	22
CHAPITRE III : RECENSION DES ÉCRIT	24
Historique des unités de courte durée gériatrique	25
Description de l'unité de courte durée gériatrique	27
Rôle infirmier	31
Rôle infirmier en gériatrie	32

Loi 90.....	34
Conséquences de la sous-utilisation des infirmières	35
Organisation des services de santé au Québec	37
Organisation à l'UCDG au Québec.....	38
Organisation des soins au Québec.....	39
Recherches en organisation du travail.....	40
 CHAPITRE IV : MÉTHODOLOGIE.....	45
Type d'étude.....	46
DMAIC: Définir, Mesurer, Analyser, Améliorer (Improve) et Contrôler.	47
Milieu ciblé pour la recherche.....	50
Population cible et sélection de l'échantillon	51
Critères d'inclusion et instruments utilisés pour la collecte de données.....	51
Considérations éthiques	54
 CHAPITRE V : RÉSULTATS	55
Rôles de chaque membre de l'équipe de soins.....	56
Rôle de l'ASI	57
Rôle de l'infirmière.....	57
Rôle de l'infirmière auxiliaire	57
Rôle des préposés aux bénéficiaires.....	59
Rôle de la commis.....	59
Structure de poste	60
Résultats obtenus à la suite de la première collecte de données	60
Aménagement de l'environnement	62
Répartition des tâches (en minutes) de l'ASI du quart de travail de jour, la semaine .	63
Répartition des tâches (en minutes) de l'ASI du quart de travail de jour, le mercredi (réunion multidisciplinaire).....	65
Répartition des tâches (en minutes) de l'ASI du quart de travail de soir, la semaine..	67
Répartition des tâches (en minutes) de l'ASI du quart de travail de nuit, la semaine .	69
Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de jour, la semaine.....	71

Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de jour, le mercredi (réunion multidisciplinaire)	73
Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de jour, la fin de semaine	75
Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de soir, la fin de semaine	77
Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de nuit, la semaine.....	79
Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de jour, la semaine.....	81
Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de jour, le mercredi (réunion multidisciplinaire)	83
Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de soir, la semaine	85
Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de soir, la fin de semaine.....	87
Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de nuit, la semaine.....	89
Répartition des tâches (en minutes) de la commis du quart de travail de jour, la semaine.....	91
Répartition des tâches (en minutes) du préposé aux bénéficiaires du quart de 8 h à 12 h, la semaine	93
Répartition des tâches (en minutes) du préposé aux bénéficiaires du quart de travail de 8 h à 16 h, la semaine	95
Répartition des tâches (en minutes) du préposé aux bénéficiaires du quart de travail de 15 h 30 à 22 h, la semaine	97
Activité Kaïzen.....	99
Principaux changements à apporter à la suite du Kaïzen	100
Deuxième collecte de données	101
Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de jour, la semaine.....	101
Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de nuit, la semaine.....	103
Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de jour, la semaine.....	105

Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de soir, la semaine	107
Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de soir, la fin de semaine.....	109
Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de nuit, la semaine.....	111
Répartition des tâches (en minutes) du préposé aux bénéficiaires du quart de travail de 8 h à 16 h, la semaine	113
Répartition des tâches (en minutes) du préposé aux bénéficiaires du quart de travail de 15 h 30 à 22 h versus 16 h à 24 h, la semaine	115
Répartition des tâches (en minutes) du préposé aux bénéficiaires du quart de travail de 5 h à 13 h, la semaine	117
Répartition des tâches (en minutes) du préposé aux bénéficiaires du quart de travail de 7 h à 15 h, la semaine	119
CHAPITRE VI : DISCUSSION	121
Culture organisationnelle à l'UCDG du CSSSAE	122
Développement de l'environnement	123
Structure organisationnelle.....	124
Leadership.....	126
Avantages et limites de l'intervention.....	127
Retombées attendues	128
CONCLUSION	130
RÉFÉRENCES.....	133
APPENDICE A. Définition des actions observées	139
APPENDICE B. Formulaire d'information à la recherche.....	142
APPENDICE C. Certificat d'éthique de l'UQTR	147
APPENDICE D. Approbation et attestation du CHUS.....	150
APPENDICE E. Consentement	153
APPENDICE F. Déroulement de l'activité Kaïzen	155
APPENDICE G. Plan d'action.....	158

Liste des tableaux

Tableau

1. Tâches à valeur ajoutée (VA) ou à non valeur ajoutée (NVA)	58
2. Structure de poste à l'UCDG avant et après la réorganisation	61

Liste des graphiques

Graphique

1. Diagramme de Gantt	53
2. Répartition des tâches (en minutes) de l'ASI du quart de travail de jour, la semaine	64
3. Répartition des tâches (en minutes) ASI du quart de travail le jour, le mercredi (réunion multidisciplinaire)	66
4. Répartition des tâches (en minutes) de l'ASI du quart de travail de soir, la semaine	68
5. Répartition des tâches (en minutes) de l'ASI du quart de travail de nuit, la semaine	70
6. Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de jour, la semaine	72
7. Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de jour, le mercredi (réunion multidisciplinaire)	74
8. Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de jour, la fin de semaine.....	76
9. Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de soir, la fin de semaine.....	78
10. Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de nuit, la semaine	80
11. Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de jour, la semaine	82
12. Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de jour, le mercredi (réunion multidisciplinaire).....	84
13. Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de soir, la semaine	86
14. Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de soir, la fin de semaine	88

15. Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de nuit, la semaine	90
16. Répartition des tâches (en minutes) de la commis du quart de travail de jour, la semaine	92
17. Répartition des tâches (en minutes) du préposé aux bénéficiaires du quart de travail de 8 h à 12 h, la semaine	94
18. Répartition des tâches (en minutes) du préposé aux bénéficiaires du quart de travail de 8 h à 16 h, la semaine	96
19. Répartition des tâches (en minutes) du préposé aux bénéficiaires du quart de travail de 15 h 30 à 22 h, la semaine	98
20. Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de jour, la semaine	102
21. Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de nuit, la semaine	104
22. Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de jour, la semaine	106
23. Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de soir, la semaine	108
24. Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de soir, la fin de semaine	110
25. Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de nuit, la semaine	112
26. Répartition des tâches (en minutes) du préposé aux bénéficiaires du quart de travail de 8 h à 16 h, la semaine	114
27. Répartition des tâches (en minutes) du préposé aux bénéficiaires du quart de travail de 15 h 30 à 22 h versus 16 h à 24 h, la semaine...	116
28. Répartition des tâches (en minutes) du préposé aux bénéficiaires du quart de travail de 5 h à 13 h, la semaine	118
29. Répartition des tâches (en minutes) du préposé aux bénéficiaires du quart de travail de 7 h à 15 h, la semaine	120

Liste des figures

Figure

- | | |
|--|----|
| 1. Modèle intégrateur en organisation des soins et du travail | 17 |
| 2. DMAIC : Définir, Mesurer, Analyser, Améliorer (<i>Improve</i>), Contrôler | 47 |

Liste des acronymes

- AHQ : Association des Hôpitaux du Québec
- AIIC : Association des Infirmières et Infirmiers du Canada
- AIICG : Association Canadienne des Infirmières et Infirmiers en Gériatrie
- AQESENS : Association Québécoise d'Établissements de Santé et de Services Sociaux
- ASI : Assistant Supérieur Immédiat
- ASSS : Agence de la Santé et des Services Sociaux
- AVQ : Activité de la Vie Quotidienne
- CEOST : Centre d'Expertise en Organisation des Soins et du Travail
- CEPI : Candidate à l'Exercice de la Profession Infirmière
- CH : Centre Hospitalier
- CHSLD : Centre d'Hébergement et de Soins de Longue Durée
- CSSSAE : Centre de Santé et des Services Sociaux d'Arthabaska et de l'Érable
- CSSSTR : Centre de Santé et des Services Sociaux de Trois-Rivières
- DMAIC : Définir, Mesurer, Analyser, Améliorer (Improve) et Contrôler
- DSI : Directrice des Soins Infirmiers
- FSSS : Fédération de la Santé et des Services Sociaux
- IRDPQ : Institut de Réadaptation en Déficience Physique du Québec
- MRC : Municipalités Régionales de Comté
- MSSS : Ministère de la Santé et des Services Sociaux
- OIIQ : Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec
- PAB : Préposé aux Bénéficiaires
- PTI : Plan Thérapeutique Infirmier
- SAG : Services Ambulatoires Gériatriques
- SPSS : Statistical Package for the Social Sciences
- UCDG : Unité de Courte Durée Gériatrique
- UQTR : Université du Québec à Trois-Rivières
- URFI : Unité de Réadaptation Fonctionnelle Intensive
- URG : Unité de Réadaptation Gériatrique

Remerciements

Dans un premier temps, je tiens à offrir des remerciements bien particuliers à ma directrice, madame Liette St-Pierre, pour l'encadrement, les encouragements et les précieux conseils. Un merci à madame Chantal Baril et à madame France Cloutier pour leur collaboration et leur expertise. Également, je voudrais remercier le CSSS d'Arthabaska et de l'Érable qui m'a permis de faire cette recherche dans leur établissement. Je tiens à souligner l'implication de la direction du CSSSAE, Mme Hélène Hinse, M. Philippe Rancourt, M. François Camiré, Mme Isabelle D'Argy ainsi que la docteure Monaghan sans qui le projet de recherche n'aurait pas eu autant de succès. J'aimerais également exprimer ma reconnaissance à tout le personnel de l'unité de soins de courte durée gériatrique du CSSSAE pour leur ouverture d'esprit et leur implication.

Je souhaite exprimer ma profonde gratitude à ma famille et à mes proches qui m'ont toujours encouragée et soutenue dans mes projets, même les plus fous! Un merci bien personnel à Élaine, pour sa disponibilité et sa présence rassurante lors des moments difficiles. À Mario, grâce à sa fierté exprimée, j'ai su que j'avais toutes les raisons de croire en moi, merci de me donner goût à l'amour.

Finalement, je désire adresser un merci très spécial à ma fille, Roxanne, pour son amour inconditionnel. J'espère lui avoir inculqué la persévérance et la détermination, car la rigueur vient toujours à bout de l'obstacle.

Introduction

Parmi les phénomènes marquants du XX^e siècle au Québec, le vieillissement de la population, la complexité des soins et la rareté des ressources dans le système de santé peuvent être ressortis (Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), 2010). Au fil des ans, le MSSS a imposé un virage ambulatoire (2001) afin de réduire le temps d'hospitalisation. Dans ce contexte de transfert des soins des centres hospitaliers vers le milieu naturel, les proches-aidants, déjà surchargés de responsabilités liées au soutien à domicile de leurs parents âgés, s'en voient imposer encore davantage. Ces aidants n'offrent pas que de l'aide et du soutien, mais également des soins qui peuvent être complexes et qui exigent des technologies de plus en plus sophistiquées à domicile. En 2002, le Gouvernement met en place la Loi 90 pour faire face à ce contexte changeant. Cette loi reconnaît clairement l'expertise et le rôle central des infirmières dans les soins de santé. Aujourd'hui, ce changement démographique a sans l'ombre d'un doute des effets majeurs sur l'offre de services du système de santé et plus spécifiquement, sur l'ensemble de l'organisation du travail infirmier. En effet, les Centres de santé et des services sociaux (CSSS) du Québec sont contraints de planifier une réorganisation du travail en fonction des besoins populationnels. De plus, pour combler le manque d'effectifs causé par le départ massif des infirmières à la retraite (Côté, 2002), les infirmières doivent souvent mettre de côté leur leadership en lien avec leur champ d'expertise parce qu'elles n'ont pas le temps en raison d'une surcharge de travail. La présente étude a pour but d'évaluer les effets d'une réorganisation du travail

sur la division des tâches des différents membres de l'équipe de soins au Centre de santé et des services sociaux d'Arthabaska et de l'Érable (CSSSAE). Le premier chapitre présente la problématique touchant le vieillissement de la population québécoise, la complexité des soins ainsi que la rareté des ressources dans les établissements de santé du Québec. Le second chapitre décrit le cadre de référence Le modèle intégrateur en orientation des soins et du travail (Association des hôpitaux du Québec, 2005) est utilisé dans cette recherche. Le troisième chapitre présente les études empiriques reliées à la réorganisation du travail. Le quatrième chapitre décrit la méthode utilisée dans la présente étude. Le cinquième chapitre contient, quant à lui, les résultats de la recherche. Ces résultats sont ensuite discutés au sixième chapitre. Enfin, une conclusion vient clore ce travail de recherche qui a eu lieu à l'unité de courte durée gériatrique (UCDG) du CSSSAE.

Problématique

La première partie de ce mémoire de maîtrise présente la problématique de la présente recherche. Ce chapitre est divisé en neuf sujets soit: 1- le vieillissement de la population; 2- le virage ambulatoire; 3- l'hospitalisation des personnes âgées; 4- les problèmes de santé complexes chez les personnes âgées; 5- l'unité de courte durée gériatrique; 6- le personnel infirmier; 7- l'organisation du travail; 8- le Centre de santé et des services sociaux d'Arthabaska et de l'Érable et 9- l'objectif de la recherche.

Vieillissement de la population

Au Canada, l'augmentation du nombre de personnes âgées posera plusieurs défis au cours des prochaines années. En 1971, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient 8 % de la population, un pourcentage qui ne cesse d'augmenter depuis 40 ans (Statistique Canada, 2011). Ainsi, en 2010, 14,1 % de la population canadienne était âgée de 65 ans et plus. En 2026, cette strate d'âge pourrait représenter plus d'un cinquième de la population et finalement surpasser le quart d'ici 2056 (Statistique Canada, 2011). De plus, en 2010, 3,9 % de la population était âgée de 80 ans et plus, chiffre qui pourrait doubler d'ici l'année 2031 (Statistique Canada, 2011). Finalement, en dix ans, le nombre de centenaires au Québec a plus que doublé passant de 712 en 2001 à 1 773 en 2011. Au niveau épidémiologique, l'espérance de vie s'allonge d'année en année et s'établit à 79,7 ans chez les hommes et à 83,7 ans chez les femmes (Institut

de la statistique du Québec, 2011). Ainsi, au fil des ans, près de 30 ans d'espérance de vie ont été gagnés, tant chez les hommes que chez les femmes.

Règle générale, le vieillissement crée une diminution des fonctions physiologiques et des capacités fonctionnelles. Ces capacités s'appauvissent encore davantage sous l'effet de la sédentarité et en présence de maladies chroniques. En somme, la sénescence augmente le risque de souffrir de maladies chroniques et de vivre avec des incapacités importantes selon le MSSS (2011). Entre 60 et 65 ans, une personne sur dix est hospitalisée au cours d'une année et ce taux triple pour la clientèle de 80 ans et plus. Au Québec, les personnes de 65 ans et plus représentent 6,4 % de la population et pourtant, 45 % des hospitalisations sur les unités de soins physiques de courte durée sont imputables à ce groupe d'âge (Statistique Canada, 2011). Finalement, il est possible de voir une corrélation entre l'augmentation de l'utilisation des services de santé et les problèmes de santé chez les aînés de plus de 65 ans et ce phénomène s'accentue chez les clientèles de plus de 75 ans (MSSS, 2011).

Virage ambulatoire

En 1987, le MSSS impose un virage ambulatoire qui met en place des changements importants (MSSS, 2008). Ce virage impose une restructuration du système de prestation de soins. Alors que traditionnellement le centre hospitalier était considéré comme un élément charnière des réseaux de santé, il appert désormais que les soins vers la communauté sont favorisés. La durée de séjour en centre hospitalier est

écourtée, voire complètement abolie dans certains cas. Le patient et sa famille sont de plus en plus mis à contribution dans la prestation de leurs propres soins (Malo, Grenier, & Gratton, 2006). En effet, divers sondages (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), 2011a) confirment le souhait des personnes âgées de demeurer chez elles. De fait, 96.3 % des personnes de 65 ans et plus demeurent à domicile et ce n'est que vers 85 ans que le changement survient vers des centres d'hébergement (AQESSS, 2011b). L'aide à domicile donnée aux patients par les services professionnels représente 44 % de toute l'aide donnée (AQESSS, 2011b), ce qui contribue à accroître la demande pour les services à domicile.

Hospitalisation des personnes âgées

Au Québec, 88 % des personnes âgées vivent à domicile alors que 12 % d'entre elles sont dans un milieu de vie substitut. Les centres hébergement de soins de longue durée (CHSLD), les résidences intermédiaires, les unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) regroupent des personnes âgées de 85 ans et plus, majoritairement aux prises avec des atteintes cognitives sévères et des dépendances fonctionnelles (MSSS, 2011). Lorsqu'elles doivent être hospitalisées, l'urgence est habituellement la porte d'entrée pour la majorité de ces personnes âgées vivant une problématique de santé. Il semble important de souligner que les personnes âgées sont vulnérables aux complications qui peuvent survenir lors d'une hospitalisation en centre hospitalier (CH) (MSSS, 2011). Selon le MSSS (2011), près du tiers des patients âgés hospitalisés en CH subissent un déclin fonctionnel. Environ 40 % des personnes hospitalisées en CH

présentent plusieurs complications ayant des répercussions fonctionnelles et cognitives délétères, à court et long terme (MSSS, 2011). Pour près de la moitié des personnes âgées hospitalisées en CH, le processus de soins et l'environnement non optimal à leurs besoins deviennent le déclencheur du déclin fonctionnel, progressif et irréversible, associé à une mortalité accrue ainsi qu'à une augmentation des taux de réhospitalisation et d'hébergement (MSSS, 2011). Afin de diminuer les risques de complications apparaissant lors de l'hospitalisation, il est important de bien orienter la personne âgée, selon sa problématique (MSSS, 2011). Ces risques qui peuvent augmenter la morbidité sont liés à l'alimentation ou à la réduction de la mobilisation, à la malnutrition, aux réactions indésirables aux médicaments, au delirium ou à l'environnement physique (MSSS, 2011).

Problèmes de santé complexes chez les personnes âgées

L'orientation ministérielle sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie (MSSS, 2011) a fait ressortir les besoins liés aux problèmes de santé complexes chez ces dernières. Les problématiques sont en lien avec les maladies chroniques ou leurs conséquences, c'est-à-dire la perte d'autonomie et le besoin d'aide dans les activités de la vie quotidienne. Selon le MSSS (2011), les incapacités et les pertes d'autonomie fonctionnelle sont de 70 % chez les personnes âgées de plus de 85 ans. Les pathologies sont généralement liées à des problèmes cérébro-vasculaires, circulatoires, ostéo-articulaires, à des lésions ou des empoisonnements généralement en

lien avec la médication ou sont liées à la démence. La nature des pathologies n'est pas la seule condition pour que la personne ait un profil gériatrique mais la coexistence simultanée de ces pathologies et surtout leurs répercussions fonctionnelles chez la personne âgée sont des conditions importantes (Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2011). Dans ce cas, le personnel infirmier doit porter une attention particulière et offrir un plan de soins répondant aux besoins de la personne âgée dans un milieu adapté afin de tout mettre en œuvre pour que son hospitalisation en CH ne lui porte pas préjudice (Doiron & Dupras, 2009).

Unité de courte durée gériatrique (UCDG)

Au Québec, la première unité de courte durée gériatrique (UCDG) a vu le jour en 1978. Actuellement, plus de 71 UCDG sont actives. Elles ont des missions différentes selon les ressources des milieux, s'étendant de la prise en charge en soins aigus jusqu'aux soins de réadaptation (MSSS, 2011). L'UCDG est un service institutionnel, à l'intérieur duquel des professionnels procèdent à l'évaluation et au traitement des personnes âgées ayant des problématiques de santé (MSSS, 2007). Le but de l'UCDG est d'identifier, chez la personne âgée, les éléments physiopathologiques à la base de la détérioration de son état et de corriger ces problèmes afin d'orienter la personne vers un milieu adapté à ses besoins. S'il s'agit d'un problème de santé aigu, elle sera dirigée vers une unité spécialisée pour recevoir certains traitements avant d'être dirigée vers l'UCDG. Si par contre, il s'agit d'une problématique physiopathologique à la base d'une

détérioration importante de l'état de santé de la personne âgée, elle sera dirigée vers l'UCDG (MSSS, 2007).

Personnel infirmier

Au Canada, le ratio actuel par rapport à la population s'établit à environ 10 000 infirmières par million d'habitants, c'est-à-dire une infirmière pour 100 habitants (Statistique Canada, 2011). Les projections pour le personnel infirmier en 2020 seront de 280 000 pour environ 38 millions d'habitants, c'est 0.7 infirmière par 100 habitants, soit 30 % de moins qu'en 2007 (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2007). En somme, ce sera loin d'être suffisant pour répondre aux besoins de la population. Au Québec, au début des années 2000, un manque de personnel était observé dans plusieurs secteurs (Fédération de la santé et des services sociaux, (FSSS), 2011). Selon l'OIIQ (2010), 14 680 infirmières avaient plus de 55 ans et 10 900 étaient âgées entre 50 et 54 ans. L'OIIQ (2007) estime qu'en 2022, il y aura 66 000 infirmières en exercice au Québec, alors que le besoin serait de 89 000 infirmières (OIIQ, 2007). Selon le MSSS (2007), il manquait plus de 1 867 infirmières tandis qu'en 2022, le MSSS estime un manque de 23 000 infirmières pour combler les besoins, soit 41 % des effectifs du réseau public au Québec. Depuis, plusieurs autres facteurs de pénurie se sont ajoutés : le déclin démographique, les conditions de travail difficiles, la grande variété d'emplois dans différents domaines et, bien entendu, les départs à la retraite (FSSS, 2011).

Les départs à la retraite des infirmières feront en sorte de laisser les infirmières plus jeunes et moins expérimentées avec moins de personnel sur lequel elles peuvent compter, soit une perte d'expertise qui ne sera pas à négliger (FSSS, 2011). Voyer (2013) souligne que l'infirmière doit posséder des connaissances approfondies en géronto-gériatrie pour être en mesure d'effectuer l'examen clinique de l'aîné et reconnaître les problèmes de santé chez les personnes âgées. Ce même auteur affirme que l'infirmière ne peut pas s'appuyer uniquement sur ses connaissances générales, car elle risque d'omettre des situations problématiques chez la clientèle âgée. Il importe donc à chaque infirmière de reconnaître la complexité des soins chez les aînés et d'acquérir les connaissances nécessaires pour améliorer sa pratique (Voyer, 2013). Comme le souligne Dorval (2008), l'évaluation clinique de l'infirmière met en évidence les besoins spécifiques du patient et peut ainsi influencer de façon positive le statut fonctionnel du patient.

Le contexte d'augmentation du vieillissement de la population influence grandement le contexte organisationnel des soins de santé et provoque des répercussions importantes au niveau des soins offerts par les professionnels de la santé. D'ailleurs, le MSSS (2011) en fait une préoccupation importante et mise sur la qualité des soins à offrir aux personnes âgées, et ce, dans une organisation optimale. Pour sensibiliser et outiller les professionnels de la santé, le MSSS a implanté un cadre de référence qui touche spécifiquement cette clientèle, soit l'approche adaptée à la personne âgée en

milieu hospitalier. Ce cadre a pour but de prévenir ou d'atténuer le déclin fonctionnel iatrogène chez les personnes âgées hospitalisées (MSSS, 2011).

Organisation du travail

Lorsque les personnes âgées, même les plus autonomes doivent être hospitalisées, elles sont plus susceptibles de développer des problèmes de santé et cela parfois en raison de soins qui sont inadaptés à leur condition (MSSS, 2011). Les personnes souffrant de maladies chroniques sont encore plus à risque d'être hospitalisées. Les enjeux que pose le vieillissement de la population touchent l'organisation des services de santé et des services sociaux offerts aux personnes âgées. Loin d'être un phénomène négatif, l'augmentation du nombre de personnes âgées oblige cependant à revoir le mode d'organisation des services qui leur sont offerts. Ainsi en 2001, le MSSS présente un document d'orientation traçant les grandes lignes de l'organisation future des services pour les personnes âgées, et ce, dans le but de s'adapter à l'évolution et à la croissance des besoins associés au vieillissement de la population.

En 2002, le MSSS met en place la Loi 90, *Loi modifiant le Code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* qui sert de levier aux infirmières pour optimiser leurs compétences. Cette Loi permet aux infirmières de redéfinir leurs champs d'activités afin de s'approprier de nouvelles responsabilités cliniques. Dans un contexte de rareté d'infirmières, la Loi 90 évoque de nouveaux rôles, rendus nécessaires par les réorganisations cliniques (MSSS, 2002). Évidemment, le

MSSS (2007) ne cesse d'inciter les infirmières à emprunter la voie de ces nouveaux rôles. En somme, il s'agit de recentrer les infirmières dans des rôles et des responsabilités où elles sont les plus utiles et pour lesquels elles ont, en raison de leur formation, des compétences distinctes des autres professionnels et non professionnels.

Selon l'étude de Bourbonnais, Malenfant, Viens, Vézina et Côté (2000), les infirmières travaillant à l'UCDG ont fait ressortir l'importance du travail d'équipe, plus spécifiquement de l'équipe de soins, de l'expertise et de la stabilité du personnel comme base essentielle pour donner un sens et une orientation à leur travail auprès de la clientèle gériatrique. L'AQESSS, (2011a) croit qu'une révision de l'organisation des soins, des services et du travail doit être une priorité. L'AQESSS suggère que les ressources infirmières en place possèdent les compétences et les habiletés requises pour l'exercice de leurs fonctions mais également que chaque membre des équipes de soins et de services soit utilisé de manière optimale. Par exemple, les soins d'assistance pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) devraient être délégués aux préposés aux bénéficiaires afin de favoriser l'évaluation clinique du patient par les infirmières (AQESSS, 2011b).

Selon l'AQESSS (2011b), la réorganisation du travail permet aux professionnels d'exercer pleinement les activités à valeur ajoutée (VA) dans le respect des champs d'exercices et permet d'obtenir une efficience dans la prestation des services de façon optimale. Selon le Guide des pratiques novatrices en organisation des soins et du travail

(2005), les pratiques novatrices transforment les relations de travail en relations de coopération en plus d'améliorer l'organisation du travail et la qualité des soins et des services.

Centre de santé et des Services sociaux d'Arthabaska et de l'Érable

Dans un contexte d'allongement de l'espérance de vie, d'augmentation du vieillissement de la population et de la complexité des soins et de la rareté du personnel infirmier, le CSSSAE n'échappe pas aux problèmes organisationnels à l'UCDG. Le CSSSAE vise l'amélioration de l'organisation du travail, et ce, en permettant une prise en charge optimale de la clientèle gériatrique. Les infirmières travaillant à l'UCDG doivent utiliser leurs compétences et leur leadership auprès de la clientèle gériatrique.

Objectif de la recherche

L'objectif de la recherche est d'évaluer les effets d'une réorganisation du travail sur l'utilisation des compétences et sur les activités à valeur ajoutée des infirmières, des infirmières auxiliaires, des préposés aux bénéficiaires et de la commis du CSSSAE.

Les objectifs spécifiques qui en découlent sont les suivants : 1. dresser un portrait du travail des infirmières, des infirmières auxiliaires, des préposés aux bénéficiaires et de la commis avant et après la réorganisation du travail, 2. documenter la démarche mise en place pour gérer le changement dans le travail des équipes.

Cadre de référence

Cette partie du mémoire expose la méthodologie utilisée dans la présente recherche. Ce chapitre résume concrètement les différents principes pris en considération afin de mener à terme la réorganisation du travail à l'UCDG au CSSSAE.

Modèle intégrateur en organisation des soins et du travail

Le cadre de référence utilisé dans le présent projet de recherche est le modèle intégrateur en organisation des soins et du travail (Association des hôpitaux du Québec, 2005). À la base, ce modèle intégrateur a été créé par un ensemble de gestionnaires, de cliniciens et d'universitaires du centre d'expertise en organisation des soins et du travail (CEOST). Le modèle présenté à la figure 1 comprend une liste d'idées et d'éléments importants à considérer lors d'une démarche de changements organisationnels des soins, des services et du travail. Ce projet de recherche s'est inspiré de ce modèle puisqu'il s'agit d'une recherche portant sur une réorganisation du travail à l'UCDG du CSSSAE qui implique donc un changement au sein de l'organisation. Le triangle principal et ses trois pointes symbolisent les trois angles de prise constatés dans les plans de transformation organisationnelle, lesquels sont l'optimisation des ressources humaines, l'optimisation du processus de travail ainsi que de l'environnement psychosocial du travail. Le modèle intégrateur montre que tout projet de changement doit prendre en considération les différents facteurs qui peuvent influencer le processus. Se préoccuper de ces facteurs permettra d'estimer la disposition de l'organisation à faire un

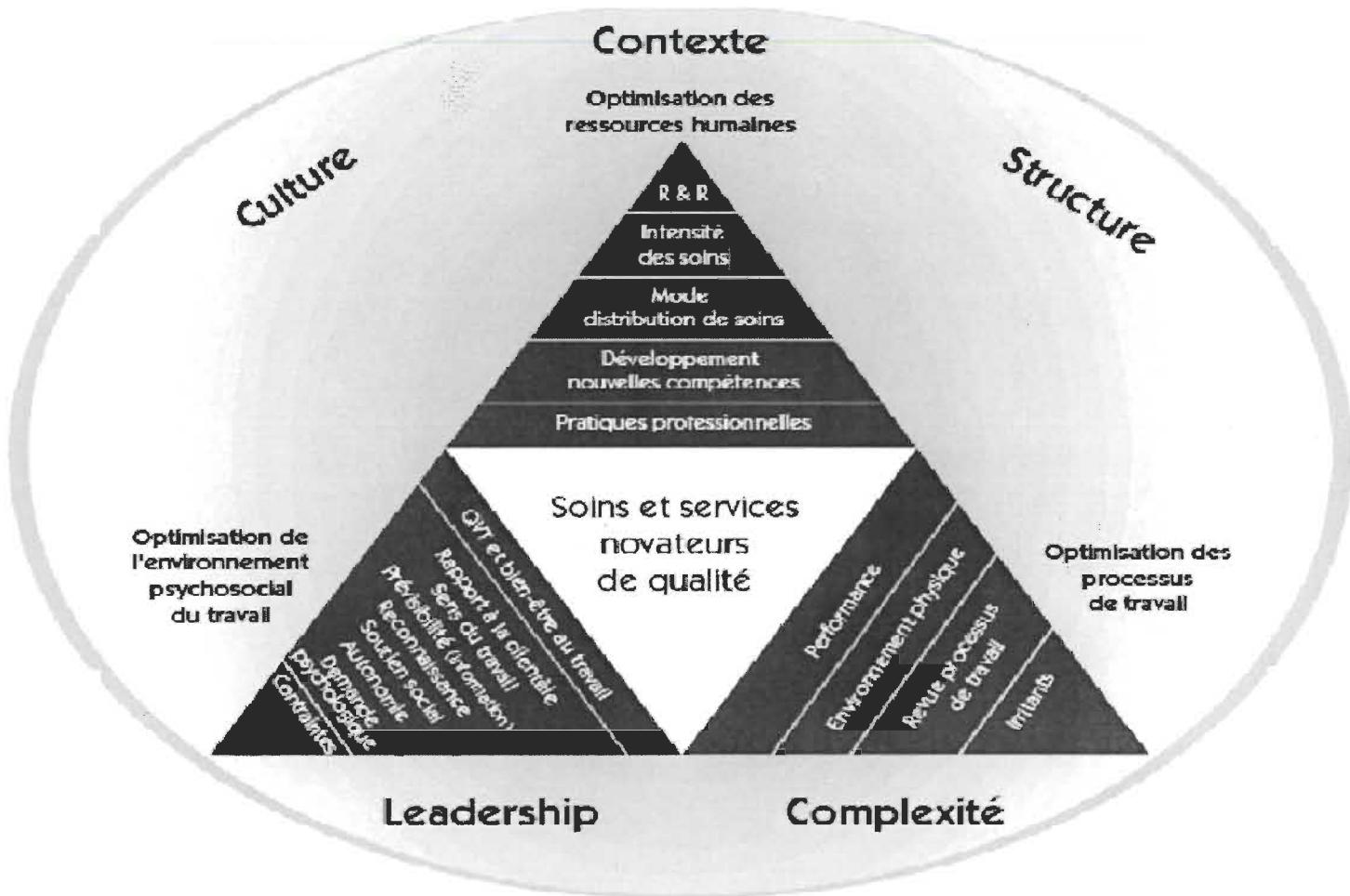


Figure 1. Modèle intégrateur en organisation des soins et du travail (AHQ, 2005, p.17)

changement. Le modèle permet de faire des choix des méthodes à adopter pour augmenter les chances de réussite du projet tout au long de la démarche de changement.

Les cinq facteurs qui doivent être pris en considération dans une démarche de changement sont le contexte, la structure, la culture, le leadership et la complexité. Chacun de ces cinq facteurs sera explicité dans les paragraphes suivants. Le premier facteur est le contexte lequel fait référence au lien entre l'organisation et son environnement. Les éléments pouvant influencer l'organisation sont la pénurie de personnel, l'augmentation de la charge de travail et des heures supplémentaires, les compressions budgétaires, l'absentéisme et la hausse de la clientèle.

Le deuxième facteur est la structure organisationnelle. Cette dernière influence la volonté de changer. Une structure se doit d'être adaptée à son environnement. Les employés seront plus intéressés à coopérer dans les projets de changement si la structure est souple et adaptée. En prenant en considération l'avis des employés, leur participation et leur ouverture aux changements de structure risquent d'être plus favorables (AHQ, 2005).

Le troisième facteur est la culture organisationnelle qui réfère aux valeurs, à la vision, aux habitudes et à l'historique de l'organisation. Elle constitue un mécanisme efficace de référence pour prévoir et influencer le comportement des employés. Une culture plutôt participative et consultative favorise le sentiment d'appartenance des employés. Mettre en place des mécanismes transparents et efficaces dans le but de créer un sentiment de confiance fait partie de ce facteur. La philosophie de gestion de

l'établissement doit favoriser la participation des employés à la prise de décision (AHQ, 2005).

Le quatrième facteur de ce modèle, le leadership, représente le comportement exercé par les gestionnaires face à leurs employés afin de réaliser les objectifs fixés au regard du travail à effectuer. Les gestionnaires et les responsables du projet sont identifiés comme des facteurs de réussite pour arriver à instaurer un changement. Ceux-là doivent mettre l'accent sur la communication, le soutien aux employés de même que sur la mise en valeur du potentiel de chaque employé. Différents styles de leadership existent mais le modèle intégrateur en organisation des soins et du travail met l'accent sur la mobilisation des équipes, le respect et la courtoisie du leader (AHQ, 2005).

Le cinquième et dernier facteur est la complexité du changement qui fait référence à l'interaction entre les quatre facteurs, soit le contexte, la structure, la culture et le leadership. L'ampleur et la nature même du changement sont également des éléments liés à la complexité. Ce cinquième facteur fait référence au type d'établissement, à sa taille et à son niveau de complexité. Le nombre de patients desservis, le nombre d'employés et de médecins, la vocation de l'établissement sont des exemples de facteurs qui doivent être pris en considération. De plus, un contexte défavorable peut ajouter à la complexité et, par conséquent, rendre le changement plus difficile.

Optimisation des ressources humaines

Le triangle situé au cœur du modèle intégrateur en organisation des soins et du travail fait ressortir la cible des projets d'organisation des soins, des services et du travail, soit des soins et des services novateurs de qualité pour la population. Dans la division « Optimisation des ressources humaines » (réf. Figure 1) se situent : 1. les rôles et les responsabilités de l'équipe soignante, comme le rehaussement ou l'enrichissement et le développement de nouvelles compétences des pratiques; 2. l'intensité des soins; 3. le mode de distribution de soins, qui sont variables d'une unité à l'autre; 4. le développement de nouvelles compétences et finalement; 5. les pratiques professionnelles. C'est premièrement sous l'angle de l'optimisation des ressources humaines que débutera le projet d'organisation du travail ayant pour but d'améliorer les soins et les services.

Dans la présente recherche, l'aspect des rôles et des responsabilités des membres de l'équipe de soins, soit les infirmières, les préposés aux bénéficiaires et les infirmières auxiliaires, est une des parties importantes. L'organisation du travail à l'UCDG du CSSSAE doit être revue afin d'offrir un niveau de soins de qualité et surtout efficient. Pour ce faire, la distribution des tâches de chaque membre de l'équipe de soins sera observée et analysée. Les rôles et responsabilités, le mode de distribution de soins et le développement des nouvelles compétences seront les sujets qui guideront la présente recherche.

Optimisation des processus de travail

La catégorie «Optimisation des processus de travail» porte sur les irritants et les processus de travail comme la clarification des rôles et des fonctions de l'équipe. De plus, l'environnement physique et la performance font partie de cette catégorie. La recherche traitant de l'amélioration de la performance organisationnelle et de l'environnement physique se doit de faire une revue des processus de travail et de la correction des irritants. Lors de cette recherche, les irritants des membres de l'équipe seront pris en considération. Les processus de travail et l'environnement seront observés et analysés en lien avec la performance organisationnelle. Le but est d'offrir une meilleure intervention vers une meilleure gestion.

Optimisation de l'environnement psychosocial du travail

Sous l'angle de « l'Optimisation de l'environnement psychosocial du travail » se groupent les catégories suivantes : 1. la qualité de vie au travail (QVT) et le bien-être au travail car les employés doivent se sentir motivés et impliqués dans les changements. Ensuite, 2. le rapport à la clientèle, 3. le sens du travail, 4. la prévisibilité de l'information, 5. la reconnaissance, 6. le soutien social des collègues et des supérieurs immédiats, 7. l'autonomie en emploi, 8. la demande psychologique et, en terminant, 9. les contraintes.

Le volet « Optimisation de l'environnement psychosocial du travail » n'a pas été utilisé dans la présente recherche. Par contre, les employés ont été consultés et impliqués

tout au long du processus. Des consultations verbales et écrites ont été réalisées et une activité planifiée, le Kaïzen, a permis d'impliquer l'ensemble du personnel. Le Kaïzen est une méthode qui fait appel au jugement du personnel et met l'accent sur la participation de tous les acteurs. Le Kaïzen est apparu intéressant parce qu'il fournit une tribune à l'équipe pour communiquer et ainsi créer la confiance entre les employés et les gestionnaires.

Le modèle intégrateur en organisation des soins et du travail va structurer le changement en donnant des indicateurs qui vont guider l'observation et la prise de données. Par le fait même, ce modèle va permettre d'atteindre les objectifs visés par cette recherche. De plus, des notions seront empruntées au Lean (Liker, 2009).

Le Lean

Cette approche permet d'améliorer le processus de travail, de satisfaire la clientèle et même d'obtenir une plus grande stabilité des effectifs.

L'idée principale portée par le Lean se résume de la façon suivante : une organisation doit concentrer à n'appliquer que les moyens les plus efficents dans l'organisation du travail. Les notions d'activité (valeur ajoutée) et de gaspillage (non-valeur ajoutée) sont au cœur de cette préoccupation. Également, la philosophie Lean priorise l'implication du personnel dans le processus d'amélioration continue. Une démarche d'implantation Lean comporte cinq étapes d'interventions, lesquelles sont :

1.établir la valeur ajoutée ou service désiré par le « patient ». 2. comprendre le processus de production. 3. améliorer le circuit ou la trajectoire de production. 4. mettre le patient au centre des préoccupations et viser la perfection (Liker, 2009).

Recension des écrits

Le premier sujet du chapitre porte sur l'historique des UCDG. Par la suite, les différentes missions d'une UCDG données par le MSSS sont présentées. La structure de soins à l'UCDG est le troisième sujet abordé. Le quatrième sujet est la description du rôle de l'infirmière travaillant à l'UCDG ainsi que la description des conséquences chez les personnes âgées de la sous-utilisation des compétences infirmières. Finalement, les questions de recherche sont présentées.

Historique des unités de courte durée gériatrique

Dans les années 1980, le réseau de santé et des services sociaux québécois laisse voir des signes d'essoufflement. Les listes d'attente s'allongent dans plusieurs secteurs, les urgences sont souvent engorgées, certains équipements sont désuets et des patients manifestent leur mécontentement (MSSS, 2008). Pour faire face à cette situation, le MSSS entreprend de réviser sa stratégie en matière de santé et de bien-être. En 1987, le Québec décida de transformer son système de santé en effectuant un virage vers une distribution de services ambulatoires. Ce virage avait pour but d'écourter et même d'éviter les séjours en milieu hospitalier par la création, entre autres, de centres de jour et de cliniques ambulatoires. Une nouvelle politique propose de replacer la santé au cœur de tous les secteurs de la vie collective. Elle conduit également à une adaptation et

à une réorganisation du réseau des services de santé (MSSS, 2008). Dans les faits, elle oblige le réseau à se doter de moyens, c'est-à-dire de redéfinir les rôles et fonctions des professionnels afin d'offrir des services de qualité, accessibles et continus (MSSS, 2008). Au fil des ans, le système de santé doit s'adapter à l'évolution du profil de sa clientèle. Dans ce contexte et avec l'alourdissement de la clientèle hospitalisée consécutif à la réorganisation de la distribution des soins dans notre réseau, une forte proportion des aînés nécessitant une hospitalisation est porteuse de maladies chroniques. Nous devons donc rajuster notre façon de prodiguer des soins et services au regard des besoins de cette population en croissance (MSSS, 2011). En 2011, le MSSS a conçu une approche adaptée à la personne âgée (AAPA) et plus spécifiquement, en soins de courte durée (MSSS, 2011). L'AAPA a comme but, de s'assurer que toutes les interventions nécessaires soient faites pour prévenir et, dans la mesure du possible, éviter le déconditionnement des patients âgés. De plus, cette nouvelle approche (AAPA) propose des principes directeurs pour les organisations hospitalières afin de tenir compte de la sensibilité particulière des personnes âgées. Cette approche adaptée aux personnes âgées est une occasion unique pour les hôpitaux de développer une vision mobilisatrice en regard du vieillissement de la population (MSSS, 2011).

La perte d'autonomie liée au vieillissement mène les personnes âgées à recourir à une gamme de services offerts par le réseau de la santé. Les services sont les suivants: les centres de jour, l'hébergement temporaire, les services ambulatoires gériatriques (SAG), les unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), les unités de

réadaptation gériatrique (UCDG-URG) et les unités de courte durée gériatrique (UCDG) (MSSS, 2007). L'UCDG reçoit des personnes âgées dont le profil gériatrique nécessite un milieu surspécialisé d'évaluations, d'interventions et de traitements adaptés aux particularités du grand âge, intégrant les aspects biologiques, psychologiques et sociaux (MSSS, 2007).

Description de l'unité de courte durée gériatrique

L'UCDG est un service de deuxième ligne pour la clientèle pouvant bénéficier de soins gériatriques spécialisés qui a été créé dans les hôpitaux du Québec afin d'offrir une approche interdisciplinaire lors d'épisodes de soins de la clientèle gériatrique nécessitant une hospitalisation liée à la perte d'autonomie (MSSS, 2005). Le but de l'UCDG est d'identifier chez la clientèle âgée les éléments physiopathologiques à la base de la détérioration de l'état de santé. Intervenir rapidement et de façon concertée pour corriger les problèmes de santé identifiés afin que la personne âgée puisse, dans un premier temps, éviter une perte d'autonomie liée à l'hospitalisation et, dans un deuxième temps, retourner à domicile, ce qui fait partie du but de l'UCDG (MSSS, 2007).

La durée moyenne de séjour en UCDG est de 24 jours pour une évaluation diagnostique et de 45 jours au total lorsque la réadaptation se poursuit en UCDG (MSSS, 2005). La clientèle visée par les soins offerts à l'UCDG est essentiellement des personnes âgées présentant un profil gériatrique qui nécessitent une hospitalisation pour un problème médical aigu ou subaigu qui ne peut être pris en charge en externe. L'âge

seul de 65 ans et plus ne saurait constituer un critère pour recevoir ou non les services de ce programme. La présence de troubles aigus et de certains handicaps physiques ou mentaux oblige l'équipe interdisciplinaire à intervenir rapidement et de façon combinée. Les raisons d'hospitalisation sont généralement liées à des problèmes cérébro-vasculaires cardio-vasculaires ou autres problèmes de l'appareil circulatoire, à des lésions ou à l'empoisonnement (généralement en lien avec la médication), à des problèmes ostéo-articulaires (hanche ou genou) ou encore à la démence (MSSS, 2005).

Dans cette optique, les UCDG deviennent une clé importante du réseau de services gérontologiques et gériatriques optimisant le maintien à domicile. L'UCDG permet de recentrer les interventions en tenant compte de l'état de santé global de la personne âgée et non pas uniquement de son poumon malade ou de sa hanche fracturée. Contandriopoulos et al. (1999) affirment que les UCDG constituent l'un des principaux maillons d'un réseau de services gérontologiques et gériatriques visant le maintien à domicile.

L'étude de Contandriopoulos et al. (1999) a fait ressortir une grande hétérogénéité des UCDG au Québec au niveau de leur structure, leur fonctionnement, leurs clientèles et la durée moyenne de séjour. Ces auteurs attribuent ces différences à quatre types de facteurs, lesquels sont : 1) le milieu géographique, soit le bassin de clientèle, 2) l'accessibilité, les autres ressources disponibles, 3) les caractéristiques organisationnelles de l'hôpital telles que la structure, les cultures organisationnelles et

les modes de fonctionnement et 4) le jugement clinique des intervenants. Malgré ces divergences, ce groupe de chercheurs s'est questionné sur la forme optimale d'organisation de la prise en charge des personnes âgées fragiles. Malgré la grande diversité entre les UCDG, Contandriopoulos et al. (1999) ont quand même réussi à identifier trois types d'UCDG.

Parmi les trois types d'UCDG identifiés par Contandriopoulos et al. (1999), le premier type est orienté principalement vers une fonction de réadaptation avec une proportion de patients atteints de problèmes cérébro-vasculaires, ostéo-articulaires et problèmes causés par des chutes. Le second type d'UCDG est orienté vers une fonction médicale et comprend une diversité de patients dont certains présentent des troubles cognitifs. Le dernier type est orienté à la fois vers une fonction médicale et de réadaptation et inclut une grande diversité de clientèles. L'UCDG du CSSSAE accueille une clientèle généralement orientée vers des problèmes physiques et cognitifs nécessitant de la réadaptation. Cette unité se classe donc dans le troisième type d'UCDG selon la classification de Contandriopoulos et al. (1999).

La mission de l'UCDG du CSSSAE est de procéder de façon interdisciplinaire à la stabilisation et à l'évaluation gériatrique globale, au traitement, à l'orientation et à la planification des services après le congé de l'hospitalisation. La condition générale du patient doit nécessiter une observation et un suivi interdisciplinaire, 24 heures sur 24, s'étendant sur plusieurs jours (CSSSAE, 2010). Par exemple, lorsqu'un patient chute à

domicile et qu'il se fracture une hanche, à la suite de son hospitalisation en chirurgie orthopédique, son épisode de soins va se poursuivre à l'UCDG. Le patient pourra alors être suivi pour évaluation et les soins seront donnés afin de favoriser le retour à l'autonomie qui permettra d'orienter adéquatement son départ vers son domicile ou la résidence. Il est important que l'équipe soignante connaisse bien la mission de l'UCDG et que chacun des membres puisse appliquer son rôle en lien avec les objectifs attendus par la mission de l'UCDG du CSSSAE.

Finalement, l'étude de Contandriopoulos et al. (1999) a permis de montrer qu'il existe une très grande variabilité entre les UCDG en ce qui concerne leur taille, leur rôle et les ressources disponibles. Les auteurs observent aussi des variations interrégionales importantes dans la disponibilité du nombre de lits en UCDG et dans le type de clientèles. Il ressort également que la pénurie des ressources gériatriques en milieu hospitalier, particulièrement dans les unités de soins de longue durée, provoque des durées de séjour longues pour les personnes âgées. Pour offrir des soins efficaces, l'UCDG doit offrir un milieu privilégié d'évaluation fonctionnelle et cognitive ainsi que des interventions appropriées sur la base de l'état des connaissances pour répondre à l'ensemble des besoins biopsychosociaux de la personne âgée (Contandriopoulos et al., 1999).

Contandriopoulos (2008) a également fait une étude sur la réussite d'une gestion efficiente. L'auteur affirme que la performance d'un système ou d'une organisation se

manifeste par sa capacité à réaliser sa mission, à s'adapter à son environnement (acquérir et contrôler des ressources, répondre aux attentes de la population), à produire des services de qualité avec productivité et à maintenir ou développer des valeurs communes telles que la culture organisationnelle. Ces facteurs doivent être pris en considération dans le cadre de la présente étude à l'UCDG du CSSSAE.

Rôle infirmier

À la suite de l'application de la *Loi modifiant le Code des professions et autres dispositions législatives* (Projet de Loi 90, 2002), onze catégories de professionnels, dont les infirmières, sont amenées à partager des activités. La Loi 90 redéfinit les activités des infirmières en s'appuyant sur la reconnaissance de leur jugement clinique. Sur cette base, la Loi leur confie un rôle majeur au regard de l'évaluation clinique physique et mentale, de la surveillance clinique et du suivi infirmier de la clientèle. Dans le cadre du suivi des patients, la Loi 90 reconnaît aux infirmières la possibilité d'ajuster la médication et de traiter de façon autonome les plaies des patients (OIIQ, 2007). L'infirmière est responsable de la planification du congé et oriente le patient vers l'endroit adapté à ses besoins. Lafrenière et Dupras (2008) soulignent que lors de la rédaction du plan de soins thérapeutique infirmier, les infirmières doivent assumer un leadership mobilisateur auprès de leur équipe et des proches aidants et reconnaître les efforts de chacun.

Rôle infirmier en gériatrie

Selon l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en gériatrie (AIIG, 2010), le rôle des infirmières en gériatrie est d'assumer diverses fonctions en vue de favoriser la santé et le bien-être des personnes âgées. Les normes de pratique de l'AIIG (2010) décrivent les activités appropriées de prévention, de maintien et de promotion de la santé, de réadaptation et de soins palliatifs en vue de contribuer à l'amélioration de la santé des patients. En gériatrie, tous les aspects de la collecte et de l'analyse des données, de la planification, des interventions, de l'enseignement et de l'évaluation sont axés sur les soins à la personne âgée. Les soins ont pour but de maintenir leur régulation homéostatique par l'évaluation et la prise en charge des soins physiologiques afin de minimiser les événements indésirables associés aux médicaments, aux procédures diagnostiques ou thérapeutiques, aux infections nosocomiales et aux stresseurs environnementaux (Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), 2010). Les infirmières ont un rôle important dans l'organisation des soins à l'UCDG. Elles favorisent l'optimisation de la santé fonctionnelle des personnes âgées par l'intégration de capacités impliquant les statuts physique, cognitif, psychologique, social et spirituel (Association canadienne des infirmières et infirmiers en Gériatrie (AIIG), 2010). À l'UCDG, l'infirmière offre aux personnes âgées des services et des programmes de soins de santé sécuritaires. Elle évalue et dispense des soins centrés sur le patient en collaborant avec l'équipe interdisciplinaire de soins.

Le travail de l'infirmière présente plusieurs aspects en gériatrie. Cette dernière utilise des instruments de mesure fiables, reconnus, standardisés et fondés sur des données probantes pour évaluer les patients et les résultats. Elle doit maintenir ses compétences à jour afin d'offrir des soins de qualité. Elle fait preuve de leadership et assure une supervision auprès des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires. Elle offre des conseils, un soutien et un enseignement aux préposés aux bénéficiaires. L'infirmière participe activement aux activités de promotion de la santé des personnes âgées. Elle défend activement le droit des personnes âgées de participer aux autosoins. L'infirmière reconnaît les répercussions des déterminants sociaux de la santé et établit une relation thérapeutique avec le patient âgé en tenant compte des processus de soins et des tâches développementales associées (AIIC, 2010).

Selon Payot (2011), la gériatrie est une spécialité médicale qui prend en charge la personne âgée, dans sa globalité, qu'elle présente des problèmes d'ordre physique, psychologique ou social. Dorval (2008) témoigne, dans son étude, que moins de 5 % des infirmières ont eu des cours spécifiques sur les soins aux personnes âgées et que moins de 1 % ont les connaissances et les habiletés nécessaires pour soigner les personnes âgées. Il est important de savoir que l'étude de Lafrenière et Dupras (2008) prouve qu'une intervention infirmière efficiente et adaptée à la gériatrie favorise la diminution de la durée de séjour et la réduction du risque d'institutionnalisation. Il est donc nécessaire de valoriser certains soins infirmiers qui sont des interventions de prévention

essentielles pour contrer les risques associés à la maladie aiguë et à l'hospitalisation et ainsi assurer une récupération fonctionnelle maximale (Lafrenière & Dupras, 2008).

L'infirmière en gériatrie collabore avec l'équipe interdisciplinaire de soins composée, entre autres, de gériatres, d'infirmières auxiliaires, de travailleurs sociaux, d'ergothérapeutes, de physiothérapeutes, de nutritionnistes, de pharmaciens, d'agents administratives et de préposés aux bénéficiaires (MSSS, 2010). Zahreddine (2010) souligne que l'apport de l'infirmière en gériatrie est indispensable et que sa disponibilité et sa proximité avec le patient lui donne un statut privilégié pour être le pivot au sein de l'équipe interdisciplinaire. L'auteur ajoute que le leadership, la compétence et l'expérience de l'infirmière sont des déterminants importants pour une interdisciplinarité réussie alors que la présence du désir de collaborer et le respect mutuel doivent être présents chez tous les intervenants de l'équipe pour collaborer harmonieusement.

Loi 90

C'est en 2002 que la Loi 90 entre en vigueur, *Loi modifiant le Code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (Projet de Loi 90, 2002). Cette Loi crée une situation d'interdépendance et oblige une synergie entre les professionnels qui gravitent autour du patient dans un contexte interprofessionnel et favorise une dynamique de travail qui fait appel à une philosophie d'équipe et non de concurrence (Office des professions du Québec (OPQ), 2003). Ce nouveau partage des

activités est donc au cœur de la réorganisation du système de santé et de la réorganisation clinique qu'impose la nécessité de répondre aux besoins de plus en plus complexes de la population vieillissante (OIIQ, 2007).

Redéfinir les rôles et les responsabilités des infirmières favoriserait le développement de leurs compétences dans le but de mieux soutenir la prestation des soins et des services. La notion d'équipe performante est au coeur des enjeux actuels (AQESSS, 2011b). Lafrenière et Dupras (2008) affirment dans leur étude que l'adaptation des soins hospitaliers aux besoins des personnes âgées vulnérables exige plus que de la formation et de la bonne volonté des individus. Seule une approche concertée et systémique peut mener à une réelle transformation des pratiques institutionnelles. Afin de soutenir les bonnes pratiques cliniques en lien avec les soins des aînés, l'amélioration des soins passe par la valorisation des activités quotidiennes faites par les professionnels de la santé (Lafrenière, & Dupras, 2008).

Conséquences de la sous-utilisation des infirmières

Sachant que l'ensemble des rôles, fonctions et responsabilités des pratiques infirmières en gériatrie sont d'une importance capitale dans l'épisode de soins, la sous-utilisation du déploiement des compétences infirmières peut apporter plusieurs conséquences directement liées à la période d'hospitalisation de la personne âgée (Dorion, & Dupras, 2009). Ces auteurs soulignent que certaines pratiques de soins hospitaliers ne sont plus adaptées à une clientèle de plus en plus âgée et vulnérable. Les

auteurs expliquent que la personne âgée malade est particulièrement vulnérable aux complications iatrogéniques d'une hospitalisation menant très souvent au déclin fonctionnel. Les principaux risques découlant d'une hospitalisation sont les suivants : le déclin fonctionnel, l'immobilisation, le delirium, la dénutrition et la déshydratation, les réactions indésirables aux médicaments, les complications d'interventions et les infections nosocomiales (Dorion & Dupras, 2009). Bien que les infirmières soignent avec la plus récente technologie, certaines pratiques de soins ont été peu remises en question et nuisent à la personne âgée (ex : le repos au lit par défaut, la tolérance de la malnutrition, etc.).

Les pratiques de soins notées chez les infirmières relèvent de certains mythes qui sont les suivants : 1. une personne âgée doit avant tout se reposer, 2. il est dangereux de mobiliser une personne âgée, 3. la contention physique assure la sécurité de la personne âgée et n'entraîne pas de conséquences majeures pour sa santé. Ces mythes sont reliés à la méconnaissance du vieillissement normal et des besoins essentiels de la personne âgée malade. Cette ignorance entraîne trop souvent des attitudes d'abandon ou de surprotection de la part du personnel soignant et des proches envers les personnes âgées (Lafrenière & Dupras, 2008). Selon Lepage et Ouimet (2008), le manque de connaissances chez les infirmières a un impact significatif sur le déclin fonctionnel de l'ainé hospitalisé. Ces mêmes auteurs font ressortir que la qualité des soins dispensés ainsi que le temps alloué pour accomplir les activités de soins sont souvent influencés par la satisfaction au travail des infirmières.

De plus, une corrélation a été remarquée entre les infirmières insatisfaites et le désir de changer d'emploi ou de quitter la profession. (Déry & Brousseau, 2009). En effet, au Canada, 48 % des infirmières affirment utiliser leurs compétences à 100 % tandis que 45 % des infirmières disent ne pas être en mesure d'accomplir les fonctions et tâches selon leur niveau de compétence d'où l'importance d'utiliser les infirmières à bon escient (MSSS, 2011). En conclusion, les infirmières sont particulièrement importantes pour le retour à l'autonomie des personnes âgées vu la place importante qu'elles occupent durant l'hospitalisation des aînés. Elles jouent un rôle primordial en matière d'évaluation, d'intervention précoce et de leadership positif dans l'organisation des soins ainsi qu'au niveau de la mobilisation de l'équipe de soins (Lafrenière & Dupras, 2008).

Organisation des services de santé au Québec

Certains pays industrialisés ont commencé à étudier de plus près la mission de leurs hôpitaux au regard des services offerts à la population âgée de plus en plus nombreuse (MSSS, 2011). Il est évident que les personnes âgées ont besoin d'approches et de traitements différents de ceux prodigués à l'ensemble de la population adulte, compte tenu de leurs particularités (MSSS, 2011). Cela passe inévitablement par la réorganisation du travail, l'optimisation des compétences infirmières et aussi par l'amélioration du climat de travail et des processus de soins offerts aux personnes âgées. L'environnement de travail des infirmières a été étudié sous différents angles. Selon Dorval (2008), plusieurs infirmières affirment vouloir quitter la profession car elles se

sentent épuisées, découragées et attristées de ne pas pouvoir donner les soins qu'elles voudraient.

La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2006) souligne qu'il est essentiel d'améliorer le milieu de travail car la qualité des soins et l'accessibilité aux services sont en jeu. Dans un contexte de rareté de ressources et devant la perspective d'un accroissement de la demande de services, il est essentiel de veiller à ce que les services répondent aux besoins des personnes âgées hospitalisées sans duplication et de la façon la plus efficiente possible (Hébert, 2003).

Organisation à l'UCDG au Québec

L'organisation des soins à l'UCDG en général au Québec prône une philosophie d'intervention interdisciplinaire coordonnée, continue et globale permettant de répondre aux besoins particuliers de la clientèle gériatrique. Le travail d'équipe à l'UCDG est primordial pour assurer des soins efficents et optimaux. Chaque membre de l'équipe interdisciplinaire joue un rôle propre à sa profession. L'infirmière joue un rôle majeur dans l'épisode de soins en gériatrie. L'infirmière prodigue des soins et des traitements infirmiers dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie (CSSSAE, 2012). L'infirmière auxiliaire contribue à l'exécution du plan thérapeutique infirmier. Le médecin, quant à lui, évalue, investigue et diagnostique toute déficience de la santé du patient. Il prévient et traite les maladies dans le but de maintenir ou de rétablir la santé. L'ergothérapeute évalue les habiletés fonctionnelles du patient,

détermine et met en œuvre un plan de traitement et d'intervention qui restaure ou maintient les aptitudes, compense les incapacités ou encore diminue les handicaps. Le physiothérapeute évalue les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculosquelettique et cardiorespiratoire. Il détermine un plan de traitement et réalise les interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal (CSSSAE, 2010).

Organisation des soins au Québec

Depuis quelques années, les systèmes de santé et des services sociaux ont connu de profonds bouleversements. Les séjours ont été écourtés et les soins et les services dispensés à domicile ont pris de l'importance (Bourbonnais et al., 2000). Au cours des vingt dernières années, de nombreux efforts ont été faits pour offrir de meilleurs services aux personnes âgées en perte d'autonomie (MSSS, 2001). Les soins et services destinés aux personnes en perte d'autonomie se sont transformés au fil des ans afin d'être en mesure de répondre à leurs besoins spécifiques et de façon à leur permettre de vivre le plus longtemps possible à domicile. Hébert (2003) souligne que l'augmentation du nombre de personnes âgées est combinée à une volonté de restreindre au minimum le recours à l'hébergement pour cette clientèle, ce qui implique un développement de mesures de soutien et le recours à diverses formules alternatives à l'hébergement. Aujourd'hui, alors que la réforme du système de santé est amorcée, l'optimisation de la prise en charge des personnes âgées est plus que jamais une nécessité. À cet effet, le MSSS a décidé d'implanter, en 2011, un cadre de référence sur l'approche adaptée à la

personne âgée en milieu hospitalier. Ce cadre a pour but de soutenir les changements qui doivent s'opérer non seulement dans les hôpitaux mais également à l'ensemble des services du continuum pour les personnes âgées (MSSS, 2011). Depuis 2011, le MSSS a à cœur de mettre en place une structure efficiente pour permettre à l'équipe soignante d'offrir des soins de qualité. Selon Alderson (2009), améliorer l'organisation du travail à l'UCDG permet d'optimiser les compétences infirmières et ainsi favoriser la rétention du personnel.

Recherches en organisation du travail

Les ressources professionnelles sont à la base même du fonctionnement du système de la santé. Dans un contexte de renouvellement des pratiques professionnelles et de pénurie de main-d'œuvre, leur utilisation optimale demeure un défi incontournable. Pour ce faire, il faut changer le paradigme de l'organisation du travail qui repose sur l'analyse des tâches pour passer à celui de l'organisation clinique afin de faire évoluer les services et les rôles exercés par les infirmières en réponse aux besoins de la population âgée (Desrosiers & Gaumer, 2004). Pour s'adapter à la nouvelle configuration du marché du travail, la Table nationale en main-d'œuvre en soins infirmiers (2008) s'est penchée sur la réorganisation du travail. Le but étant de revoir les façons de faire et même de réinventer des façons de livrer les services. De plus, il faut surtout optimiser l'apport du personnel et concentrer ce dernier dans les activités à valeur ajoutée en regard également de la Loi 90 tout en redéfinissant les rôles et les responsabilités de tous les acteurs en développant leurs compétences (MSSS, 2008).

Selon l'AQESSS (2011a), la révision de l'organisation des soins, des services et du travail doit devenir et demeurer une priorité de tous les instants. Il importe de s'assurer non seulement que les ressources en place possèdent les compétences et les habiletés requises pour l'exercice de leurs fonctions mais également que chaque membre des équipes de soins et de services soit utilisé de manière optimale. Ainsi, de nouvelles pratiques professionnelles et façons d'organiser et de rendre les soins et les services sont impérieuses à mettre en œuvre (AQESSS, 2011a). De plus, l'AQESSS (2011a) fait aussi ressortir qu'il faut étendre la révision de l'organisation du travail au-delà des soins infirmiers et entreprendre la revue dans tous les secteurs d'activité en posant un regard sur toutes les façons de faire.

En avril 2012, l'Institut de réadaptation en déficience physique du Québec (IRDPQ, 2012) a procédé à une réorganisation optimale du travail en soins infirmiers spécialisés en réadaptation basée sur une réflexion de la pratique clinique, tant sur le plan de la philosophie de soins que celui de l'organisation du travail. La prémissse de l'IRDPQ (2012) était que le bon professionnel réalise les bons soins auprès de la personne âgée hospitalisée. L'implantation s'est faite en période estivale, durant quatre mois, de manière simultanée dans quatre unités de réadaptation. Quelque 150 employés répartis dans trois titres d'emploi (préposé aux bénéficiaires, infirmière auxiliaire et infirmière) y ont participé. Le principal défi consistait à allier soins infirmiers et réadaptation. Après quelques mois d'implantation, la qualité des soins et le climat de travail se sont maintenus, voire améliorés. L'adhésion au principe de différenciation entre les titres d'emploi et la prise de conscience de l'importance de la circulation de

l'information pour mieux assurer la coordination et la continuité des soins sont des retombées positives de la nouvelle organisation du travail. Cette réorganisation majeure du travail en soins infirmiers constitue une première en centre de réadaptation. Son succès a été rendu possible grâce à la présence de leaders qui croyaient au projet, à l'engagement et aux efforts soutenus de toutes les personnes visées et au soutien de la direction dans la mise en place des conditions pour assurer la pérennité de la nouvelle organisation du travail (CSSS de Québec Nord, 2012).

Pour améliorer les soins, les processus et la productivité, le bloc opératoire de l'Hôpital Pierre-Boucher s'est tourné vers l'approche Lean Healthcare (CSSS Pierre-Boucher, 2010). Il s'agissait pour le personnel du bloc opératoire, d'installer des changements concrets et permanents. L'approche privilégiée a consisté à éliminer les sources de gaspillage de temps, les attentes, les déplacements inutiles, la non-qualité, les transports, la surproduction et les processus non optimaux dans les salles de chirurgie. La réorganisation du milieu au CSSS Pierre-Boucher a permis de recentrer les rôles et les responsabilités des infirmières et d'optimiser les compétences infirmières afin qu'elles exercent pleinement leur leadership au sein de l'équipe soignante (CSSS de Pierre-Boucher, 2010). Une recherche a montré une hausse significative d'efficacité à l'urgence par l'optimisation des compétences des infirmières. Les nouveaux rôles de ces dernières amènent une efficacité des soins et une prise en charge optimale des patients. De plus, les résultats ont permis une augmentation de la qualité du travail et une hausse de la satisfaction au travail des infirmières (Ng, Vail, Thomas, & Schmidt 2010).

L'urgence du Centre de santé et des services sociaux de Trois-Rivières (CSSSTR) présente des résultats positifs à la suite de la mise en place du Lean. L'approche Lean a été implantée en 2009 à l'urgence du CSSSTR. Les résultats montrent une amélioration de la qualité de vie au travail, une augmentation de la productivité, une diminution des irritants, une amélioration du recrutement des infirmières et une amélioration de la collaboration médecin-infirmière. Ainsi, cette collaboration crée une amélioration du travail et une qualité des soins et des services offerts aux patients. Les nouvelles responsabilités des infirmières leur permettent d'utiliser leurs compétences et leur expertise. De plus, la satisfaction du personnel soignant favorise la stabilité des équipes. Le temps d'attente des patients installés sur civière est passé de 17,4 heures à 4,2 heures, malgré une augmentation du nombre de visites de 85 à 93 par jour. Par le fait même, le niveau de satisfaction globale de la clientèle est passé de 76 % à 95 % (CSSSTR, 2009).

Le Lean repose sur l'éradication systématique du gaspillage de temps et de ressources. Ce modèle vise à simplifier les pratiques de manière à favoriser le travail d'équipe par l'optimisation des activités du personnel impliqué (Liker, 2008). De plus, le modèle intégrateur en organisation des soins et du travail prône l'accessibilité et la continuité des soins donnés à la clientèle (AHQ, 2005).

La revue de la littérature en organisation du travail présente des éléments essentiels et des pistes d'action afin de mieux comprendre et réussir les changements organisationnels. Il apparaît donc que la révision de l'organisation des soins, des services

et du travail doit devenir et demeurer une priorité de tous les instants. Il importe de s'assurer non seulement que les ressources en place possèdent les compétences et les habiletés requises pour l'exercice de leurs fonctions mais également que chaque membre des équipes de soins et de services soit utilisé de manière optimale. Ainsi, de nouvelles pratiques professionnelles et de nouvelles façons d'organiser le travail rendront les soins et les services optimaux (AQESSS, 2011b).

L'objectif de ce présent projet de recherche étant de mesurer les effets d'une réorganisation du travail, quelques questions méritent d'être posées. La question principale s'énonce de la façon suivante : Est-ce que la réorganisation du travail des équipes de soins (ASI, infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires, commis) a des effets maximisant les activités à valeur ajoutée effectuées par chacun des membres travaillant à l'UCDG du CSSSAE ? Cette question peut se diviser en deux sous-questions lesquelles sont : 1. Est-ce qu'une réorganisation permettra une meilleure délégation des tâches? 2. Est-ce qu'une réorganisation accroîtra le leadership infirmier? Pour répondre à ces questions de recherche et permettre de comprendre le contexte actuel de l'organisation des soins à l'UCDG du CSSSAE, un devis quasi expérimental et une mesure de temps et de mouvement seront utilisés. Cette démarche permet de dresser un portrait du travail des équipes de soins afin d'analyser et de comprendre le contexte de travail avant et après la réorganisation. Ce projet s'appuie sur des notions empruntées au Lean (Liker, 2009) et au modèle d'intégration en organisation des soins et du travail (AHQ, 2005).

Méthodologie

Ce chapitre explique la méthodologie utilisée pour la recherche. Un devis quasi expérimental avec prise de mesure avant et après la réorganisation du travail a été utilisé. La réorganisation du travail utilise en trame de fond le modèle intégrateur en organisation des soins et du travail. Le type d'étude, le milieu de recherche, la population cible, la sélection de l'échantillon, les critères d'inclusion sont présentés. Finalement, les instruments utilisés, le diagramme de Gantt ainsi que les avantages et les considérations éthiques sont traités dans ce chapitre.

Type d'étude

Le projet consiste en une recherche quasi expérimentale comportant une collecte de données avant une réorganisation et une autre collecte à la suite de la réorganisation. Cette recherche a permis de dresser un portrait descriptif des tâches effectuées par l'équipe soignante composée d'ASI, d'infirmières, d'infirmières auxiliaires, de préposés aux bénéficiaires et de commis. Le modèle intégrateur en organisation des soins et du travail a servi de guide dans la réorganisation du travail afin d'optimiser l'organisation du travail des équipes et les compétences infirmières travaillant à l'UCDG du CSSSAE. Les concepts du modèle présentés au chapitre 2 ont été pris en considération tout au long du projet de recherche. La méthodologie qui a servi à mener à bien ce projet s'inspire du DMAIC (figure 5) (Gitlow & Levine, 2004) qui signifie : Définir, Mesurer, Analyser, Améliorer (*Improve*) et Contrôler.

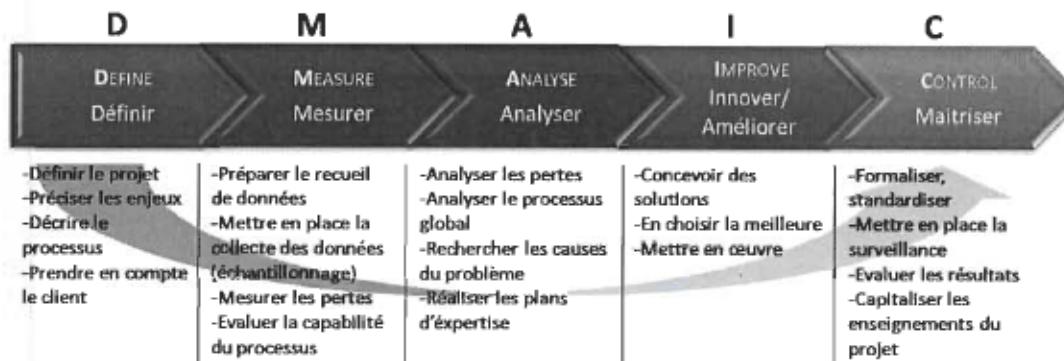


Figure 2. DMAIC : Définir, Mesurer, Analyser, Améliorer (*Improve*) et Contrôler

Définir, Mesurer, Analyser, Améliorer (*Improve*) et Contrôler

DMAIC est un processus impliquant 5 étapes résumées comme la résolution de problèmes: 1. Définir, 2. Mesurer, 3. Analyser, 4. Améliorer (*Improve* en anglais) et 5. Contrôler. Le DMAIC s'appuie sur des principes fondamentaux de l'amélioration continue. Il suit cinq étapes logiques et assure les décisions basés sur les données mesurées qui permettent de déduire la cause, mettre en œuvre des solutions pour éliminer la cause profonde puis s'assure d'observer les résultats obtenus.

Définir. La première étape est de définir le projet. Des rencontres avec les gestionnaires du CSSSAE ont eu lieu au printemps et à l'été 2011. Lors de ces rencontres, la définition du projet de même que les objectifs ont été précisés ainsi que les indicateurs de mesure et les outils utilisés. Il a été convenu de faire une première collecte de données à l'automne 2011. À la suite de ces décisions, les employés travaillant à l'UCDG ont été

rencontrés. Ces rencontres ont été planifiées de jour, de soir et de nuit pour présenter le projet aux équipes. L'information donnée consistait, entre autres, à communiquer les objectifs de la recherche, à expliquer la méthodologie utilisée et à diffuser l'horaire des observations par l'équipe de chercheurs.

Mesurer. La deuxième étape a été de collecter et mesurer les données. Dans le cadre de ce projet du présent projet de recherche, des données sur l'organisation du travail (conditions de travail, horaire, type de professionnel impliqué, etc.) ont été prises avant et après la réorganisation du travail. La méthode utilisée pour collecter les données est une mesure de temps et de mouvements des tâches exécutées par chaque membre de l'équipe soignante. L'outil utilisé pour faire cette collecte est la grille d'observation des équipes de travail développée par St-Pierre et Leblanc (2010) (appendice A).

L'étude du temps et de mouvements vise principalement à identifier, à classifier les tâches (valeur ajoutée, non-valeur ajoutée et tâches nécessaires) selon les principes du Lean et la description des tâches de chaque membre de l'équipe de soins établie par l'établissement. Par la suite, analyser ces différentes tâches selon les compétences du personnel qui les réalisent (AHQ, 2005). Pour réaliser l'étude de temps, la chercheuse a utilisé un chronomètre et une feuille d'observation programmée sur un ordinateur de type palm sur laquelle elle a enregistré les informations recueillies. Les diverses étapes d'une étude de temps sont les suivantes : recueillir et enregistrer tous les renseignements disponibles sur la tâche et les conditions d'exécution qui peuvent influer sur l'accomplissement de la tâche, donner une description complète de la méthode, noter

toutes autres informations, lors de l'exécution de la tâche, pertinentes à l'étude effectuée. L'étude de temps a été effectuée sur tous les quarts de travail de jour, de soir et de nuit à l'UCDG du CSSSAE.

Analyser. La troisième étape du processus est d'analyser les données obtenues afin de dresser un portrait des tâches effectuées par le personnel. À la suite de la collecte de données, une analyse détaillée a été faite et un rapport a été présenté aux gestionnaires et au personnel du CSSSAE. Ce rapport fait ressortir le temps que chaque membre observé a passé à faire les actions en lien avec le travail effectué. Les résultats obtenus par l'étude de temps et de mouvements permettent d'objectiver l'observation faite et le travail effectué par les employés. De plus, des propositions d'amélioration de l'organisation du travail ont été émises aux gestionnaires et aux employés.

Améliorer (*Improve*). La quatrième étape est d'améliorer le processus de travail, soit de développer des solutions potentielles, de sélectionner et d'optimiser les meilleures solutions. À la suite de la présentation des résultats, une équipe a été formée afin de réaliser une activité Kaïzen. Le Kaïzen (Liker, 2009) vise à trouver des solutions communes à des problèmes tangibles avec la collaboration des membres de l'équipe de soins. Cette activité a pour but de prendre connaissance des résultats obtenus et de décider en équipe du travail à faire pour améliorer l'organisation du travail.

Un plan d'action visant à réorganiser le travail de l'UCDG au CSSSAE a été déposé et a servi à réaménager le travail des équipes. L'activité a permis d'accroître la mobilisation des membres, car les solutions sont identifiées, réalisées et présentées par

les employés augmentant, de ce fait, leur sens de l'innovation et une plus grande motivation (AHQ, 2005). Ce plan d'action a été présenté aux gestionnaires par les employés impliqués dans le Kaïzen et travaillant à l'UCDG.

Contrôler. La dernière étape du processus consiste à implanter la solution et d'évaluer les résultats. Le plan d'action préparé lors du Kaïzen permet de s'assurer de la pérennité du projet. Finalement, une seconde collecte de données s'est faite en décembre 2012 pour faire état des changements survenus et évaluer la progression dans le milieu à la suite de la réorganisation du travail à l'UCDG au CSSSAE.

Milieu ciblé pour la recherche

Le CSSSAE dessert une population de 92 000 personnes. Deux municipalités régionales de comté (MRC) font partie de ce CSSS : la MRC d'Arthabaska (69 000 personnes) et la MRC de l'Érable (23 000 personnes) (CSSSAE, 2010). Le CSSSAE comprend 13 établissements et compte sur une équipe soignante de 2 116 employés. L'UCDG est un service institutionnel de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska à l'intérieur duquel les membres de l'équipe interdisciplinaire procèdent à l'évaluation gériatrique globale des patients. Ce milieu compte 24 lits pour des patients ayant besoin d'un suivi intensif de courte durée ainsi que 5 lits de soins palliatifs. Le but est d'offrir la meilleure réadaptation possible aux patients afin de favoriser leur retour à domicile. Les professionnels travaillent avec la personne âgée pour évaluer sa condition biopsychosociale afin qu'elle recouvre un niveau de santé et d'autonomie optimal. En

somme, l'équipe souhaite que la personne retrouve le maximum de ses capacités fonctionnelles en vue de reprendre une vie la plus active possible compte tenu de ses capacités (CSSSAE, 2010).

Population cible et sélection de l'échantillon

Les participants au projet sont les assistantes du supérieur immédiat (ASI), les infirmières, les infirmières auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires et les commis travaillant à l'UCDG du CSSSAE. Parmi les 80 employés de l'UCDG, un échantillon de convenance comprenant 25 personnes a été constitué. Avant de débuter la recherche, des rencontres d'information sur le projet ont été planifiées avec la chef de programme de l'UCDG, la directrice des soins infirmiers ainsi que les employés. De plus, un formulaire d'information à la recherche expliquant l'objectif de la recherche (appendice B) a été affiché sur le babillard de l'unité ainsi qu'un horaire détaillé des visites par la gestionnaire de l'UCDG. Le recrutement a été fait directement sur l'unité de soins avant chaque quart de travail. Lors des rencontres, le personnel était invité à poser des questions sur le projet. Les participants étaient libres de participer au projet, ce qui constitue un échantillon de convenance. Tout au long de la recherche, le participant pouvait faire part de ses commentaires quant à l'organisation du travail et ces commentaires étaient traités de manière anonyme et confidentielle.

Critères d'inclusion et instruments utilisés pour la collecte de données

Les critères d'inclusion étaient les suivants : faire partie de l'équipe de travail à l'UCDG du CSSSAE, travailler un minimum de 20 heures par semaine depuis au moins

six mois sur cette unité. La collecte de données auprès du personnel de l'UCDG du CSSSAE a été faite à l'aide d'une étude de temps et de mouvements avec un appareil portatif de type Palm muni d'un logiciel conçu pour ce type d'étude. En se servant de la grille de St-Pierre et Leblanc (2010), l'observation a permis de recueillir des données qui ont servi à l'analyse des tâches faites par chaque employé.

Le graphique 1, le diagramme de Gantt, permet de voir les étapes de la réalisation du projet. Ce projet s'est étalé sur une période de 28 mois, soit d'août 2010 à décembre 2012. La première collecte de données s'est faite de septembre 2010 à janvier 2011. Par contre, un arrêt de décembre 2010 au début du mois de janvier 2011 fut nécessaire considérant que la clientèle qui était hospitalisée à l'UCDG n'était pas des patients nécessitant des soins de courte durée gériatrique, et ce, en raison d'une problématique de gestion de lits. Par la suite, la première analyse des résultats (février 2011) a été présentée aux gestionnaires et aux employés en mars 2011. Les résultats ont permis de voir, objectivement, ce que les professionnels réalisaient comme tâches ainsi que de cibler les compétences de chaque professionnel en lien avec les activités accomplies. Il faut spécifier que de mars 2011 à octobre 2011, le projet a été temporairement suspendu à cause d'un manque de ressource financière. En octobre 2011, une activité Kaïzen a été organisée, par la suite, la réorganisation a eu lieu de juin 2012 à août 2012 pour des raisons budgétaire. Ensuite, une deuxième collecte de données s'est faits (septembre et octobre 2012) et finalement, les résultats ont été analysés (novembre 2012) et présentés en décembre 2012.

Graphique 1

Diagramme de Gantt

Considérations éthiques

Avant de débuter, le projet a été présenté au comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (appendice C) et ensuite, au comité d'éthique de la recherche du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (appendice D). Toutes les instances ont approuvé le projet de recherche. L'étude ne comportait pas de risques psychologiques ou physiques pour les personnes impliquées. La participation des employés s'est faite de façon volontaire. L'observation a été faite uniquement auprès des personnes ayant signé le consentement écrit (appendice E). Les participants pouvaient également se retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître leur décision à la chercheuse, soit verbalement ou par écrit. Les données analysées ne portaient pas de préjudices à quiconque et ne pouvaient être associées à une personne. Lors des publications, la confidentialité et l'anonymat seront respectés. Finalement, les données ont été gardées sous clé au local de la Chaire IRISS à l'UQTR. Uniquement les membres de l'équipe de recherche pouvaient y avoir accès. Finalement, ces données seront conservées pendant un an après la fin du projet et ne pourront être utilisés d'aucune autre manière que celle décrite dans cette présente recherche.

Résultats

Ce chapitre présente les résultats de l'étude faite à l'UCDG du CSSSAE. Les rôles de chaque membre de l'équipe de soins (ASI, infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires et commis) sont décrits brièvement et les tâches à valeur ajoutée ou à non-valeur ajoutée sont précisées. La structure de poste et l'aménagement de l'environnement de l'UCDG du CSSSAE sont aussi détaillés. Puis, les résultats obtenus à la suite à la première collecte de données sont expliqués et illustrés. Par la suite, une brève description de l'activité Kaïzen et les principaux changements à apporter à la suite du Kaïzen sont abordés. Finalement, les résultats de la deuxième collecte de données sont présentés.

Rôles de chaque membre de l'équipe de soins

Les prochains paragraphes présentent une brève description des tâches effectuées par les membres de l'équipe qui ont été observés lors du projet de recherche. Ces descriptions ont pour but de faire ressortir les tâches qui sont reconnues comme nécessitant les compétences de la personne observée. Ces tâches sont alors nommées comme étant en valeur ajoutée (VA) alors que les tâches ne nécessitant pas la compétence de la personne observée et qui pourraient être faites par un autre employé sont des tâches à non-valeur ajoutée (NVA). Par exemple, une infirmière qui fait ou refait un pansement à un patient effectue une tâche VA alors que si elle doit ramasser

des cabarets utilisés pour les repas, il s'agit d'une tâche NVA. Pour le PAB, le fait de ramasser ces mêmes cabarets apparaît donc dans la section VA. Le tableau I présente les tâches VA ou NVA pour chaque type de professionnel.

Rôle de l'ASI. L'ASI a comme principale fonction de superviser les équipes et voir au bon déroulement du travail de l'équipe. Elle planifie, supervise, coordonne, contrôle, évalue les activités de soins selon les résultats visés, dans le respect des standards de qualité, des méthodes de soins, protocoles, politiques et procédures en vigueur dans l'établissement.

Rôle de l'infirmière. Les tâches de l'infirmière sont, entre autres, d'évaluer l'état de santé des patients, de déterminer et d'assurer la réalisation du PTI. Elle prodigue des soins et traitements infirmiers et médicaux. Elle travaille en collaboration avec l'ASI et l'équipe de soins. Elle supervise, planifie, dispense et enseigne aux patients et à leurs proches. De plus, elle maximise le travail interdisciplinaire en favorisant la communication. Elle fait preuve de leadership et fait la promotion de la Loi 90.

Rôle de l'infirmière auxiliaire. Elle a pour principale fonction de contribuer à l'évaluation de l'état de santé du patient et à la réalisation du plan de traitement infirmier. Elle dispense des soins infirmiers selon une ordonnance ou selon le PTI, elle distribue la médication, participe aux soins de l'activité de la vie quotidienne (AVQ) et à tout ce qui se rattache à l'hôtellerie. Elle contribue à la collecte de données de chaque

Tableau 1

Tâches à valeur ajoutée (VA) ou à non-valeur ajoutée (NVA)

Actions observées	Assistante supérieur immédiat	Infirmière	Infirmière auxiliaire	Préposé aux bénéficiaires	Commis
Dossier consulte	VA	VA	VA	NVA	VA
Dossier écrit	VA	VA	VA	NVA	NVA
Dossier planifie	VA	VA	VA	NVA	VA
Avec famille parle/discute	VA	VA	VA	VA	VA
Avec patient accompagne	NVA	NVA	NVA	VA	NVA
Avec patient AVQ	NVA	NVA	VA	VA	NVA
Avec patient parle	VA	VA	VA	VA	VA
Avec patient soigne	VA	VA	VA	NVA	NVA
Avec patient transporte	NVA	NVA	NVA	VA	NVA
Avec patient enseigne	VA	VA	VA	NVA	NVA
Avec patient évalue	VA	VA	VA	NVA	NVA
Avec patient médicaments	NVA	VA	VA	NVA	NVA
Avec professionnel aide	VA	VA	VA	VA	NVA
Avec professionnel parle	VA	VA	VA	VA	VA
Cherche	NVA	NVA	NVA	NVA	NVA
Circule allège	NVA	NVA	NVA	NVA	NVA
Circule matériel	NVA	VA	VA	VA	VA
Circule tournée	NVA	NVA	VA	VA	NVA
Gestion/supervision	VA	VA	NVA	NVA	NVA
Hôtellerie	NVA	NVA	VA	VA	NVA
Inactivité	NVA	NVA	NVA	NVA	NVA
Lavage des mains	VA	VA	VA	VA	VA
Médicaments	NVA	VA	VA	NVA	NVA
Ménage	NVA	NVA	NVA	VA	NVA
Prépare/planifie	VA	VA	VA	VA	VA
Prépare isolement	NVA	NVA	NVA	VA	NVA
Réunion multi	VA	VA	VA	NVA	NVA
Téléphone reçoit appel/gestion	VA	NVA	NVA	NVA	VA
Téléphone reçoit appel/ soins	VA	VA	VA	NVA	NVA
Téléphone fait appel/ gestion	VA	NVA	NVA	NVA	VA
Téléphone fait appel/ soins	VA	VA	VA	NVA	NVA

Inspiré de la grille de St-Pierre & Leblanc (2010)

patient à sa charge en divulguant les informations à l'assistante du supérieur immédiat.

De plus, elle participe aux réunions multidisciplinaires à chaque semaine.

Rôle des préposés aux bénéficiaires. La principale tâche des PAB est de donner des soins d'hygiène à tous les patients. Ils collaborent également à tout ce qui est hôtellerie, c'est-à-dire changer les lits, distribuer l'eau, les repas et les collations, alimenter les patients et les desservir. Ils assurent aussi le transport des patients lors de consultation en physiothérapie et lors d'examens. Ils participent à la mobilisation des patients dans le corridor. Ils réalisent des tâches en lien avec le ménage telles que vider les sacs de linge souillé, nettoyer l'utilité souillée, nettoyer les pompes, les chaises roulantes et les réfrigérateurs. Ils font également du déchiquetage de feuilles deux fois par semaine et font le remplissage du matériel (gants propres, distributeur de Stérigel, culottes d'incontinence et literie). En tout temps, le PAB travaille en étroite collaboration avec le personnel infirmier.

Rôle de la commis. La commis occupe un poste de jour et elle prépare et planifie les admissions et les départs de chaque patient. Elle planifie également les rendez-vous d'examen pour les patients ou les rendez-vous avec d'autres professionnels. Elle répond aux appels internes et externes. Elle est responsable de faire les commandes et le remplissage du matériel dans l'utilité souillée (seringues, aiguilles, compresses, tubes à prélèvement, etc.).

Structure de poste

Le tableau 2 présente la structure de poste avant et après la réorganisation du travail. Avant la réorganisation, la structure de travail était différente la semaine versus la fin de semaine. La réorganisation a apporté une première modification, soit de rendre la structure de travail identique la semaine et la fin de semaine a aussi permis de changer certains titres d'emploi en lien avec les résultats obtenus lors de la collecte de données et du plan d'action créé lors du Kaïzen.

Résultats obtenus à la suite de la première collecte de données

L'étude de temps et mouvements utilisant l'observation chronométrée a été faite sur les quarts de travail de jour, de soir et de nuit en semaine de même que la fin de semaine. Chaque quart de travail observé totalisait 480 minutes. Plus d'une vingtaine d'employés ont accepté de se faire observer. Les résultats sont présentés par titre d'emploi pour chaque quart de travail en débutant avec l'ASI, suivi de l'infirmière, l'infirmière auxiliaire, le PAB et la commis. Les résultats de l'observation du travail de jour, de soir et de nuit sont présentés sous forme de graphiques. Ces derniers font ressortir le temps total passé à faire les actions en lien avec le travail. Pour chaque action, le temps total a été noté, et ce, pour toutes les professionnelles observées. Ce temps total a ensuite été divisé par le nombre d'employés observés. La moyenne représente donc le temps consacré pour chaque action, et ce, pour un employé. Ainsi, si trois infirmières occupent un poste de jour, le temps total moyen représente le temps requis pour effectuer une action pour une infirmière.

Tableau 2

Structure de poste à l'UCDG avant et après la réorganisation

	Jour (sem)		Jour (Fds)		Soir (sem)		Soir (Fds)		Nuit	
	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
Assistante du supérieur immédiat (ASI)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Infirmière	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1
Infirmière auxiliaire	5	4	4	4	3	3	3	3	1	1
Préposé aux bénéficiaires (PAB)	1 (8 h - 16 h) 1 (8 h - 12 h)	1 (8 h - 16 h) 1 (5 h - 13 h) 1 (7 h - 15 h)	1 (8 h - 16 h)	1 (8 h - 16 h) 1 (5 h - 13 h) 1 (7 h - 15 h)	1 (15 h 30 - 22 h)	1 (16 h - 24 h)	0	1	0	1 (5 h - 13 h)
Commis	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0

Fds : Fin de semaine

Les valeurs obtenues permettent de dresser un portrait objectif du travail fait par les équipes. Il est important de rappeler que le but du projet n'était pas de prévoir le temps requis pour chaque geste. De plus, tous les graphiques illustrent l'ensemble des activités faites par le personnel observé tout au long de leur quart de travail. Cela permet de voir les activités les plus effectuées ainsi que celles que le personnel ne fait pas. Le résultat des observations permet d'objectiver les activités. De plus, ces résultats ont été utilisés lors de l'activité Kaïzen et ont servi à bâtir le plan d'action.

Au départ, l'observation a permis de constater que la mission de l'UCDG n'était pas vraiment définie, qu'elle n'était pas diffusée et qu'il y avait une méconnaissance de celle-ci par la majorité des employés de cette unité. Cet état a un lien direct avec l'incapacité d'accomplir pleinement le rôle et les responsabilités que chaque membre de l'équipe de soins doit jouer.

Aménagement de l'environnement

L'UCDG est une unité avec 29 lits qui se trouve dans un long corridor. Le poste se situe au tiers de ce corridor. Étant donné que l'unité est structurée sur le sens de la longueur, le professionnel qui est dans l'équipe du milieu de l'unité est le mieux placé pour répondre aux cloches et aux demandes des patients. Par contre, il est difficile pour les deux autres équipes, travaillant aux extrémités, de répondre aux demandes considérant qu'il n'y a qu'un seul PAB pour toute l'unité.

Lors de la première collecte, il a été soulevé que le chariot à médicaments situé dans le corridor est très souvent débarré et accessible à tout le monde. Une salle à manger est disponible sur l'unité, mais n'est pas utilisée, et les patients demeurent dans leur chambre lors des repas. De plus, la majorité des patients passent leur journée en jaquette. Étant donné que l'unité a une mission d'évaluation, il est difficile d'évaluer la capacité des patients à s'habiller. De plus, les patients doivent se mobiliser régulièrement pour retrouver leur autonomie et pourtant, il est difficile pour eux de

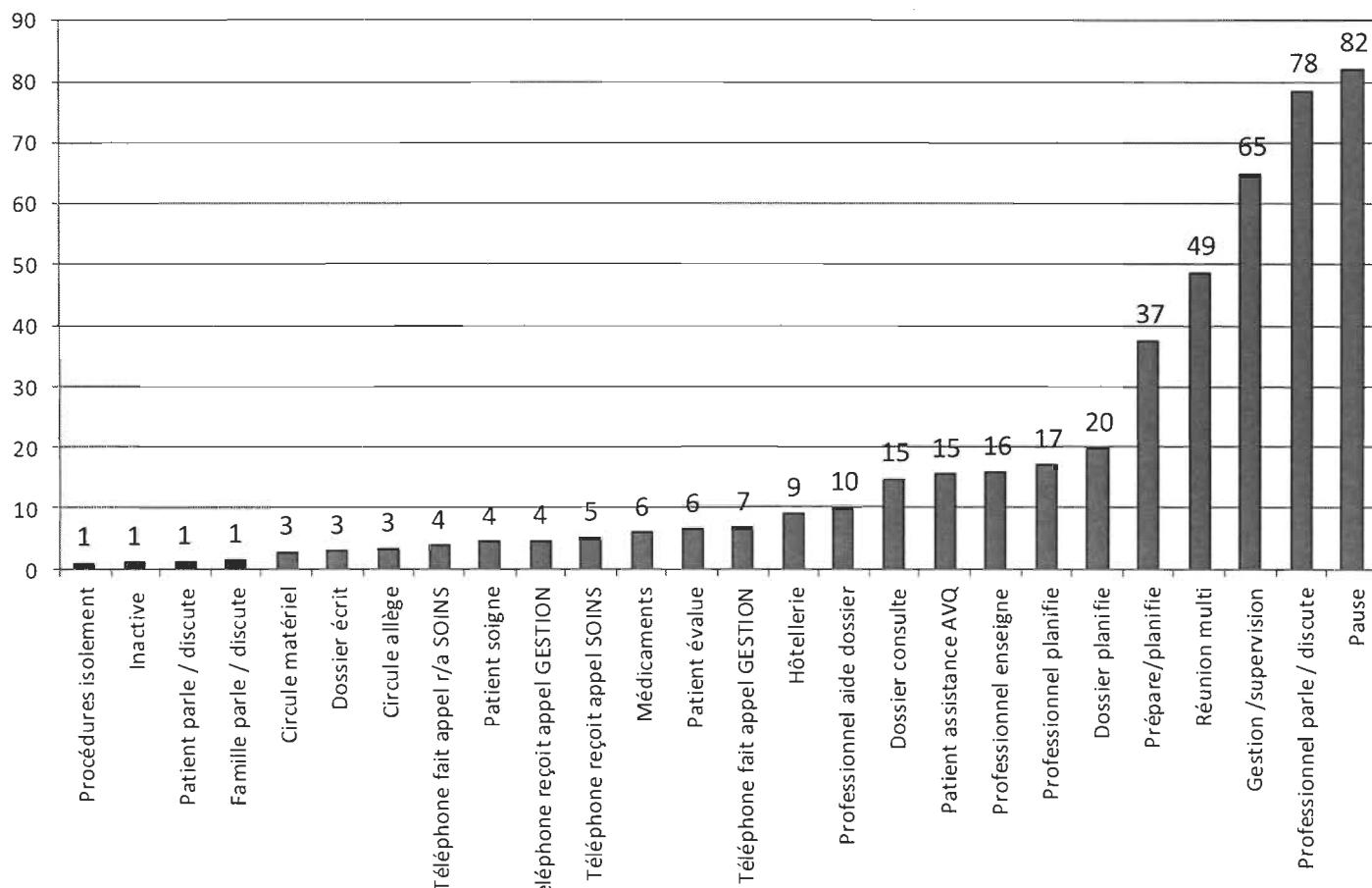
circuler adéquatement car il y a beaucoup d'obstacles dans le corridor dont, entre autres, chariots à linge, sacs de linge souillé, chaises-bassine et lève-personne.

Répartition des tâches (en minutes) de l'ASI du quart de travail de jour, la semaine

Le graphique 2 présente les différentes activités qui ont été réalisées par l'ASI du quart de travail de jour, la semaine. Certaines activités exigent plus de temps à l'ASI telles que: les discussions avec un autre professionnel en lien avec l'état de santé et les soins à offrir au patient (78 min/VA), la gestion et la supervision (65 min/VA) et la réunion multidisciplinaire (49 min/VA). Il faut aussi noter que l'ASI fait 9 minutes d'hôtellerie (NVA), ce qui arrive lorsqu'elle aide le personnel à distribuer les repas lors de la pause repas d'un PAB. Il est important de mentionner que l'ASI de jour n'a aucun patient à sa charge. Dans son rôle, elle doit assister aux réunions multidisciplinaires. Elle est une personne ressource et un leader auprès de ses collègues. Étant donné que ce poste n'est pas problématique, puisque l'ASI fait les tâches pour lesquelles elle a les compétences, une deuxième observation n'a pas été nécessaire.

Graphique 2

Répartition des tâches (en minutes) de l'ASI du quart de travail de jour, la semaine

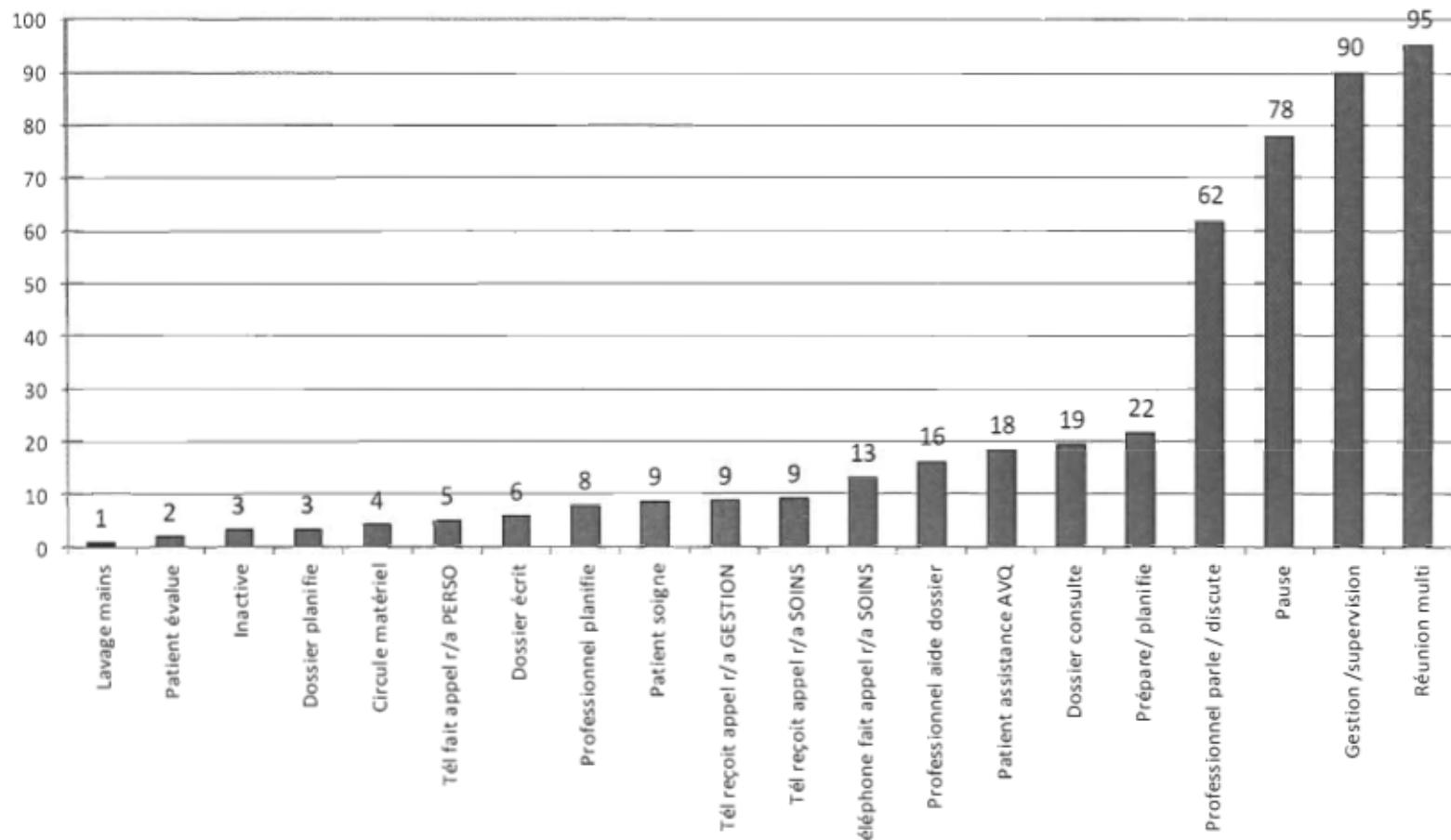


Répartition des tâches (en minutes) de l'ASI du quart de travail de jour, le mercredi (réunion multidisciplinaire)

Le graphique 3 décrit les activités qui demandent le plus de temps à l'ASI de jour, le mercredi, tel qu'assister à la réunion multidisciplinaire (95 min/VA) et l'activité gestion/supervision (90 min/VA). De plus, discuter avec les professionnels (62 min/VA) en lien avec l'état de santé et les soins à offrir au patient sont aussi des tâches qui demandent du temps à l'ASI. De plus, elle prépare et planifie ses tâches (22 min /VA) et consulte les dossiers (19 min/VA). L'ASI contribue aux soins d'AVQ (18 min/NVA) qui sont, entre autres, la distribution des repas et l'aide à l'alimentation (NVA). Étant donné que la majorité des tâches sont à VA, une deuxième collecte de données n'a pas été réalisée.

Graphique 3

Répartition des tâches (en minutes) de l'ASI du quart de travail de jour, le mercredi (réunion multidisciplinaire)



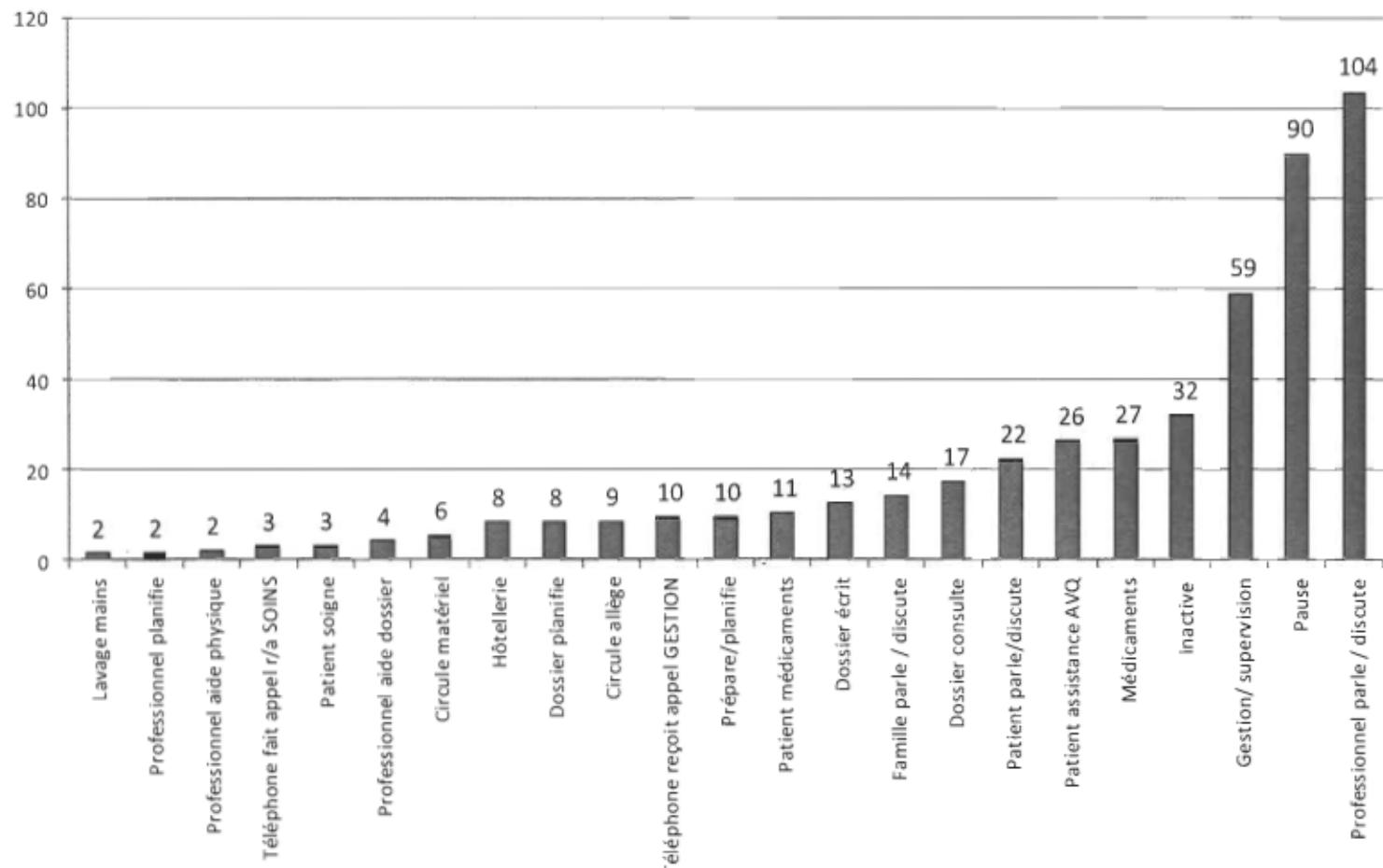
Répartition des tâches (en minutes) de l'ASI du quart de travail de soir, la semaine

Le graphique 4 illustre les observations qui ont été faites au regard du travail de l'ASI de soir, la semaine, lors de la première collecte de données. Étant donné son statut d'ASI, elle parle et discute avec les autres professionnels (104 min). Elle fait également la gestion et la supervision (59 min/VA) qui font partie de ses tâches et représentent de la valeur ajoutée puisqu'il s'agit d'activités qui doivent être faites par une infirmière : préparer les feuilles d'administration des médicaments (FADM), les feuilles d'observation quotidienne pour le quart de nuit et tout ce qui concerne les horaires, les remplacements et l'informatique. Il faut rappeler que l'ASI de soir a des patients à sa charge, elle prépare (11 min/VA) et distribue la médication (27 min/VA) et elle participe aux soins d'AVQ de ses patients (26 min/NVA).

N'ayant pas de commis le soir, elle doit aussi répondre à tous les appels sur l'unité (10 min/NVA). De plus, l'ASI est la personne ressource, elle devient le pivot entre professionnels (médecin, physiothérapeute, ergothérapeute). Elle échange l'information avec les autres professionnels en lien avec l'état de santé et les soins à offrir aux patients (VA). Une deuxième collecte n'a pas été nécessaire car les changements suite à la réorganisation n'ont pas influencé les tâches de l'ASI du quart de travail de soir.

Graphique 4

Répartition des tâches (en minutes) de l'ASI du quart de travail de soir, la semaine



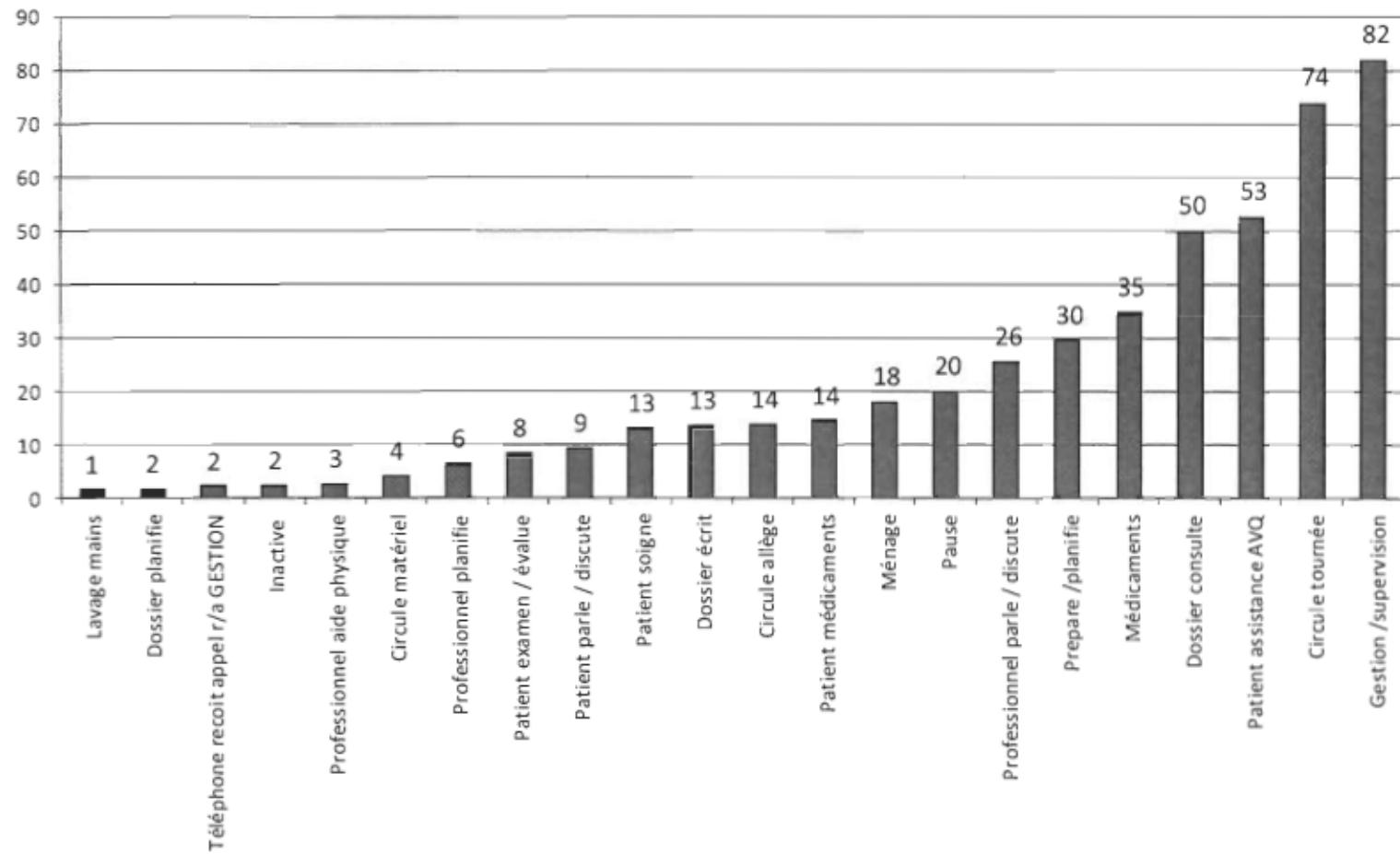
Répartition des tâches (en minutes) de l'ASI du quart de travail de nuit, la semaine.

Le graphique 5 présente les activités effectuées par l'ASI de nuit. Elle supervise (82 min/VA) et doit vérifier dans les dossiers que les ordonnances ont été relevées de jour et de soir (50 min/VA). Elle prépare la médication (35 min/VA) et discute avec les autres professionnels en lien avec l'état de santé et les soins des patients étant donné son rôle d'ASI (26 min/VA).

Pour ce qui est des activités en NVA, celles-ci s'expliquent en raison de l'absence d'un PAB dans la structure de nuit. L'ASI donne donc des soins d'AVQ aux patients à sa charge (53 min/NVA) et participe aux tournées afin d'assurer une surveillance des patients (74 min/VNA). Elle doit aussi faire la tournée des sacs de linge souillé de l'unité (ménage), passant ainsi 18 minutes à s'occuper de ces sacs à linge (NVA).

Graphique 5

Répartition des tâches (en minutes) de l'ASI du quart de travail de nuit, la semaine



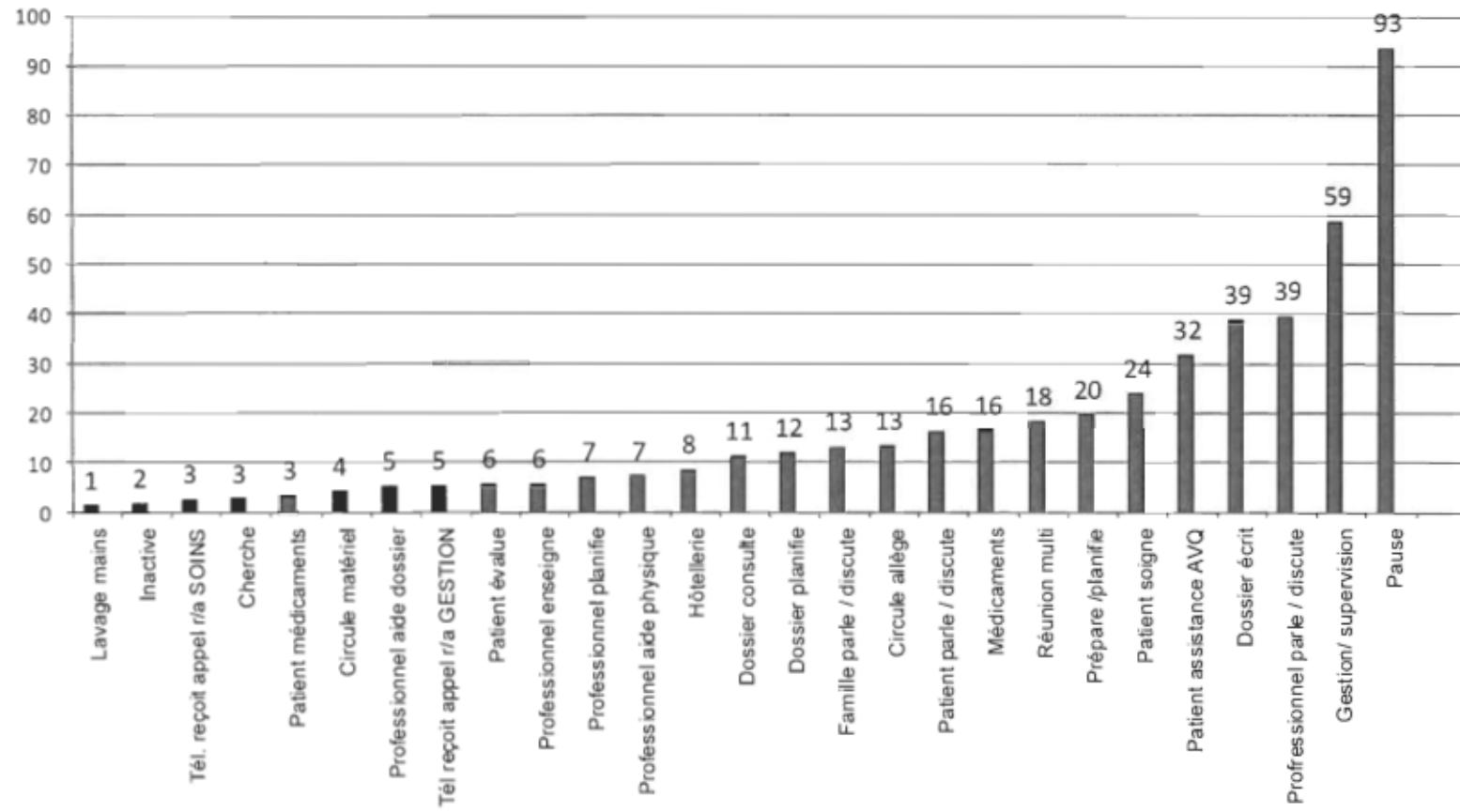
Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de jour, la semaine

Le graphique 6 montre les activités faites par l'infirmière de jour la semaine. Un plus grand nombre de médecins œuvrant en gériatrie augmente également la charge de travail pour le personnel infirmier. Ces médecins prescrivent de nombreux médicaments et interventions. Ces ordonnances doivent être relevées et mises en place par l'infirmière qui accorde 59 min/VA à la gestion et planification. La première collecte a aussi fait ressortir beaucoup de dédoublement de formulaires. Lors de l'enregistrement des médicaments, les infirmières inscrivent et signent sur deux formulaires différents. La duplication d'information provoque fréquemment des erreurs.

À la lumière des observations faites lors de la première collecte de données, les rôles, les tâches et les responsabilités de l'infirmière sont peu connus. Le manque de personnel et l'ambiguïté de la définition des rôles poussent souvent l'infirmière à faire plus de soins d'hygiène (NVA) comme par exemple, donner des bains complets au lit, distribuer les repas, alimenter les patients, les reconduire aux toilettes, les habiller, les raser, changer leur culotte d'incontinence. Beaucoup de soins de base sont faits par l'infirmière (32 min/NVA) et très peu de temps est accordé pour l'examen et l'évaluation du patient (6 min/VA). Ce qui apporte, dans l'ensemble, une utilisation non optimale des compétences des infirmières, car aucun suivi n'est fait sur l'évolution du patient.

Graphique 6

Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de jour, la semaine



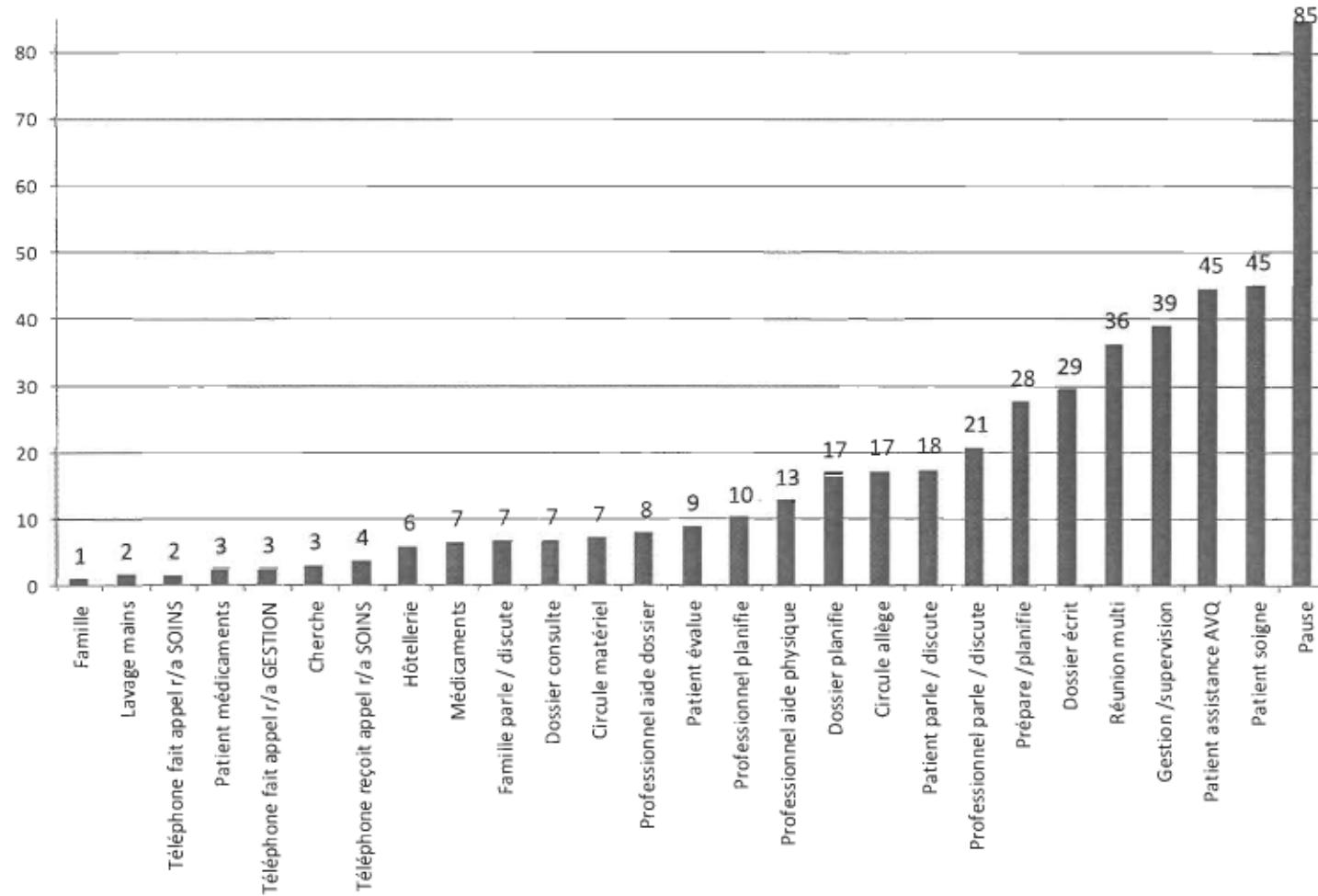
Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de jour, le mercredi (réunion multidisciplinaire)

Le graphique 7 montre le travail infirmier de jour, le mercredi. Cette journée a été favorisée car il y a la tenue d'une réunion multidisciplinaire hebdomadaire. Il faut donc noter que l'infirmière effectue principalement des soins d'AVQ (45 min/NVA), ainsi que la gestion supervision (39 min/VA), elle assiste à la réunion multidisciplinaire (36 min/VA) et prépare et planifie sa journée (28 min/VA). Lorsqu'elle est au poste pour compléter ses dossiers pendant 29 minutes/VA, elle prend également l'initiative de répondre aux appels (NVA). Finalement, le temps qu'elle consacre à l'évaluation est de 9 minutes/VA.

Une supervision clinique pourrait être optimisée car l'infirmière évalue très peu les patients, environ 33 % de son quart de travail. Il a aussi été remarqué que la rédaction des plans d'intervention, des échelles de Braden et des PTI ne répond pas toujours aux normes prévues dans le travail infirmier. De plus, lors des réunions multidisciplinaires, les professionnels de la santé doivent, à tour de rôle, se présenter pour discuter de l'état de santé des patients, ce qui entraîne un manque de personnel pendant 36 minutes.

Graphique 7

Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de jour, le mercredi (réunion multidisciplinaire)

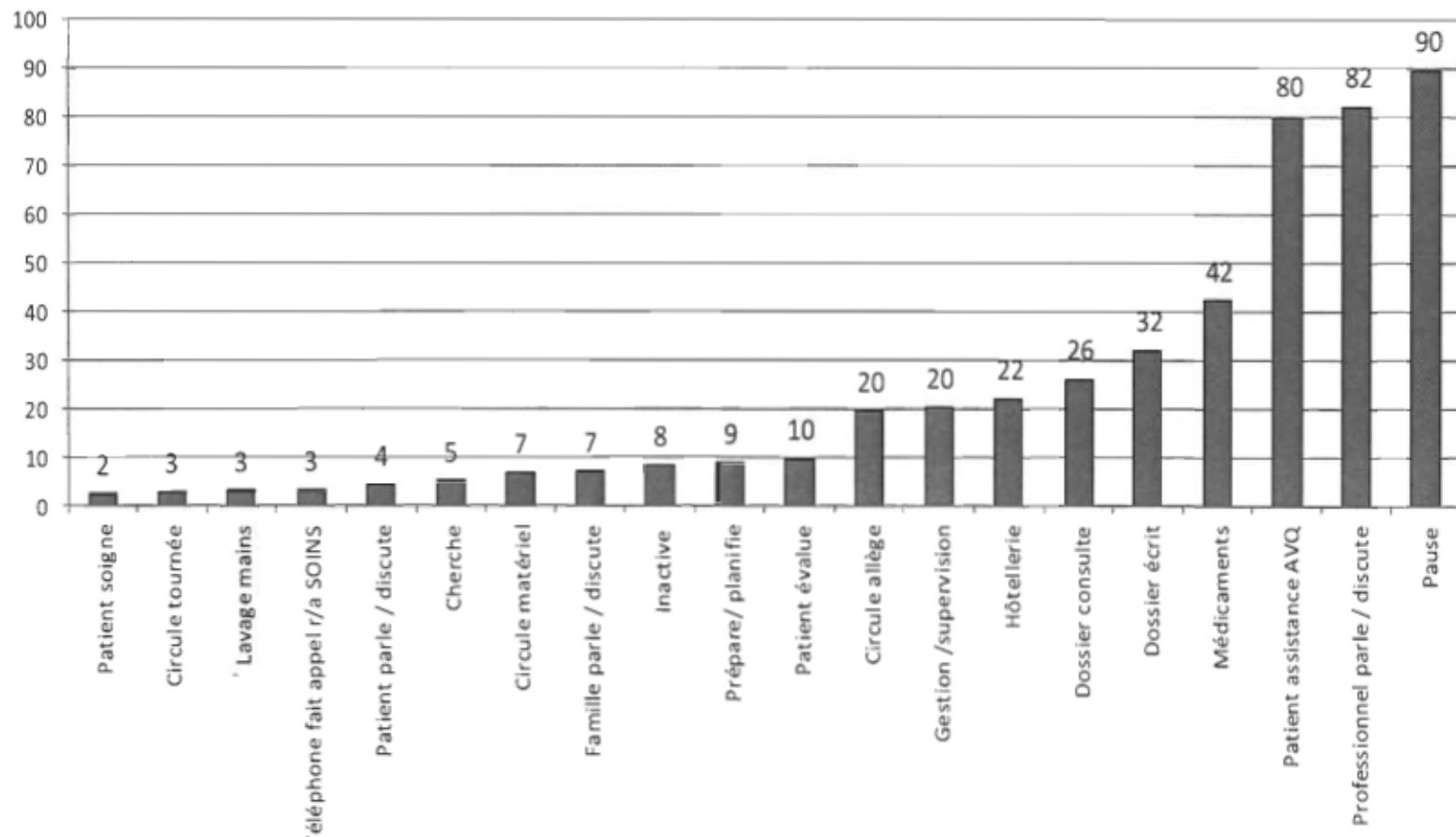


**Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de jour,
la fin de semaine**

Le graphique 8 illustre que les discussions des infirmières avec les professionnels sont de 82 minutes /VA. Elles donnent également des soins d'AVQ aux patients de l'UCDG (80 min/NVA) et accordent aussi 22 minutes/NVA à l'hôtellerie incluant la distribution des repas. Les infirmières préparent les médicaments (42min/VA), font de la supervision (20 min/VA) et discutent avec les familles (7 min/VA) et aussi avec les patients (4 min/VA). Finalement, les infirmières accordent moins de temps aux tâches d'évaluation (10 min/VA). Il semble important de rappeler que la structure de fin de semaine compte seulement un PAB, comparativement à deux PAB, sur semaine.

Graphique 8

Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de jour, la fin de semaine



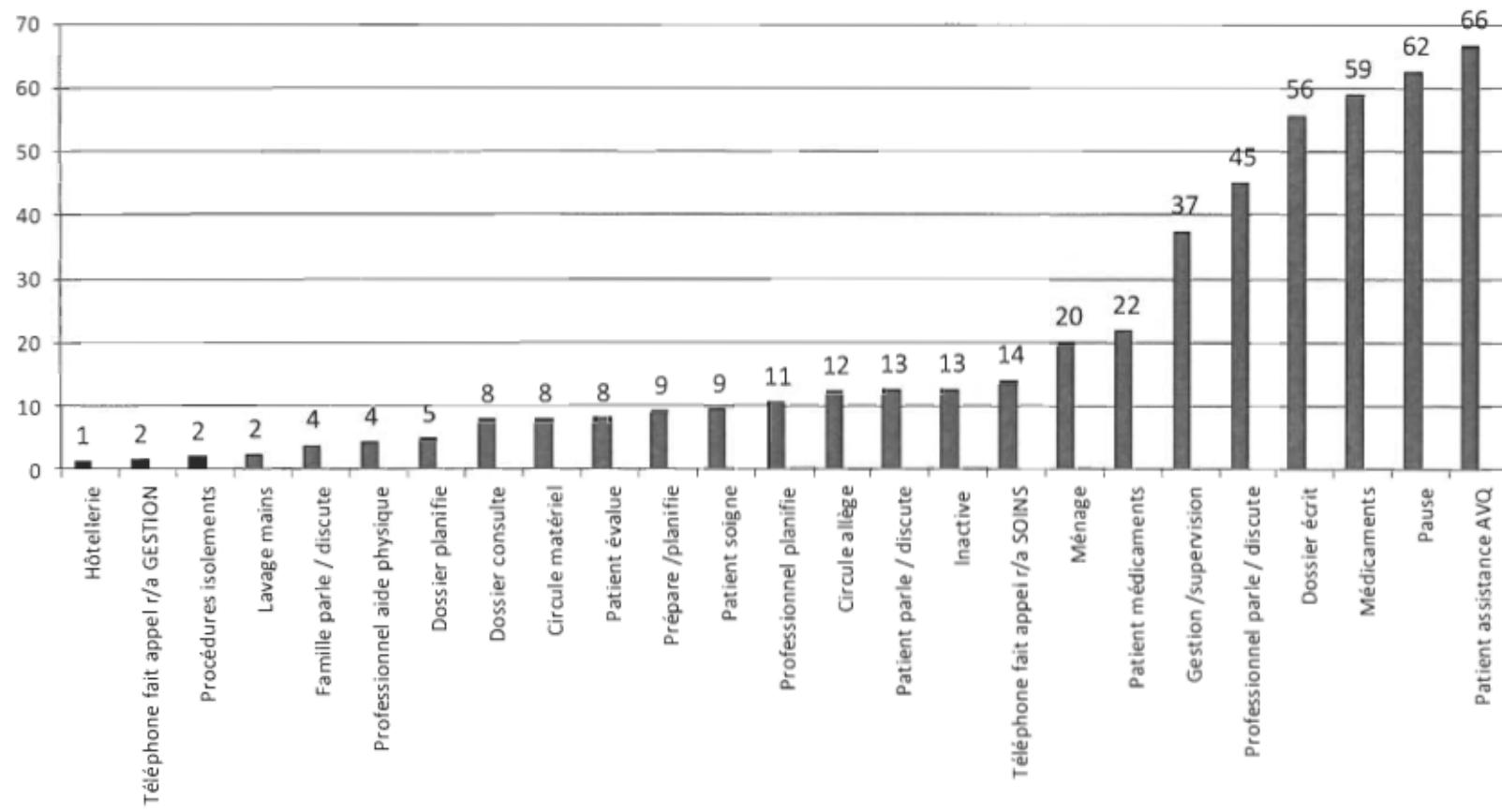
Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de soir, la fin de semaine

Le graphique 9 expose les activités qui demandent le plus de temps à l'infirmière de soir, la fin de semaine. La préparation de médicaments (59 min/VA) ainsi que l'écriture au dossier du patient (56 min/VA) sont des tâches qui nécessitent la compétence de l'infirmière et qui sont fréquemment faites.

Les soins d'AVQ donnés aux patients (66 min/NVA) et les tâches en lien avec le ménage (20 min/NVA) sont des activités qui pourraient être faites par un autre employé. Étant donné qu'il n'y a pas de préposé la fin de semaine, l'infirmière doit répondre aux demandes de base des patients (activités à non-valeur ajoutée (109 min) telles que les soins d'hygiène, AVQ et hôtellerie), ce qui explique la diminution du temps pour les activités à valeur ajoutée : les PTI, l'écriture dans les dossiers (55 min) et l'évaluation des patients (8 min). Par conséquent, il devient difficile, pour les infirmières, de faire des plans d'intervention, de faire des suivis interdisciplinaires d'équipe puisqu'elles manquent de temps pour évaluer les progrès des patients.

Graphique 9

Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de soir, la fin de semaine



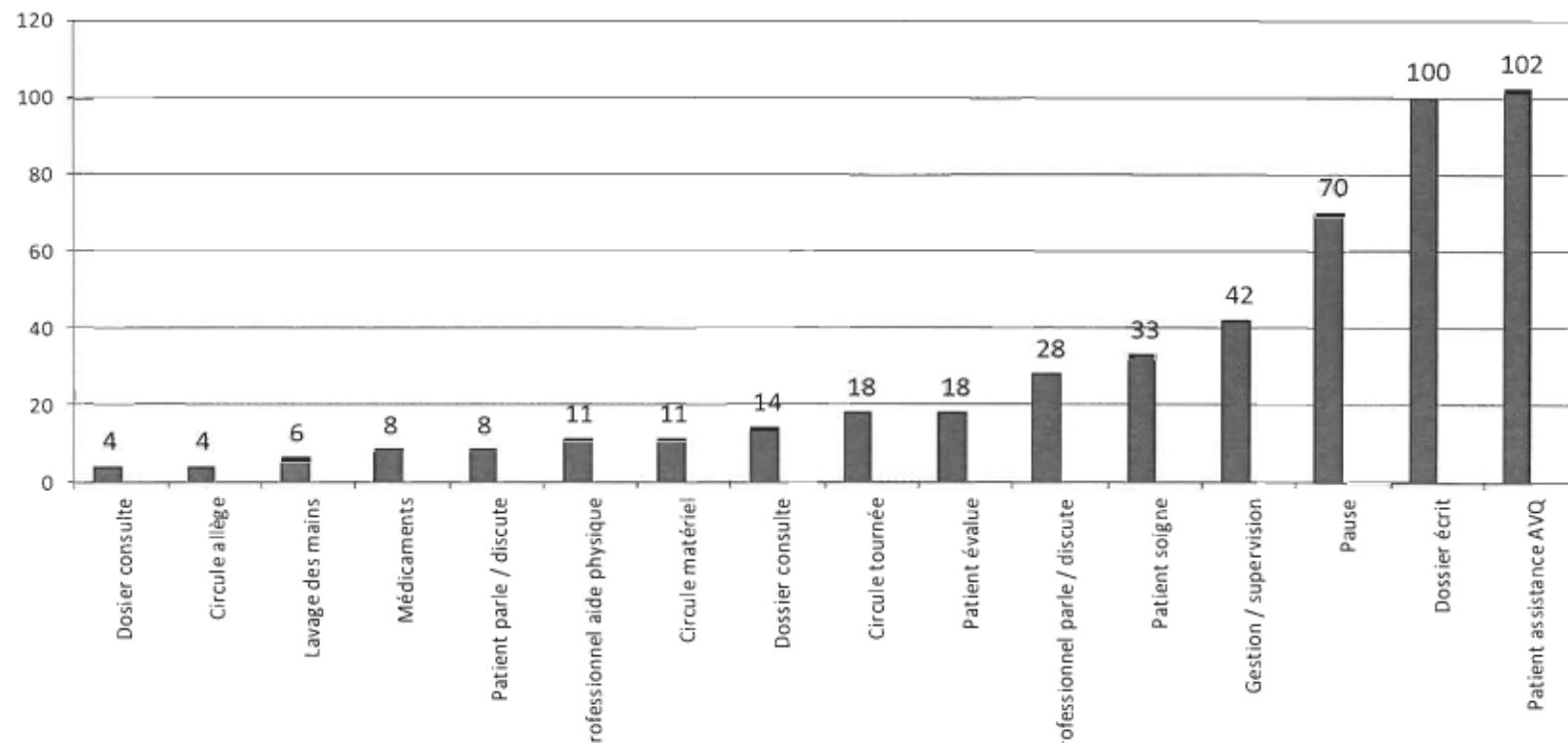
**Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de nuit,
la semaine.**

Le graphique 10 indique que l'infirmière accomplit beaucoup de soins d'AVQ (102 min/NVA) aux patients. L'infirmière de nuit consacre une grande partie de son temps à l'écriture dans les dossiers (100 min/VA). Ce total s'explique en raison principalement du fait que l'infirmière doit relever les ordonnances des dernières 24 heures et préparer les dossiers pour le quart de jour (gestion/supervision, 42 min/VA).

Lors de la première collecte de données, aucun PAB n'était présent. La nuit, la plupart des patients hospitalisés à l'UCDG dorment, donc une surveillance passive doit être faite par le personnel. Par contre, vers 5 heures, au réveil des patients, le travail actif débute comme le changement de culotte, les soins d'hygiène, l'installation sur la chaise bassine ainsi que la conduite des patients à la toilette et les évaluations. L'infirmière consacre 18 min/VA à l'évaluation et la rédaction du plan de soins thérapeutique (PTI) est souvent l'élément mis de côté.

Graphique 10

Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de nuit, la semaine

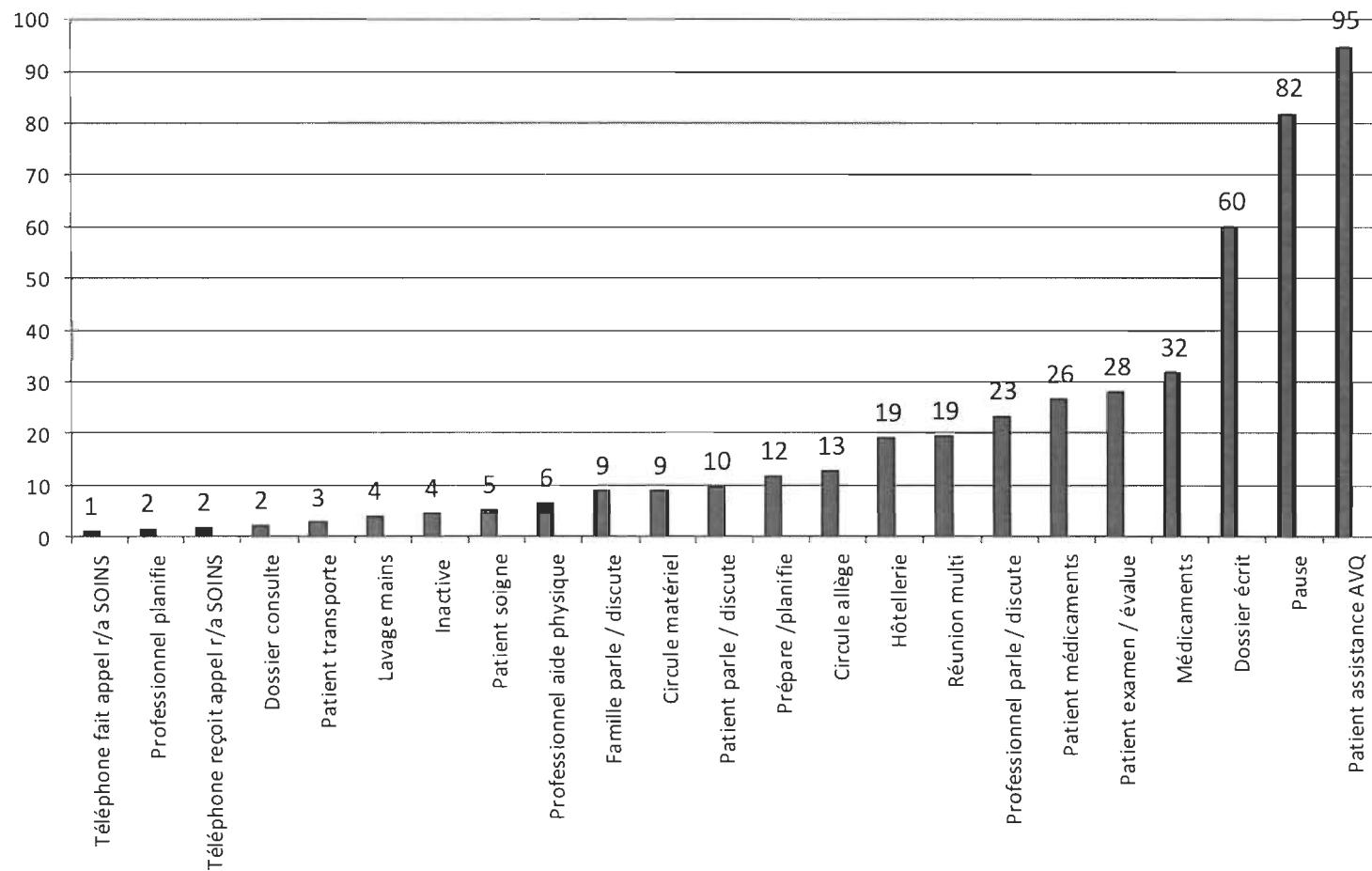


Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de jour, la semaine

Le graphique 11 résume les activités de l'infirmière auxiliaire de jour, la semaine. Les soins d'AVQ donnés aux patients (95 min/VA), l'écriture dans les dossiers (60 min/VA), la distribution des médicaments (32 min/VA), l'évaluation des patients (28 min/VA), la distribution des repas (19 min/VA) et la présence aux réunions multi (19 min/VA) font partie des activités qui nécessitent le plus de temps. Il est possible de remarquer que la majorité des activités sont en valeur ajoutée, ce qui démontre une utilisation des compétences de ces professionnelles.

Graphique 11

Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de jour, la semaine

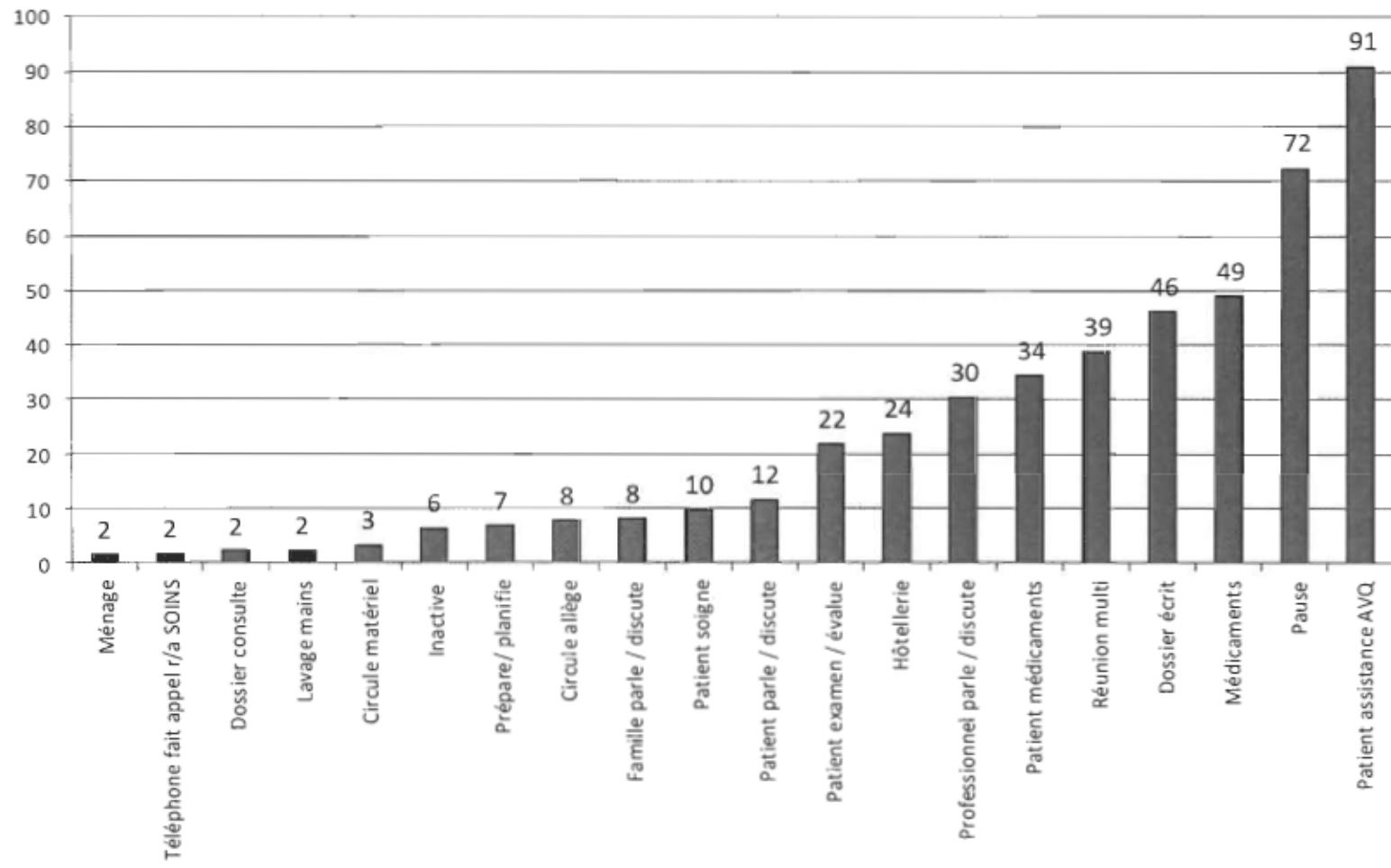


Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de jour, le mercredi (réunion multidisciplinaire)

Le graphique 12 montre les activités qui demandent le plus de temps à l'infirmière auxiliaire, le mercredi, pendant la journée. Ces activités sont les soins d'AVQ aux patients (91 min/VA), l'écriture dans les dossiers (46 min/VA) des patients et la présence à la réunion multidisciplinaire (39 min/VA) et la préparation et la distribution de la médication (34 min/VA).

Graphique 12

*Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de jour, le mercredi
(réunion multidisciplinaire)*

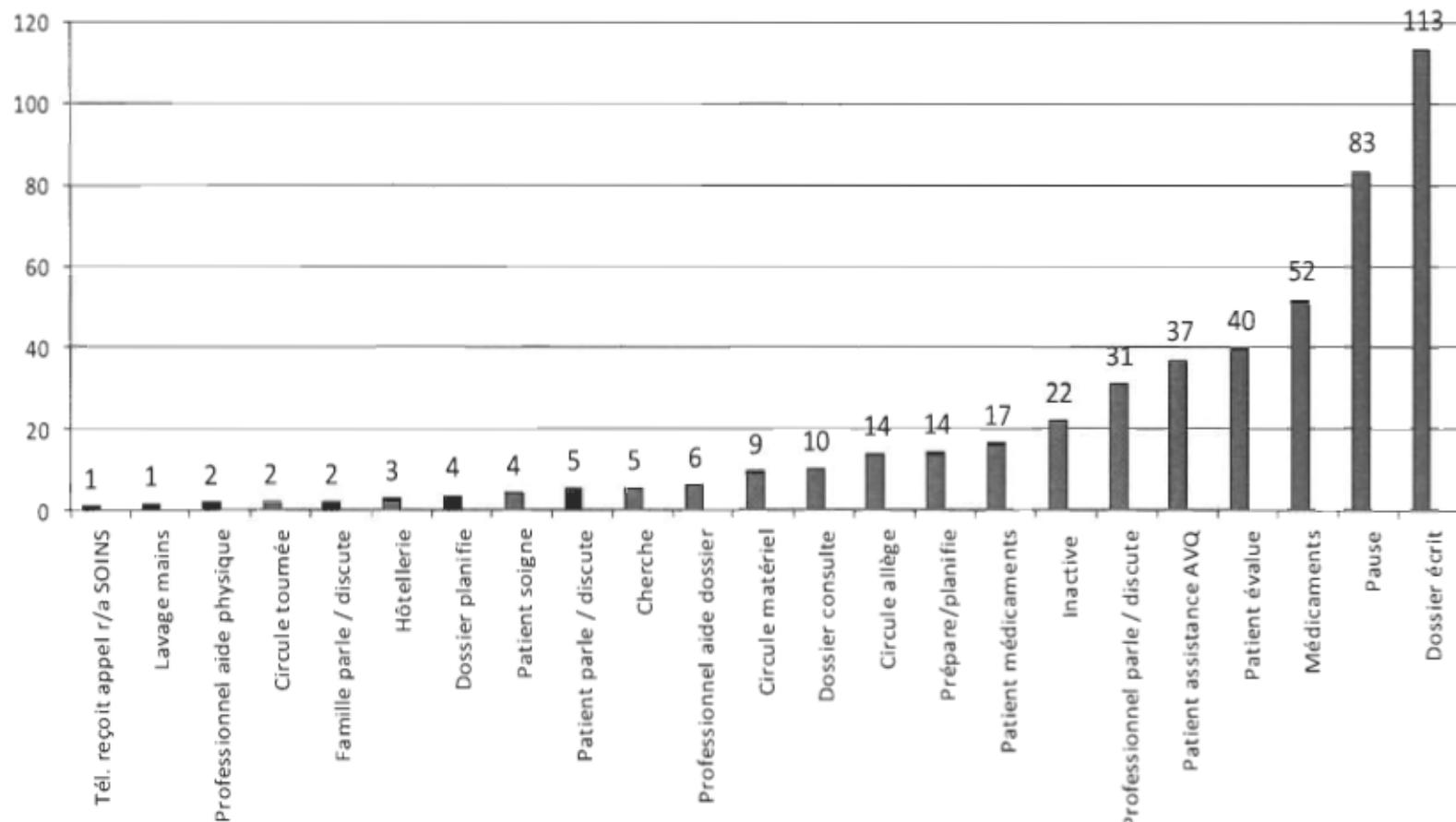


Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de soir, la semaine

Le graphique 13 illustre les activités de l'infirmière auxiliaire qui travaille le soir, la semaine. Cette dernière consacre le plus de temps à l'écriture dans les dossiers des patients (113 min/VA), à la préparation de la médication (52 min/VA) et à la discussion avec les autres professionnels (31 min/VA).

Graphique 13

Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de soir, la semaine



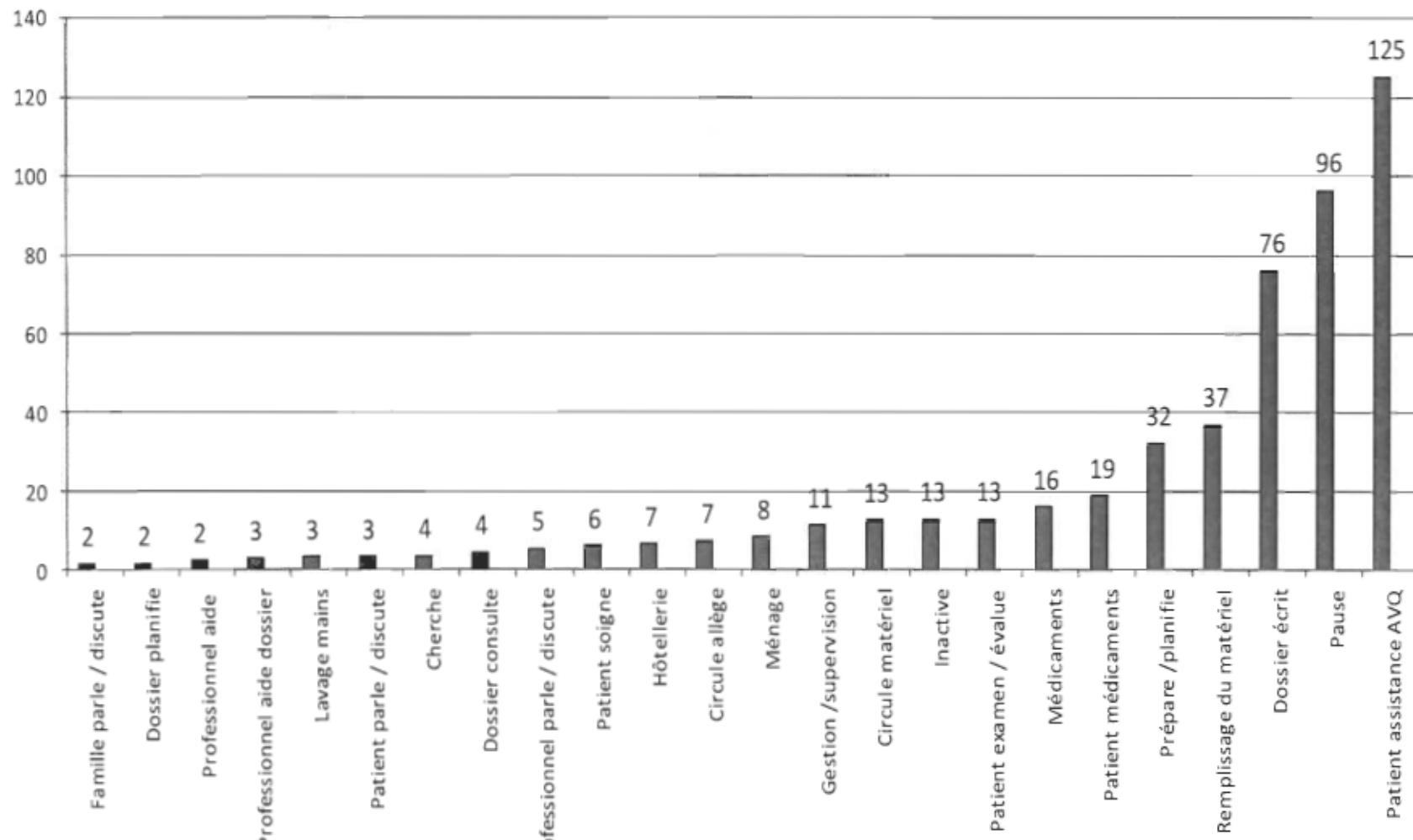
Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de soir, la fin de semaine

Le graphique 14 fait ressortir les activités faites par l'infirmière auxiliaire de soir, la fin de semaine. Elle passe la majorité de son temps à offrir des soins d'AVQ aux patients (125 min/VA). Elle fait aussi de l'écriture dans les dossiers (76 min/VA) et de la préparation et de la planification de ses soins (32 min/VA).

Étant donné qu'aucun PAB n'est présent dans la structure de fin de semaine, l'infirmière auxiliaire consacre 113 minutes à l'écriture dans les dossiers en semaine versus 76 minutes la fin de semaine. De plus, elle réalise 37 minutes de soins d'AVQ en semaine comparativement à 125 minutes la fin de semaine car elle doit aussi répondre aux demandes de base des patients (soins d'hygiène, AVQ et hôtellerie). De plus, le remplissage du matériel se fait par les infirmières auxiliaires et nécessite, 32 minutes la fin de semaine. Cette tâche à NVA pour l'infirmière auxiliaire pourrait devenir une activité VA pour le préposé.

Graphique 14

Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de soir, la fin de semaine



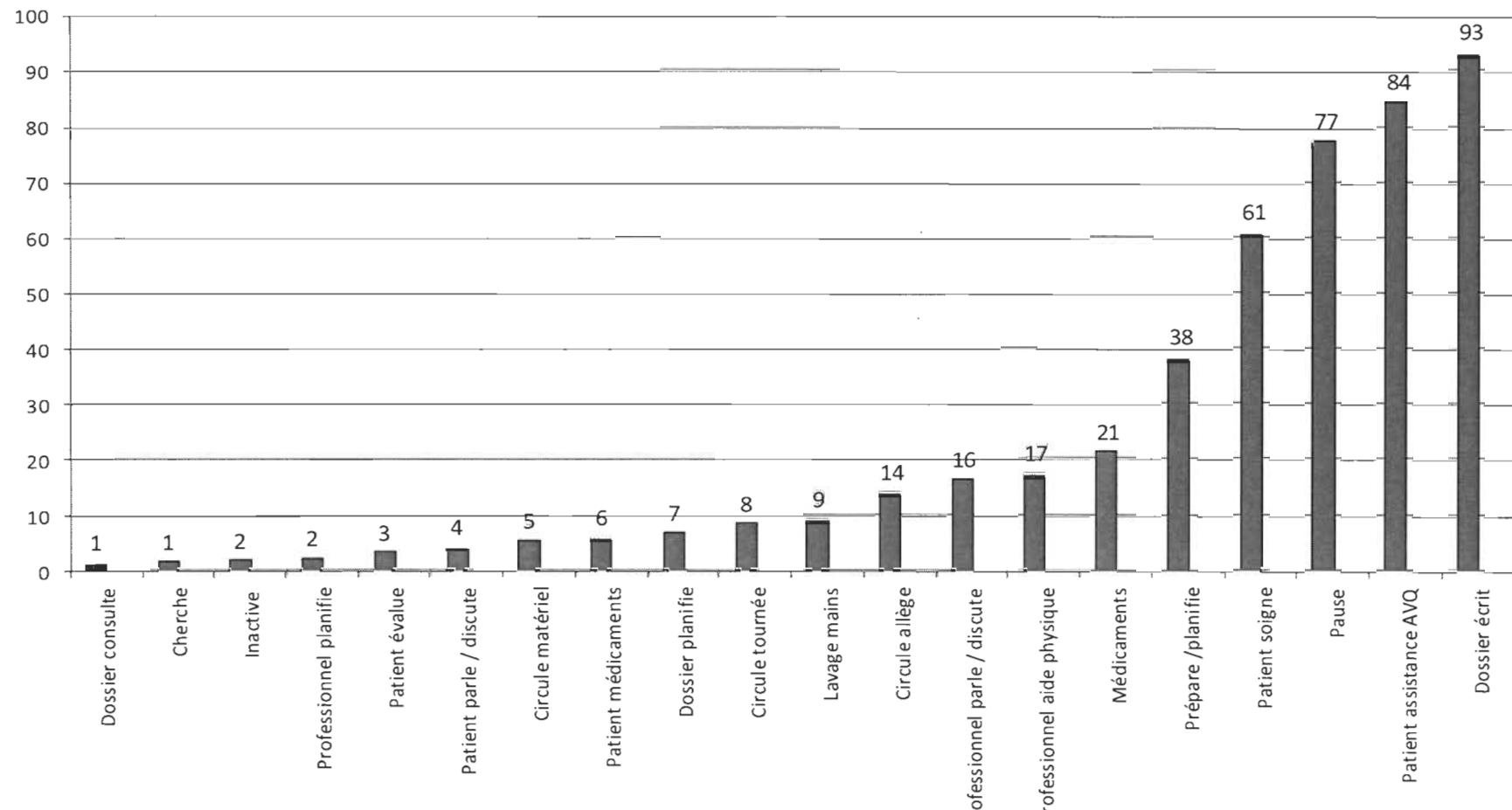
Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de nuit, la semaine

Le graphique 15 affiche les résultats obtenus pour les actions faites par l'infirmière auxiliaire de nuit, la semaine. L'écriture dans les dossiers des patients (93 min/VA), les soins d'AVQ aux patients (84 min/VA) ainsi que les soins infirmiers donnés aux patients (61 min/VA) font partie des tâches qui nécessitent le plus de temps.

En participant aux soins d'AVQ, l'infirmière auxiliaire de nuit tente de compenser l'absence de PAB. La Loi 90 demande une délégation de certaines tâches infirmières aux infirmières auxiliaires (ponction veineuse, installation de soluté, glucomètre avec échelle d'insuline) ce qui engendre une importante augmentation des tâches tôt le matin pour les infirmières auxiliaires. Entre autres, plusieurs patients doivent avoir des ponctions veineuses à jeun, ce qui ajoute au travail du personnel. Bref, la priorité à accorder aux soins engendre une lenteur pour répondre aux besoins des patients.

Graphique 15

Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de nuit, la semaine



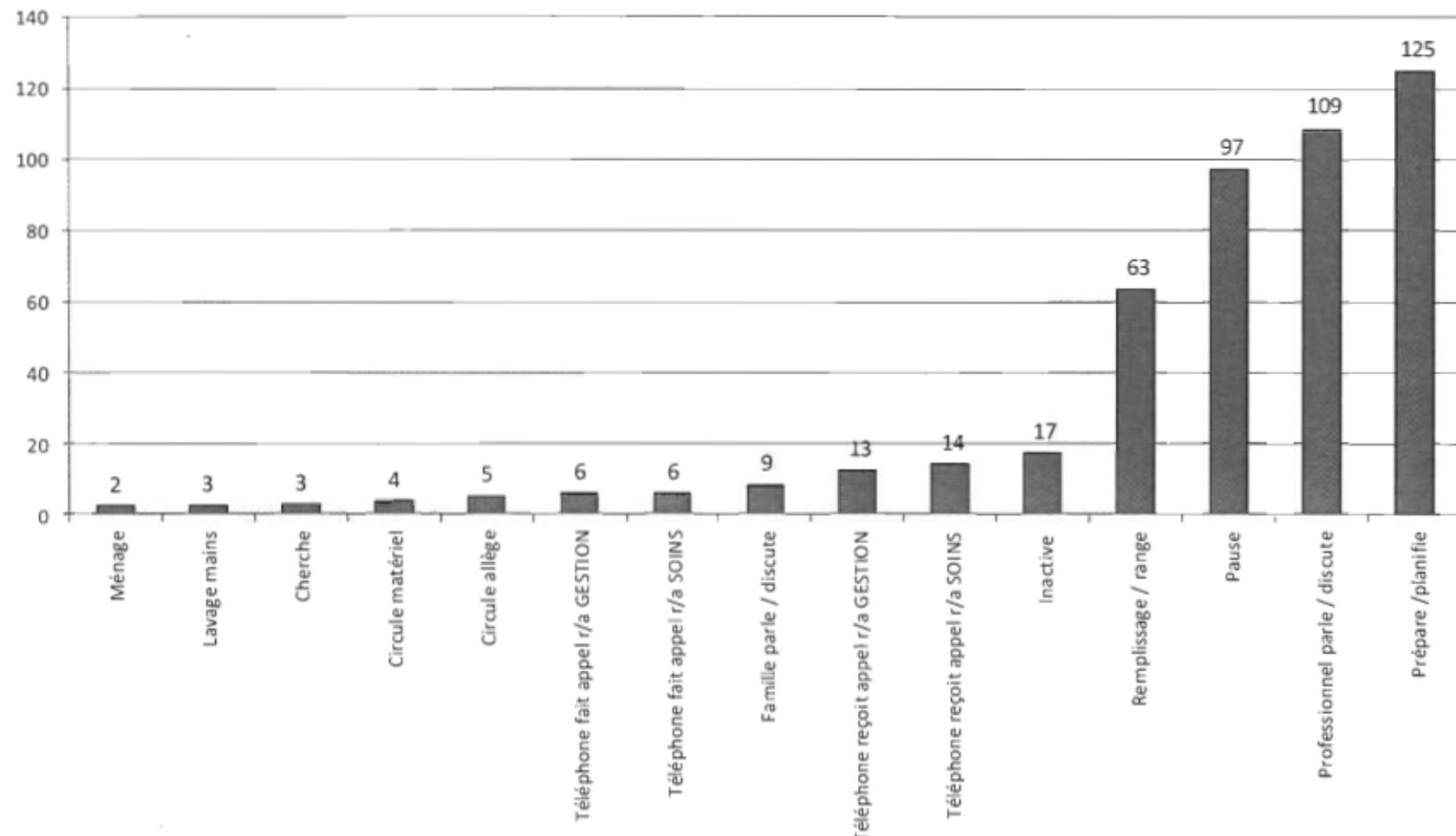
Répartition des tâches (en minutes) de la commis du quart de travail de jour, la semaine

Le graphique 16 expose les résultats des activités effectuées par la commis du quart de travail de jour, la semaine. Aucune mesure n'a été prise la fin de semaine, car la commis travaille uniquement du lundi au vendredi. Ses principales tâches sont les suivantes: de préparer et de planifier (125 min/VA) (examen, congé, admission commande de matériel), de discuter avec les professionnels (109 min/VA), d'effectuer le remplissage du matériel (63 min/VA) ainsi que de répondre à tous les types d'appels téléphoniques (27 min/VA).

La commis a comme responsabilité, entre autres, de répondre au téléphone par contre, lorsque la commis se déplace pour faire du rangement, elle quitte son poste et n'est plus disponible pour répondre aux appels. Les autres membres du personnel soignant doivent donc répondre aux appels, ce qui représente pour eux de la NVA. Étant donné que les activités de la commis sont toutes à VA et qu'une deuxième collecte a indiqué une diminution au niveau des prises d'appel par les infirmières et les infirmières auxiliaires au poste, la commis n'a pas été observée une deuxième fois.

Graphique 16

Répartition des tâches (en minutes) de la commis du quart de travail de jour la semaine

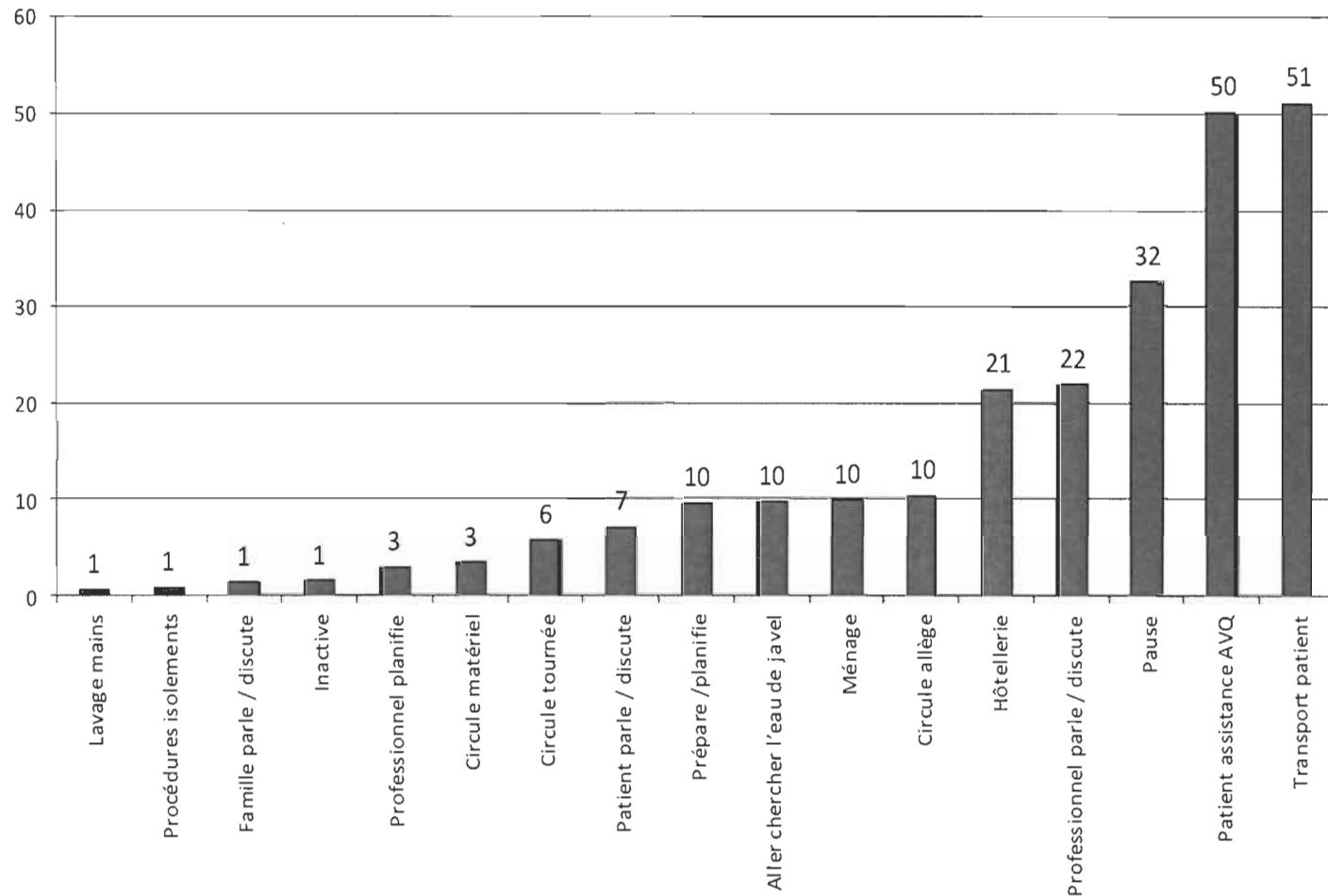


Répartition des tâches (en minutes) du préposé aux bénéficiaires du quart de travail de 8 h à 12 h, la semaine

Le graphique 17 affiche les activités effectuées par le PAB de jour de 8 h à 12 h, la semaine. Sa principale fonction est d'amener les patients à leur rendez-vous (51 min/VA), à la physiothérapie, pour un examen médical, etc. Lorsque le PAB n'est pas occupé au transport des patients, il collabore aux soins d'AVQ donnés aux patients (50 min/VA) ainsi que parler / discuter avec les autres professionnels (22min/VA) et l'hôtellerie (21 min/VA). Ces tâches sont des tâches à valeur ajoutée. On peut constater que son rôle est optimisé au maximum.

Graphique 17

Répartition des tâches (en minutes) du préposé aux bénéficiaires du quart de travail de 8 h à 12 h, la semaine



Répartition des tâches (en minutes) du préposé aux bénéficiaires du quart de travail de 8 h à 16 h, la semaine

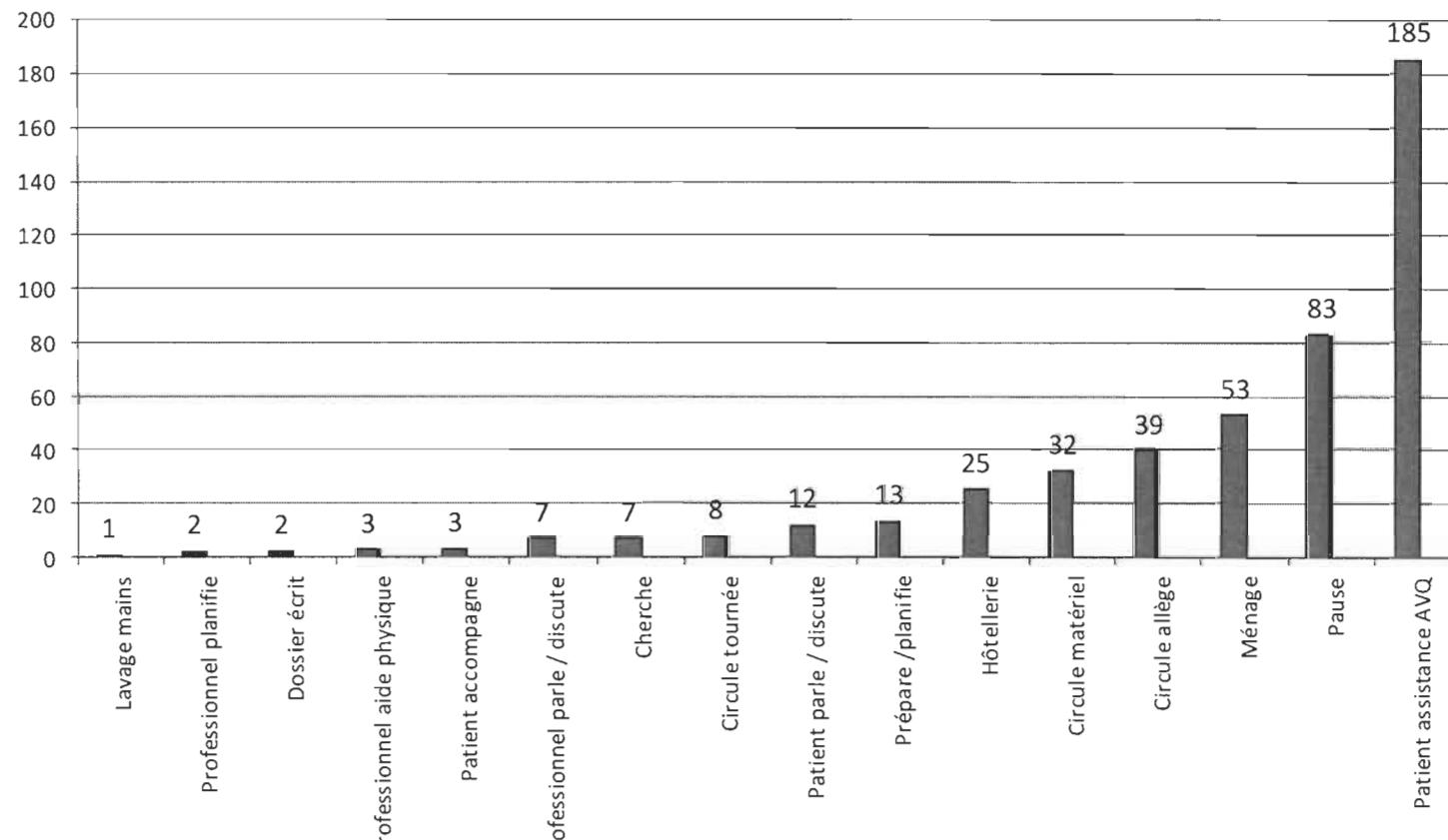
Le graphique 18 indique les tâches du PAB qui travaille de 8h à 16h, la semaine.

Il accomplit 185 minutes de soins d'AVQ aux patients (VA), ce qui représente l'activité la plus importante. Le PAB circule pour les tournées avec ou sans matériel (79 min/NVA) et contribue à l'hôtellerie (25 min/VA).

Malgré une demande des gériatres, les patients portent souvent leur jaquette. Par manque de ressources et de temps, le personnel fait à la place du patient au lieu de lui laisser faire ce qu'il est capable, ce qui ne favorise pas le retour à l'autonomie et crée une carence au niveau de la continuité des soins. Pourtant, la mission primaire de l'UCDG est d'identifier, chez la personne âgée, les éléments physiopathologiques à la base de la détérioration et de corriger ces problèmes afin d'orienter la personne vers un milieu adapté à ses besoins.

Graphique 18

Répartition des tâches (en minutes) du préposé aux bénéficiaires du quart de travail de 8 h à 16 h, la semaine



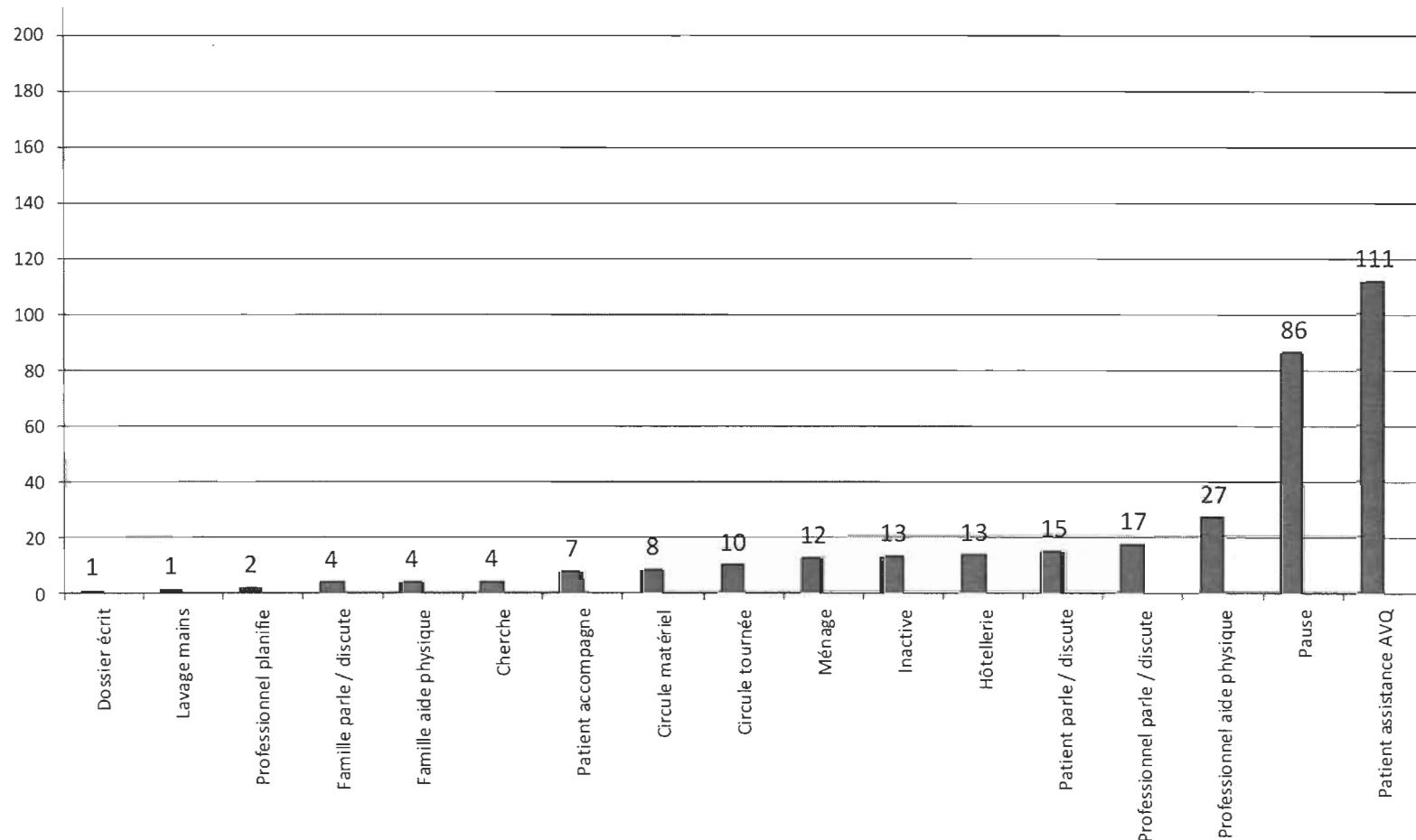
Répartition des tâches (en minutes) du préposé aux bénéficiaires du quart de travail de 15 h 30 à 22 h, la semaine

Le graphique 19 illustre les résultats des activités fréquemment faites par le PAB le soir, au cours de la semaine. Ce dernier passe la majeure partie de son temps à donner des soins d'AVQ aux patients (111 min/VA). La semaine, le PAB termine à 22 h mais il est absent dans la structure de fin de semaine. Cela entraîne un ralentissement à répondre aux besoins des patients, l'obligation de pallier le surplus de travail en exécutant des activités diverses sans se référer à son propre rôle ainsi qu'une insatisfaction du personnel.

Étant donné qu'aucun PAB n'est présent dans la structure de fin de semaine, et considérant la mission de l'UCDG, beaucoup de patients sont à mobiliser et le retour à l'autonomie doit être une priorité. Ainsi la fin de semaine, cette absence du PAB fait en sorte que les soins de base sont donnés au minimum et il y a aussi de longs délais pour la réponse aux cloches d'appel des patients. Un important vide de service a été constaté et si un usager se détériore, une zone de dangerosité s'installe pour les soins à donner aux autres patients.

Graphique 19

Répartition des tâches (en minutes) du préposé aux bénéficiaires du quart de travail de 15 h 30 à 22 h, la semaine



Activité Kaïzen

À la suite de la présentation des résultats de la première collecte de données, une activité Kaïzen a été planifiée en octobre 2011. La présence d'un représentant de chaque titre d'emploi de l'équipe de soins de même que la représentativité de chaque quart de travail ont été des facteurs importants pour la constitution de l'équipe. L'activité Kaïzen découle directement de l'approche Lean et le modèle intégrateur en organisation des soins et du travail a aussi servi comme toile de fond pour bien définir l'objectif de ce Kaïzen. Cet objectif était d'optimiser le travail des équipes afin d'assurer des soins et des services de qualité à la clientèle de l'UCDG. Le déroulement de cette activité s'est fait sur deux journées (voir appendice F). La première journée a servi à présenter les objectifs et les principes du Kaïzen et les résultats obtenus lors de la première collecte de données. Par la suite, chaque participant était invité à identifier les problématiques principales, les points qui vont bien et les irritants. Finalement, la journée s'est terminée par une réflexion sur le processus idéal à mettre en place pour assurer des soins de qualité aux patients. La deuxième journée, les membres du groupe étaient invités à participer à une activité pour faire émerger leur côté innovateur. Une recherche de solutions permettant d'atteindre le but visé par l'activité fut alors entreprise. Le travail d'équipe fut au cœur de cette journée. Une priorisation et une planification générale des actions à mettre en place pour l'amélioration de l'organisation du travail fut alors amorcée. Un plan d'action concret fut alors accepté par l'équipe et présenté aux gestionnaires de l'établissement (voir appendice E).

Principaux changements à apporter à la suite du Kaïzen

L'activité Kaïzen a permis de faire ressortir un plan d'action très concret sur les actions à poser pour optimiser le travail des équipes. Des changements ont été apportés par la direction et par l'équipe de travail. Ils ont été mis en place dès l'hiver 2012 et d'autres, dont les changements à la structure de travail, ont eu lieu à la fin du printemps 2012. Les changements sont mentionnés dans les prochaines lignes.

- Définition et diffusion de la mission de l'UCDG du CSSAE;
- Définition et diffusion des rôles et responsabilités des membres de l'équipe afin d'augmenter le leadership infirmier;
- Augmentation des compétences de chaque membre de l'équipe de soins afin d'optimiser le travail à valeur ajoutée;
- Achat d'équipements pour le personnel soignant et la commis (casque d'écoute);
- Réaménagement de l'environnement dans le but de favoriser la mobilisation des patients;
- Modification de la structure des quartes de travail :
 - Un poste d'infirmière auxiliaire de jour a été retiré;
 - Un poste de PAB de 8 h à midi a été retiré;
 - Un poste de PAB a été créé de 7 h à 15 h sur semaine et la fin de semaine.
 - Un poste de PAB a été ajouté à la structure de 5 h à 13 h sur semaine et la fin de semaine.
- Un poste de PAB de 8 h à 16 h a été ajouté à la structure de fin de semaine;
- Le PAB de soir qui terminait à 22 h et travaillait sur semaine seulement termine maintenant à minuit et est ajouté à la structure de fin de semaine.

Deuxième collecte de données

À la suite aux changements apportés après l'activité Kaïzen, une seconde collecte de données a eu lieu en septembre et octobre 2012. En décembre 2012, la deuxième analyse des résultats a été présentée à l'équipe Kaïzen dans le but de démontrer, de façon objective, les effets de la réorganisation entreprise par leur équipe à l'hiver 2012.

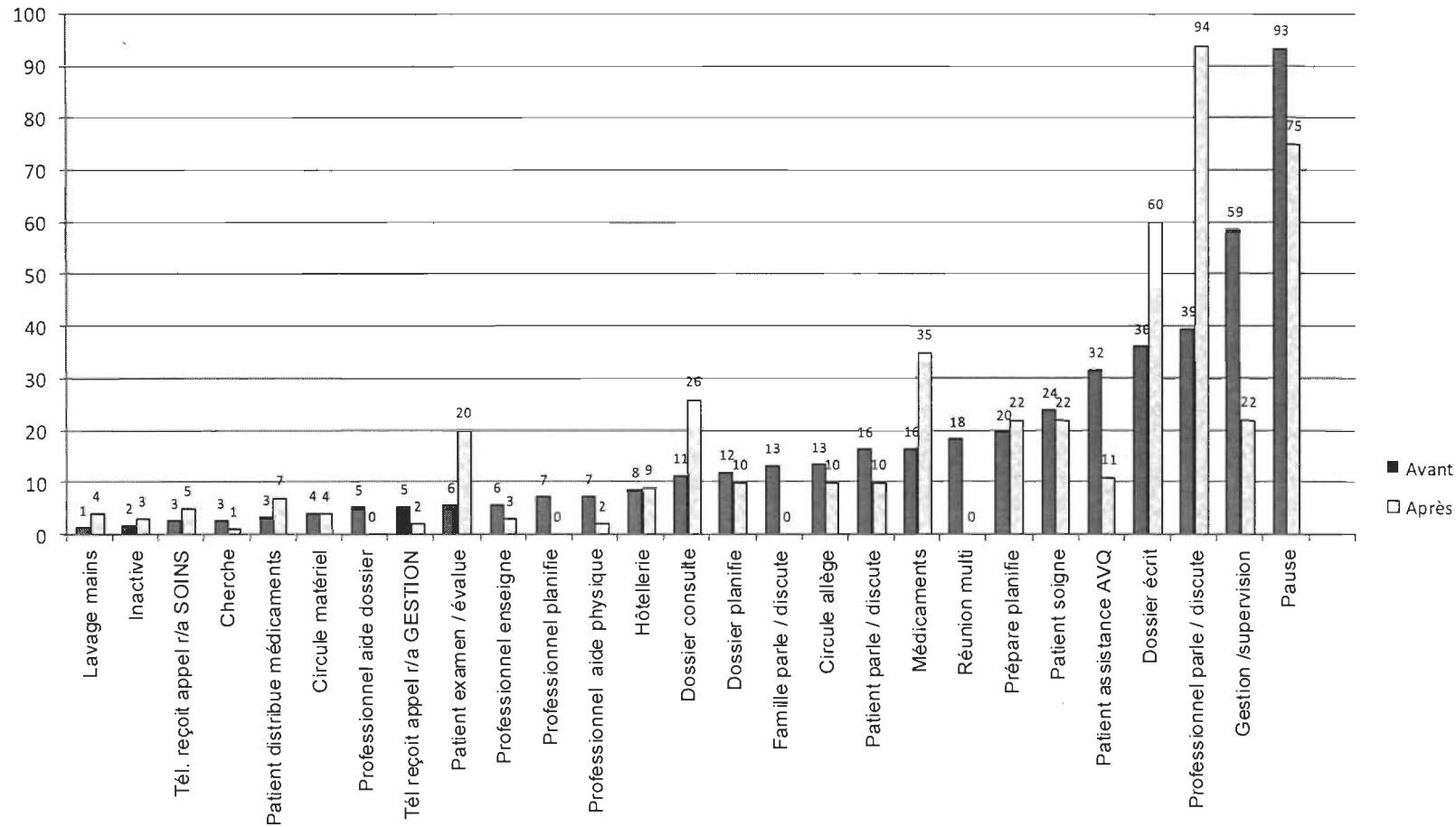
Les titres d'emplois qui n'étaient pas problématiques lors de la première prise de données n'ont pas fait l'objet d'une deuxième observation de temps et de mouvements. Les pages qui suivent présentent les résultats obtenus à la deuxième collecte de données en comparant avec les résultats qui avaient été obtenus lors de la première observation.

Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de jour, la semaine.

Le graphique 20 montre que, à la suite à la réorganisation, il y a eu une augmentation significative du temps passé à exécuter les tâches suivantes : l'évaluation des patients (de 6 min à 20 min/VA), écriture dans les dossiers (prescription, inscription de la médication, PTI) (de 39 min à 60 min/VA) ainsi que la discussion avec les autres professionnels est passé de 39 min à 94 min en VA. Cette augmentation significative est expliquée parce que l'infirmière joue plus son rôle de leader et s'assure que les PTI sont bien suivis. Il y a aussi l'augmentation de la médication qui est passée de 16 min à 35 min, une tâche infirmière à VA. De plus, une diminution des soins d'AVQ a été constatée (de 32 min à 11 min/NVA). L'augmentation du nombre de PAB a certainement favorisé ce résultat.

Graphique 20

Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de jour, la semaine

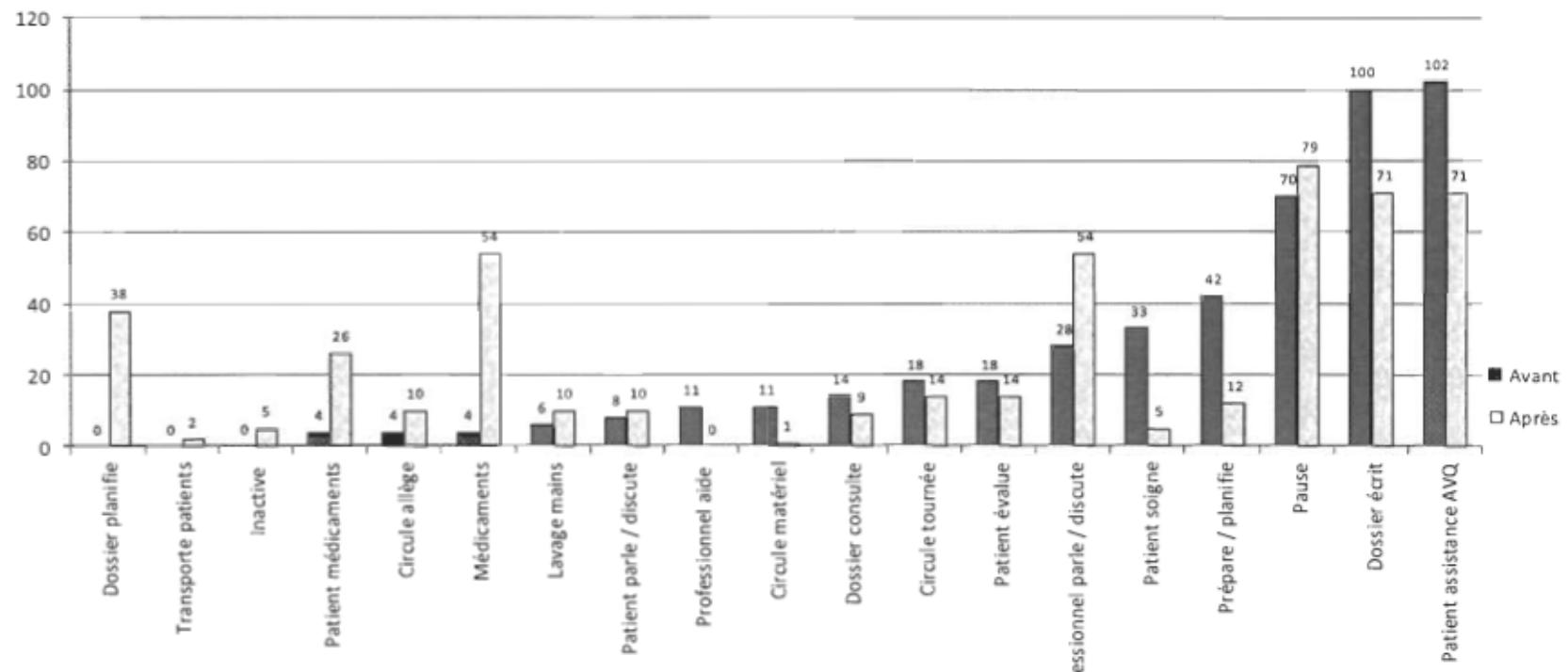


**Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de nuit,
la semaine**

En ce qui concerne la deuxième prise de données, le graphique 21 indique une augmentation significative pour les tâches suivantes : préparation et administration de la médication (4 min à 54 min/VA), parle/discute avec les professionnels (28 min à 54 min/VA). De plus, la planification des soins est passée de 0 à 38 minutes. Finalement, une diminution considérable au niveau des soins d'AVQ donnés aux patients (102 min à 71 min/NVA) est aussi notée ainsi que l'écriture dans les dossiers des patients (100 min à 71 min/VA). Étant donné que le rôle de l'infirmière est clairement défini, une utilisation optimale de ses compétences est possible et comprise par les autres membres de l'équipe. De plus, l'ajout du PAB qui débute son quart de travail à 5h n'est pas étranger à l'obtention de tels résultats.

Graphique 21

Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière du quart de travail de nuit, la semaine



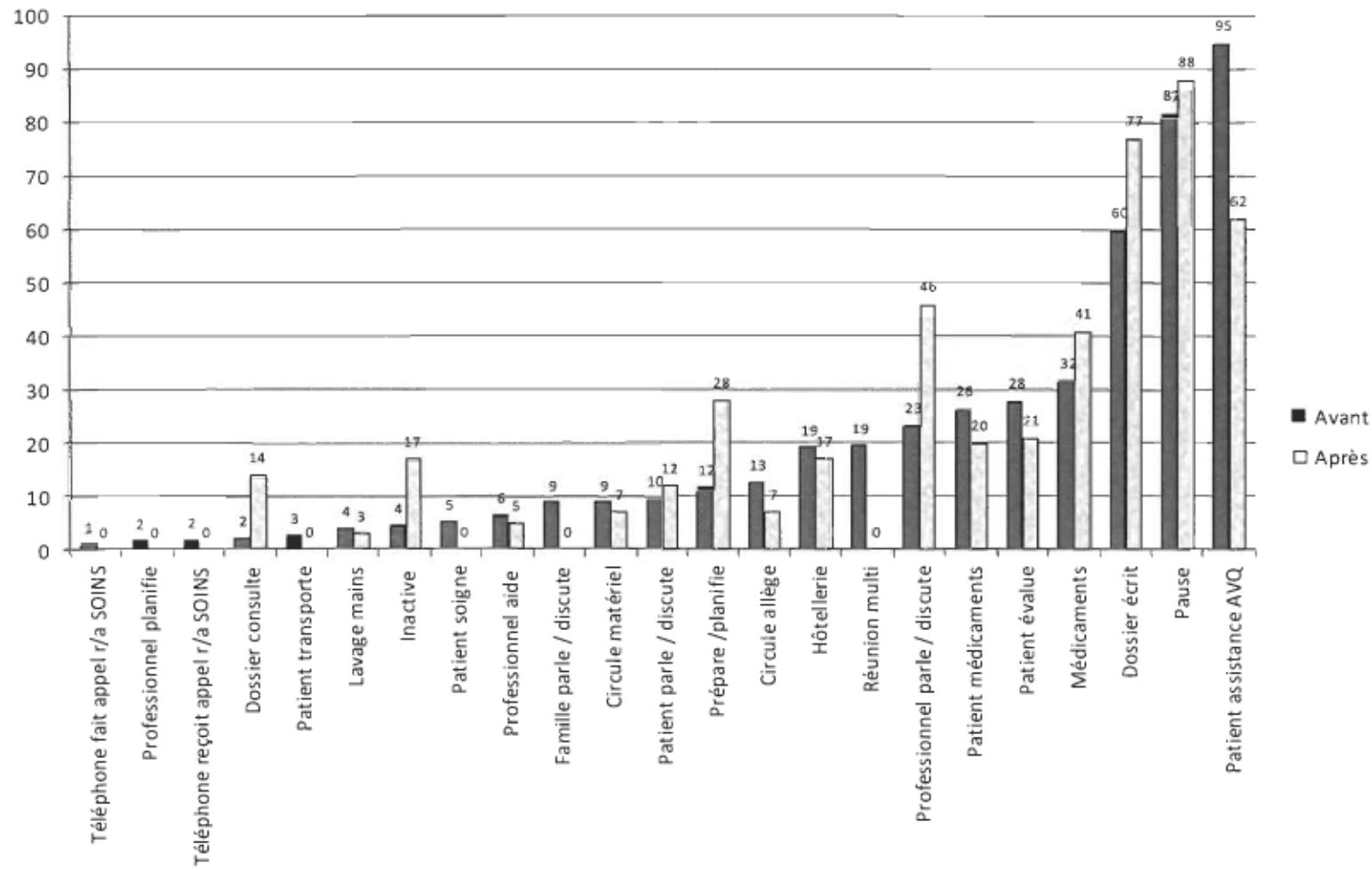
Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de jour, la semaine

Le graphique 22 permet de faire ressortir une diminution significative au niveau des soins d'AVQ (95 min à 62 min/VA). De plus, une augmentation au niveau de la consultation et l'écriture des dossiers (de 60 à 77 min/VA), de la communication avec les autres professionnels (de 23 min à 46 min/VA) et de la préparation et de la planification (12 min à 28 min/VA) est illustrée dans le graphique. Il ne faut pas oublier le contexte puisqu'il y a eu coupure d'une infirmière auxiliaire pour mettre un PAB, ce qui explique le résultat.

La diminution de l'évaluation des patients de 28 min à 21 min s'explique par la présence de patients qui ont nécessité moins de soins lors de la deuxième prise de données comparativement à la première.

Graphique 22

Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de jour, la semaine



Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de soir, la semaine

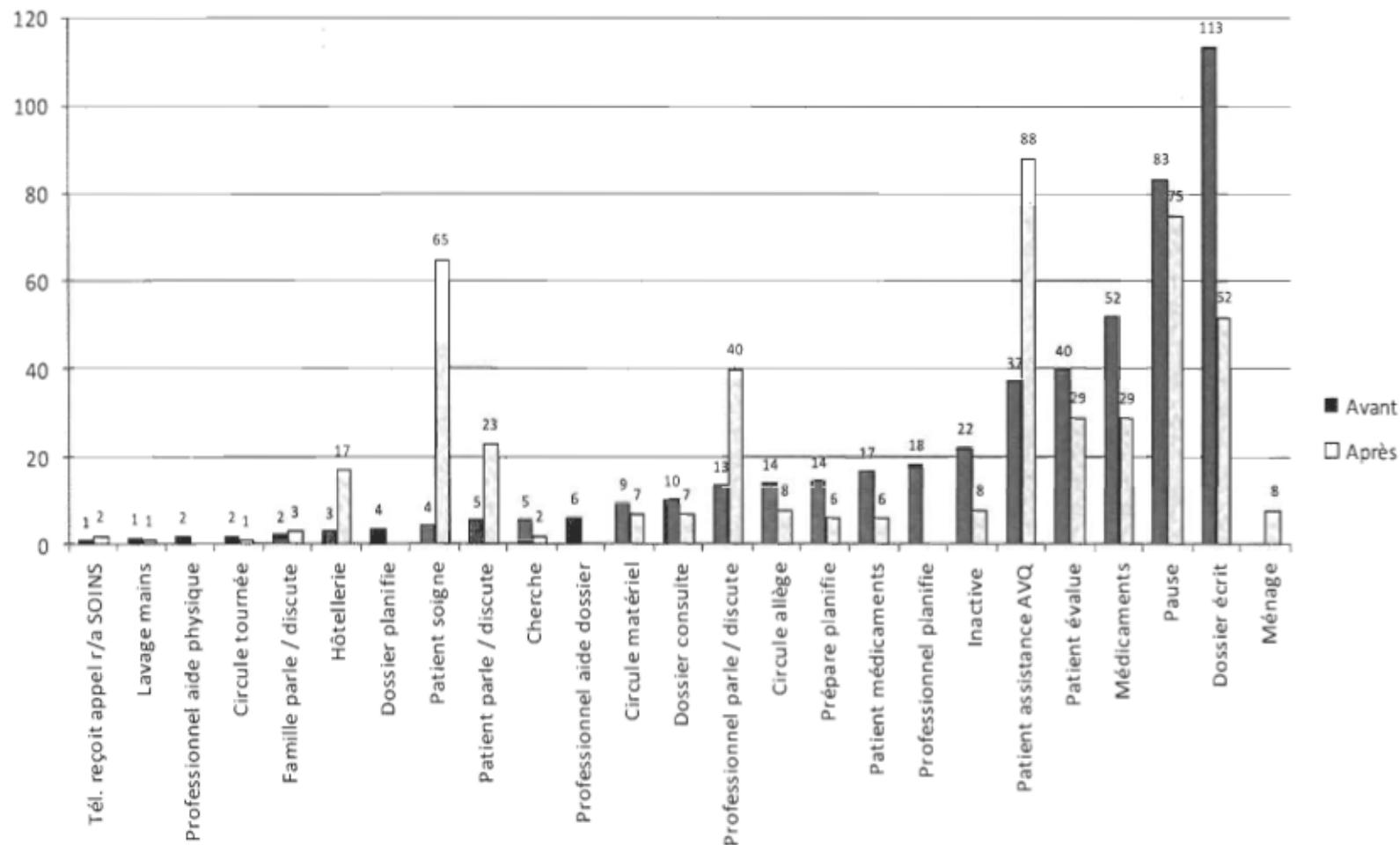
Le graphique 23 illustre les changements survenus à la suite à la deuxième observation. Considérant que le PAB termine à minuit, l'infirmière auxiliaire peut accomplir plus de tâches à VA. La preuve est que les soins aux patients ont augmentés de façon significative soit de 4 min à 65 min en VA.

Les changements notés se trouvent aussi au niveau des tâches suivantes : les soins d'AVQ (37 min à 88 min /VA) et de la discussion avec les autres professionnels en lien avec l'état de santé des patients (13 min à 40 min /VA).

Il ne faut pas oublier que la structure du personnel reste toujours identique même si le nombre de patients hospitalisés varie sur l'unité. Ainsi, un taux de patients à la baisse explique une diminution des tâches suivantes : préparer et planifier (14 min à 6 min /VA), médication (52 min à 29 min /VA), distribuer médicaments (17 min à 6 min/VA) et écriture de dossier de 113 min à 52 min /VA. Bref, l'offre et la demande des soins influencent les résultats.

Graphique 23

Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de soir, la semaine

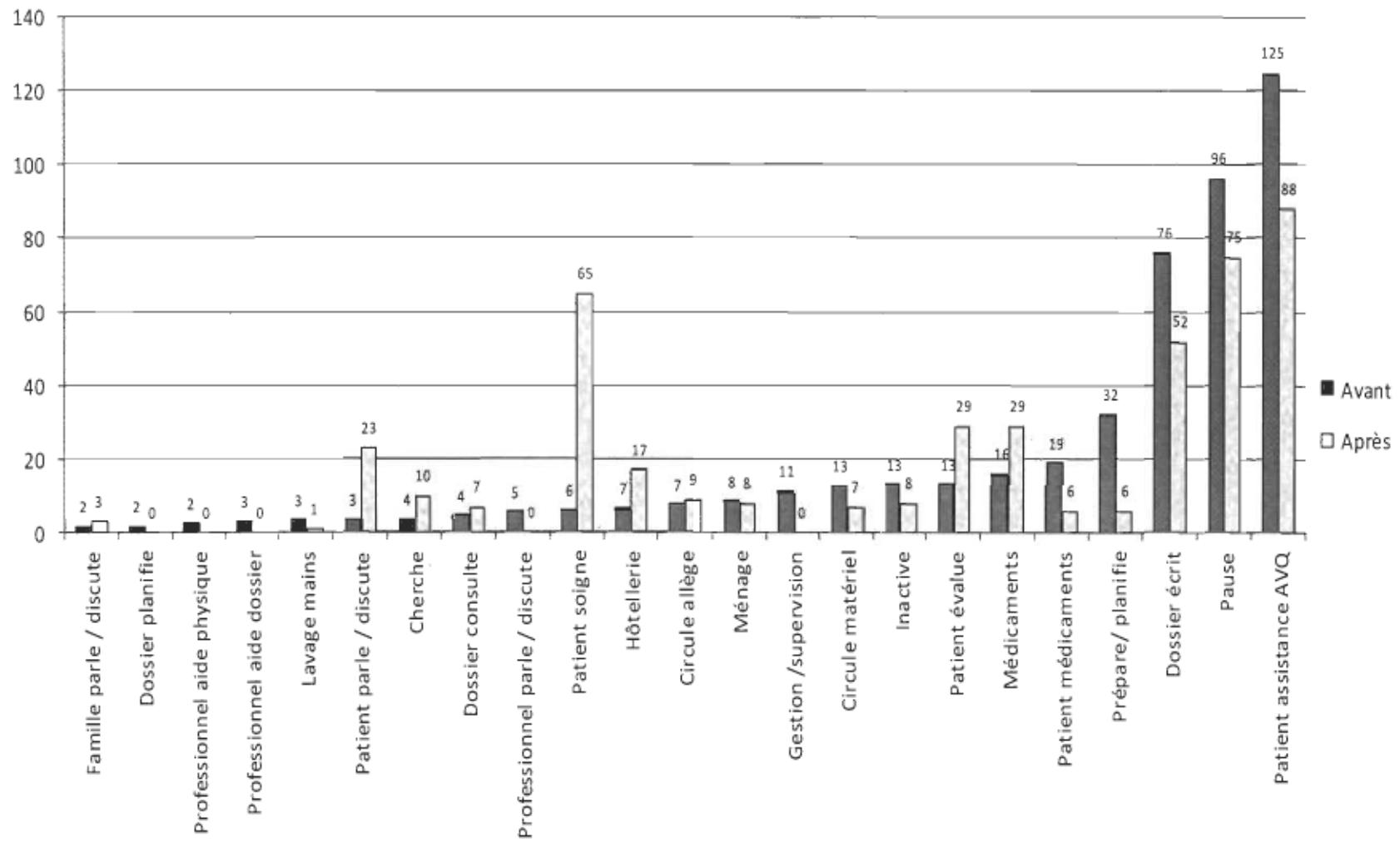


Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de soir, la fin de semaine

Le graphique 24 fait ressortir une diminution significative des tâches suivantes : soins d'AVQ aux patients (125 min à 88 min /NVA) et l'écriture dans les dossiers patients (76 min à 52 min). Une augmentation considérable au niveau des soins donnés aux patients est illustrée dans le graphique (6 min à 65 min /VA). Ceci est démontré par une utilisation maximale des compétences des infirmières auxiliaires. La présence du PAB la fin de semaine permet à l'infirmière auxiliaire de récupérer du temps pour le patient puisqu'entre autres, elle n'a plus à faire le remplissage des différents chariots. L'infirmière auxiliaire est donc en mesure d'accomplir des tâches à VA et d'être plus optimale dans son travail.

Graphique 24

Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de soir, la fin de semaine

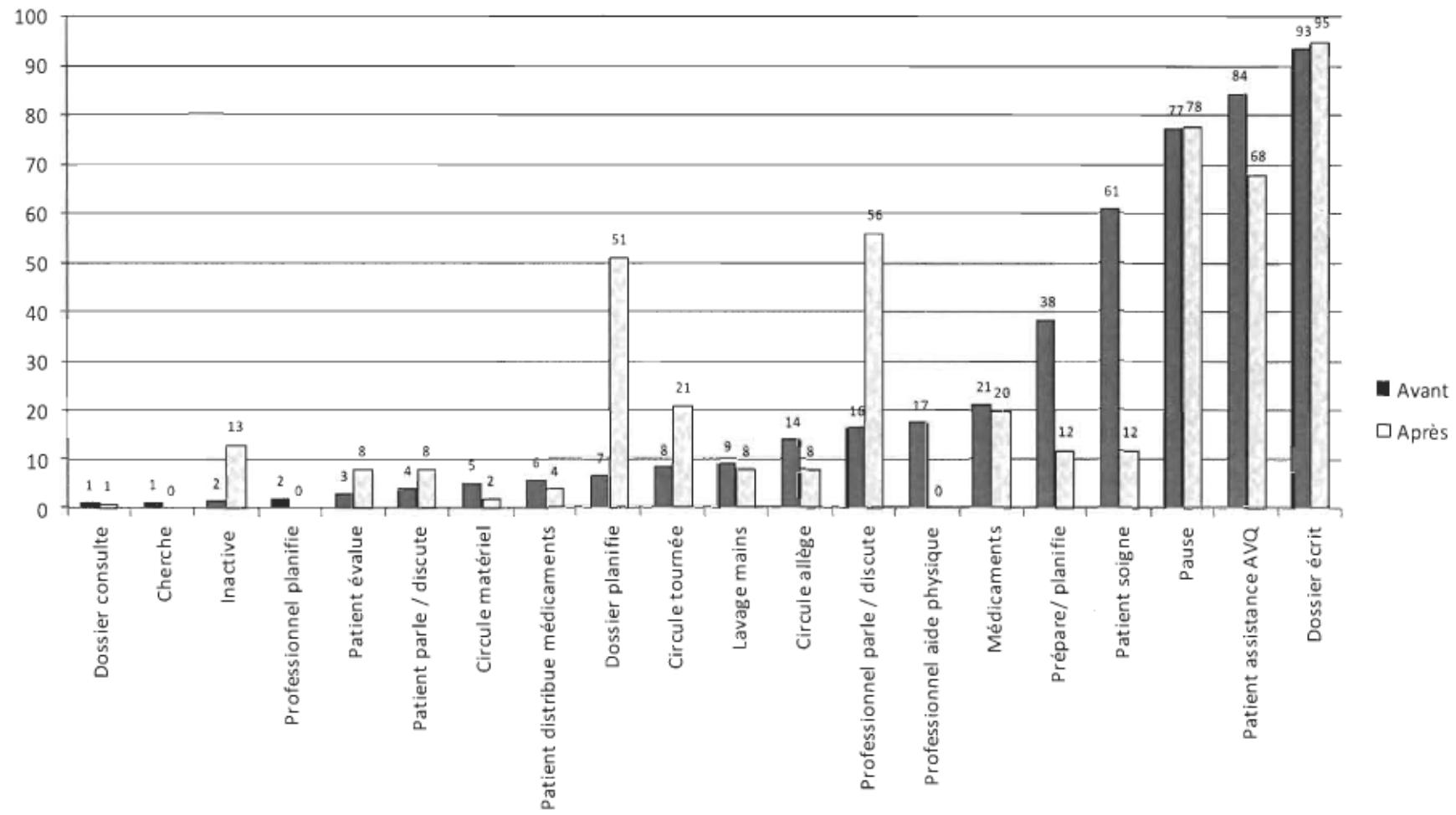


Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de nuit, la semaine

Le graphique 25 compare les résultats de la deuxième prise de données à ceux de la première collecte. Une diminution des soins d'AVQ aux patients (de 84 min à 68 min/VA) a été remarquée. Il est possible de voir une augmentation significative au niveau des discussions avec les autres professionnels (16 min à 56 min/VA) et de la planification dans les dossiers des patients (7 à 51 min/VA). Le fait qu'un PAB commence à 5h permet à l'infirmière auxiliaire de réaliser ses activités (ponction veineuse, installation de soluté, glucomètre).

Graphique 25

Répartition des tâches (en minutes) de l'infirmière auxiliaire du quart de travail de nuit, la semaine

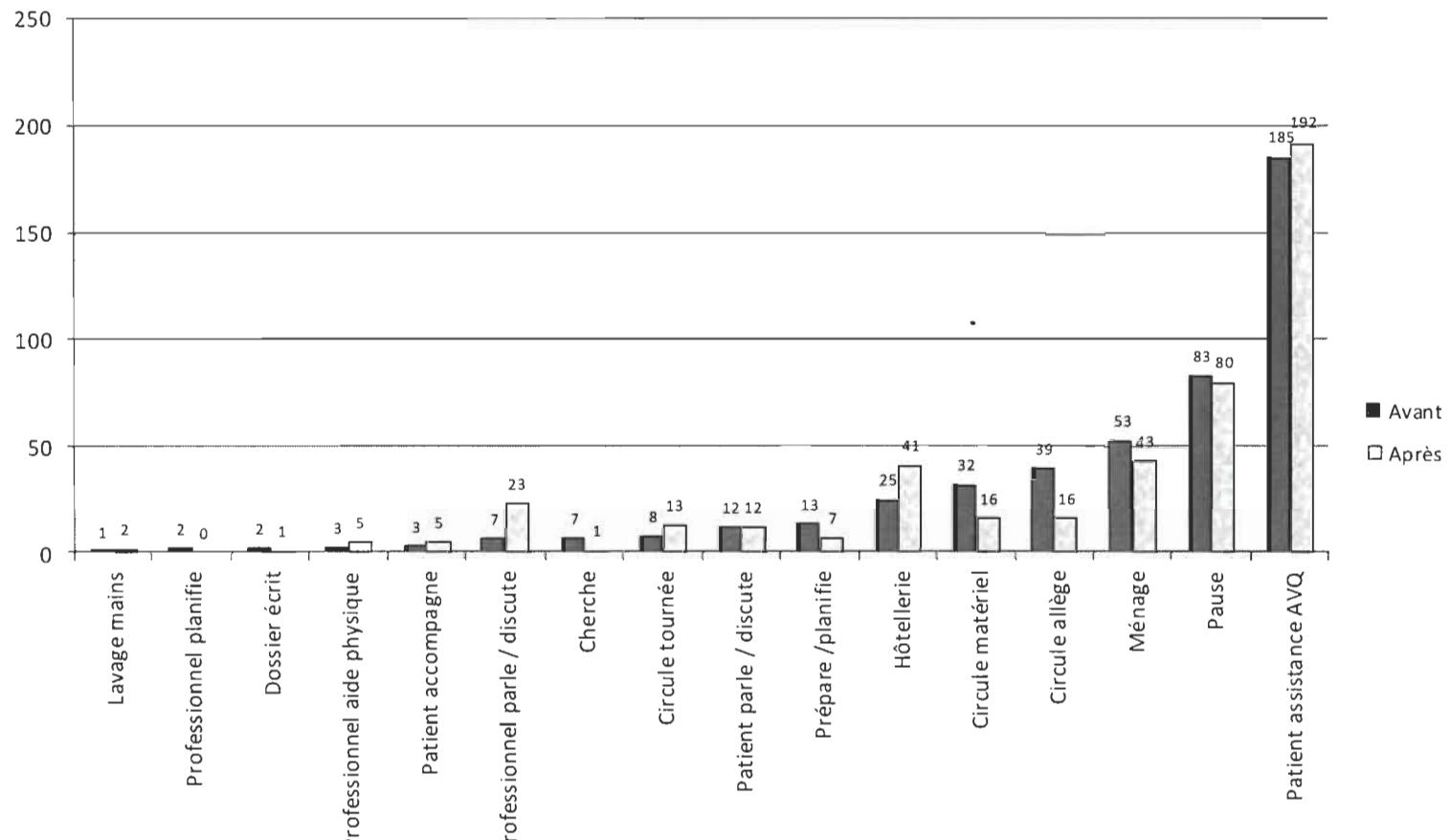


Répartition des tâches (en minutes) du préposé aux bénéficiaires du quart de travail de 8 h à 16 h, la semaine

Le graphique 26 permet de constater que les activités principales du PAB sont demeurées les mêmes, soit les soins d'AVQ donnés aux patients (185 à 192 min/VA). Étant donné l'ajout d'autres PAB, une diminution au niveau du déplacement sur l'unité est constatée (39 min à 16 min/NVA) et le temps d'hôtellerie est passé de 25 à 41 min/VA. De plus, il est important de souligner que les PAB disposent maintenant de temps pour habiller les patients avec leur linge personnel et ont aussi le temps de laisser les patients effectuer leurs tâches à leur rythme afin de favoriser leur autonomie. La mission de l'UCDG ayant été priorisée, les PAB comprennent l'importance de cette autonomie.

Graphique 26

Répartition des tâches (en minutes) du préposé aux bénéficiaires du quart de travail de 8 h à 16 h, la semaine

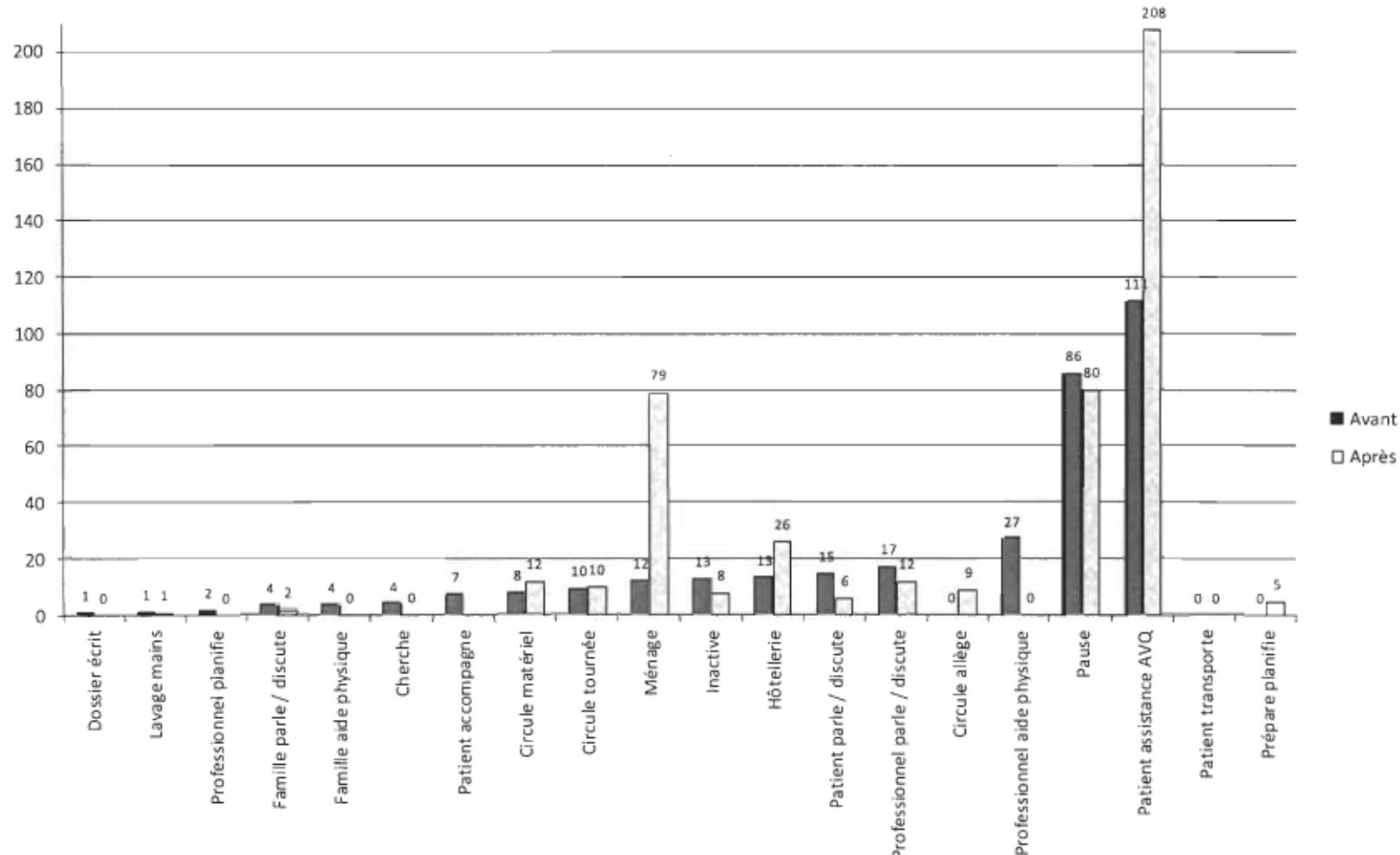


Répartition des tâches (en minutes) du préposé aux bénéficiaires du quart de travail de 15 h 30 à 22 h versus 16 h à 24 h, la semaine

Le graphique 27 illustre la deuxième prise de données et a permis de constater que les activités principales sont demeurées les mêmes, soit les soins d'AVQ (111 min à 208 min/VA) donnés aux patients. Toutefois, ces activités ont pratiquement doublé, ce qui prouve la nécessité d'avoir un PAB autant la semaine que la fin de semaine. De plus, le PAB peut participer à mobiliser les patients et réduire le temps de réponse aux cloches et ainsi éviter qu'une zone de dangerosité s'installe.

Graphique 27

Répartition des tâches (en minutes) du préposé aux bénéficiaires du quart de travail de 15 h 30 à 22 h versus 16 h à 24 h, la semaine

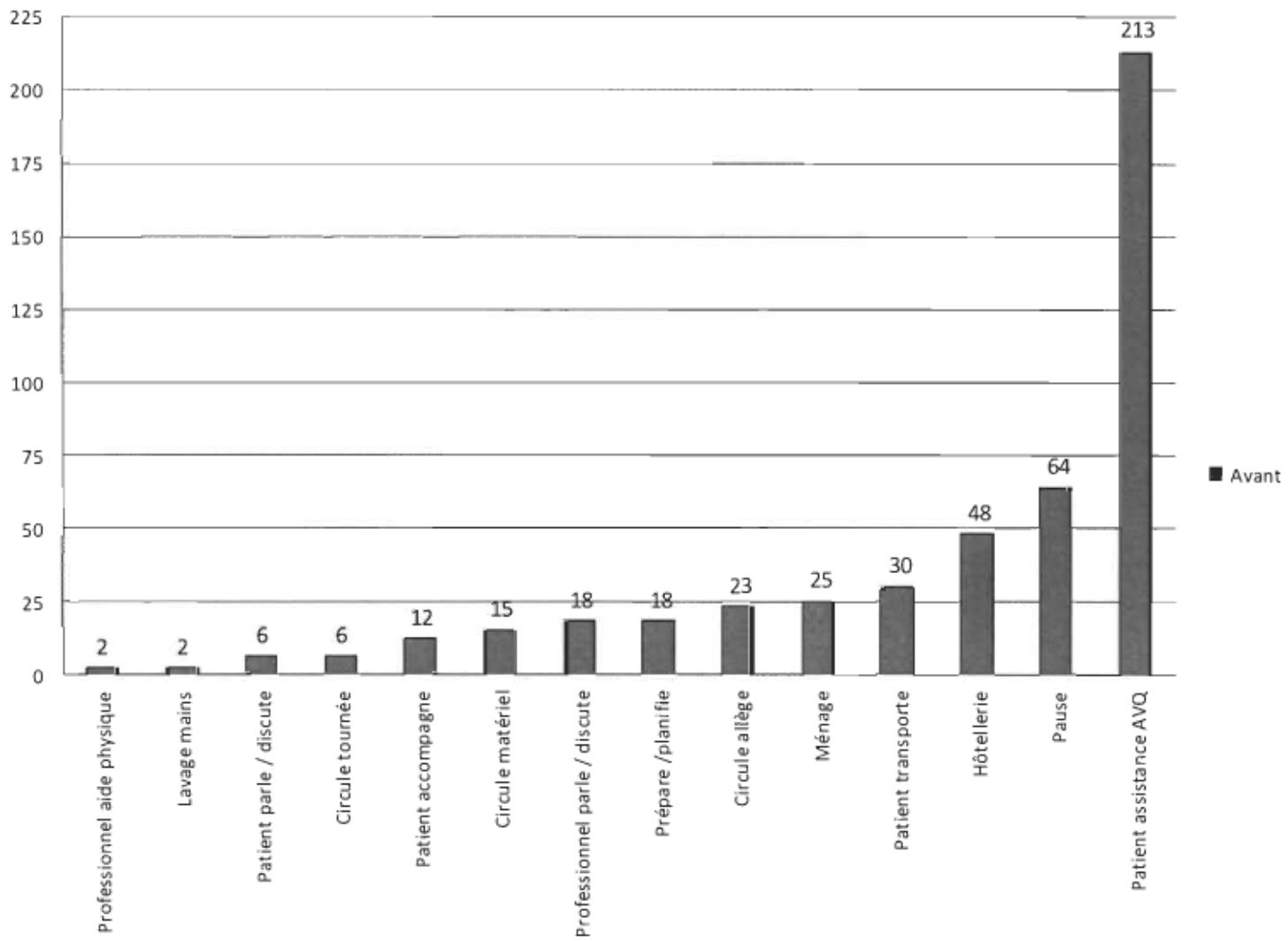


Répartition des tâches (en minutes) du préposé aux bénéficiaires du quart de travail de 5 h à 13 h, la semaine

Le graphique 28 expose les résultats des tâches effectuées par le PAB. Ce sont les soins d'AVQ donnés aux patients (213 min/VA), l'hôtellerie (48 min/VA) et le transport des patients pour divers rendez-vous (30 min/VA) qui sont les activités principales. La présence du PAB permet de répondre rapidement aux besoins des patients. De plus, il permet à l'infirmière et à l'infirmière auxiliaire d'effectuer leurs tâches selon leurs compétences. Il faut mentionner que c'est un nouveau poste qui a été créé à la suite de la réorganisation, ce qui explique qu'il y a uniquement une prise de données à la suite des changements.

Graphique 28

Répartition des tâches (en minutes) du préposé aux bénéficiaires du quart de travail de 5 h à 13 h, la semaine

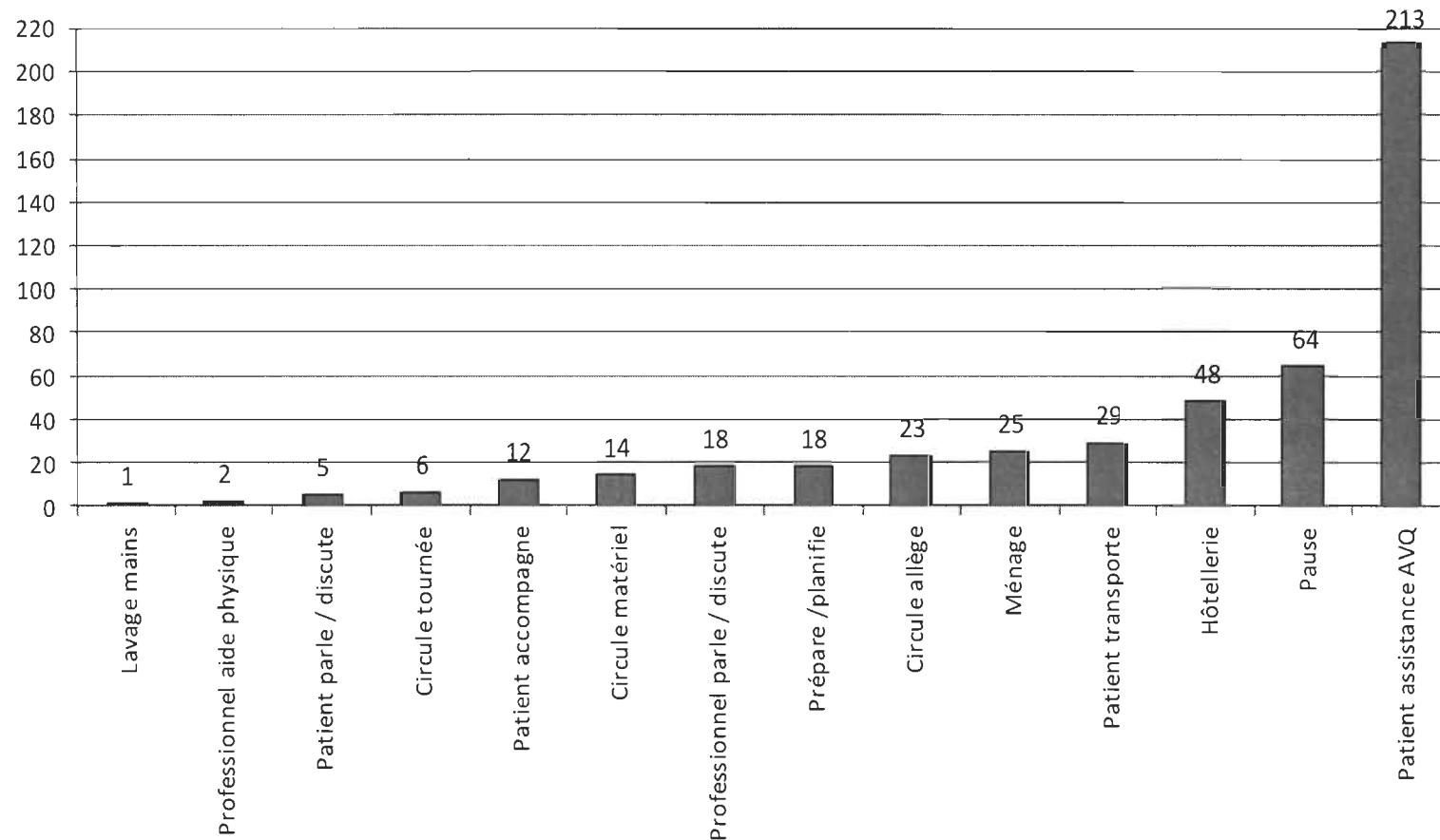


Répartition des tâches (en minutes) du préposé aux bénéficiaires du quart de travail de 7 h à 15 h, la semaine

Le graphique 29 montre des activités qui exigent le plus de travail au PAB. Ses tâches principales sont les soins d'AVQ (213 min/VA), l'hôtellerie (48 min/VA) et le transport des patients pour divers rendez-vous (29 min/VA).

Graphique 29

Répartition des tâches (en minutes) du préposé aux bénéficiaires du quart de travail de 7 h à 15 h, la semaine



Discussion

Ce dernier chapitre présente la discussion des résultats. Afin de répondre aux objectifs de recherche, les effets de la réorganisation à l'UCDG du CSSSAE seront commentés. Les effets sur la culture organisationnelle, 2. l'environnement, 3. la structure organisationnelle et 4. le leadership seront discutés en lien avec les principes de la démarche Lean (Liker, 2009) et des éléments du modèle intégrateur en organisation des soins et du travail (AHQ, 2005). Les concepts du modèle intégrateur discutés dans ce chapitre sont les suivants : les rôles et responsabilités, l'intensité de soins, le mode de fonctionnement, le développement de l'environnement physique, le processus de travail et les irritants. La démarche Lean, quant à elle, permet de pousser la réflexion et veille à éliminer les sources de gaspillage, met l'accent sur la standardisation des processus de même que sur les activités à valeur ajoutée. Par la suite, une courte analyse critique des avantages et des limites de l'intervention se faite. Finalement, les retombées attendues terminent ce chapitre.

Culture organisationnelle à l'UCDG du CSSSAE

L'objectif de recherche visait à évaluer si une réorganisation du travail permettait une meilleure délégation des tâches. Tout d'abord, la mission de l'UCDG du CSSSAE n'étant pas définie, le personnel n'avait pas vraiment de lignes directrices claires concernant les objectifs à atteindre par les patients séjournant sur cette unité. La culture organisationnelle se réfère à la mission et cette dernière sert d'assise à l'unité de soins.

Ainsi, une assise clairement définie permet de rendre l'offre de service nettement plus précise. La définition de la mission était indispensable et elle a été faite en collaboration avec l'équipe médicale. Une affiche décrivant cette mission a été installée sur l'unité lors de la réorganisation. Cette définition a permis au personnel d'avoir des balises claires, de comprendre exactement le but de l'UCDG. Les membres de l'équipe ont exprimé sa satisfaction face à cette initiative.

Par la suite, une définition précise des rôles et des responsabilités de chaque membre de l'équipe de soins a été rédigée en lien avec la mission et le contexte de soins de l'UCDG. Cette description a permis à chaque membre de l'équipe de bien camper leurs tâches, de diminuer les tâches à NVA et d'augmenter celles à VA, ce qui permet d'optimiser leurs compétences. Les résultats obtenus lors de la deuxième collecte de données permettent de confirmer cette diminution des tâches à NVA pour les membres. Pour les infirmières, il a été possible d'observer une augmentation du leadership exercé et une bonne connaissance de la mission de leur unité de travail.

Développement de l'environnement

Une fois la mission bien définie, les employés ont constaté que leur environnement n'était pas adapté à leur mission. Les employés ont décidé d'écrire des mesures correctives au plan d'action élaboré lors du Kaïzen. À la suite, à ces faits, les corridors ont été dégagés d'obstacles nuisibles et plusieurs équipements ont été rangés. Maintenant, cela favorise un environnement plus adéquat à la mobilisation des patients.

Sachant que l'UCDG est un milieu d'évaluation le personnel doit favoriser le retour à l'autonomie des patients. Maintenant, le personnel porte une attention particulière à l'habillement des patients. En effet, le patient doit être vêtu de son linge personnel. De la sorte, il est plus facile pour les infirmières d'évaluer l'autonomie des patients et de bâtir un plan d'intervention efficace s'il est invité à participer à ses AVQ. Malgré les nombreux avantages (mobilité, intégration, sociabilité, etc.) pour les patients de s'alimenter à la salle à manger, la salle à manger continue d'être non utilisée. De ce fait, le personnel continue de distribuer les repas dans les chambres des patients.

Structure organisationnelle

L'observation et l'analyse organisationnelle et environnementale ont permis de faire une revue des processus de travail, des irritants des membres et des pistes de solution à mettre en place sur l'unité. Les résultats de l'observation ont été utilisés lors de l'activité Kaïzen afin de développer des solutions qui ont été présentées aux gestionnaires. Ces derniers ont contribué à réorganiser les structures afin d'obtenir une standardisation du personnel sur les différents quarts de travail. L'uniformisation, semaine et fin de semaine, sur chaque quart de travail a été privilégiée.

À la suite des résultats obtenus lors de la première collecte de données et à la suite de l'activité Kaïzen, un poste de PAB a été créé de 5 h à 13 h à tous les jours. Ainsi, de 5 h à 8 h, le PAB participe aux tournées, débute les soins d'AVQ, commence les soins d'hygiène, les levers et la distribution des déjeuners. L'ajout d'un PAB a

permis d'alléger le travail des infirmières et des infirmières auxiliaires aux soins d'AVQ afin qu'elles aient plus de temps à consacrer à l'évaluation et aux soins infirmiers. Lors de la deuxième prise de données, le PAB du quart de travail de 5 h à 13 h et celui du quart de travail de 7 h à 15 h ont consacré 213 minutes aux soins d'AVQ et 48 minutes à l'hôtellerie Par le fait même, le temps de l'infirmière du quart de travail de jour est passé de 32 minutes à 11 minutes pour les soins d'AVQ et de 95 minutes à 62 minutes pour l'infirmière auxiliaire du quart de travail de jour. De plus, l'infirmière du quart de travail de nuit a passé de 102 minutes à 71 minutes pour les soins d'AVQ et de 84 minutes à 68 minutes pour l'infirmière auxiliaire du quart de travail de nuit. Ces chiffres confirment la nécessité de l'ajout du PAB de 5 h à 13 h et du PAB de 7 h à 15 h. Le personnel de l'UCDG s'est dit très satisfait de cet ajout.

À la suite de la réorganisation du travail, le PAB du quart de travail de soir, en semaine termine maintenant à minuit et un PAB du quart de travail de soir est ajouté à la structure des fins de semaine. Le PAB, du quart de travail le soir, la semaine, consacre maintenant 208 minutes aux soins d'AVQ au lieu de 111 minutes, ce qui permet de combler le vide de service de soir et permet également aux infirmières et infirmières auxiliaires de maximaliser leur rôle. En effet, l'élimination des soins de base par les infirmières et la diminution pour les infirmières auxiliaires permet d'optimiser leurs compétences. De plus, le temps passé à donner des soins d'AVQ pour l'infirmière auxiliaire du quart de travail de soir, la semaine est passé de 113 à 52 minutes et celui de

l'infirmière auxiliaire du quart de travail de soir, la fin de semaine, est passé de 125 à 88 minutes.

En plus, l'évaluation clinique faite par l'infirmière du quart de travail de jour, la semaine, est passée de 6 à 20 minutes, ce qui permet la rédaction du PTI et la mise en application de l'échelle de Braden pour tous les patients. Aussi, l'ajout du PAB de soir, la semaine permet à l'infirmière et à l'infirmière auxiliaire de maximiser et optimiser leurs compétences en lien avec la loi 90. En valorisant le leadership de l'infirmière, la contribution à l'évaluation des patients par l'infirmière auxiliaire du quart de travail de soir, la fin de semaine, a augmenté de 13 à 29 minutes. Dans l'ensemble, les tâches à VA ont augmenté pour chacun des membres de l'équipe de soins, en conséquence les tâches à NVA ont diminué.

Leadership

L'objectif de la présente recherche visait à évaluer si une organisation pouvait accroître le leadership infirmier. La réorganisation du travail a apporté des changements majeurs tels que la création de postes et la redéfinition et la standardisation des rôles et responsabilités de chaque membre de l'équipe de soins. Le manque de PAB sur le quart de jour obligeait les infirmières à faire plus de soins d'hygiène, à distribuer les repas, répondre aux cloches d'appel des patients, ce qui provoquait une utilisation non optimale des compétences du personnel infirmier. Toutefois, la structure a permis une meilleure utilisation du leadership infirmier.

Lors de la deuxième collecte de données, l'ajout de PAB à la suite à la réorganisation du travail a permis de diminuer d'une moyenne de 52 à 11 minutes le temps en NVA pour les infirmières, ce qui permet à celles-là d'augmenter le temps consacré à l'évaluation des patients (6 à 20 minutes). Quant au PAB des trois quarts de travail, avant la réorganisation, ensemble ils offraient 346 minutes en soins AVQ, maintenant, après la réorganisation et l'ajout de poste d'un PAB de 5 h à 7 h, ils réalisent un total de 618 minutes en soins AVQ.

L'optimisation des compétences de chaque membre de l'équipe de travail permet, entre autres, à l'infirmière, d'avoir plus de temps pour faire des activités en lien avec ses compétences comme d'évaluer les patients et de mieux répondre à leurs besoins et d'être à l'écoute de leurs proches. De plus, les infirmières ont plus de temps pour offrir du soutien et de l'enseignement aux patients et à leurs familles, et ce, à l'intérieur d'un processus de réadaptation.

Avantages et limites de l'intervention

Premièrement, le moment de la prise de données était connu à l'avance par le personnel, ce qui pouvait influencer leur comportement. De plus, le personnel pouvait aussi se préparer, par exemple, en révisant des techniques de soins afin d'être plus performant lors de l'observation. La demande initiale était souhaitée par les gestionnaires du milieu pouvant provoquer un sentiment d'obligation chez le personnel. De plus, il est possible de penser que la résistance au changement de quelques employés aurait pu compromettre l'implantation de nouvelles idées. Finalement, la réorganisation

de l'UCDG dépendait en bonne partie du budget du CSSSAE. Malgré toutes ces limites, il faut mentionner la participation exceptionnelle des employés et l'ouverture d'esprit et la collégialité qui ont permis de mener à bien le projet de réorganisation. La collecte de données avait l'avantage de révéler des faits quantifiables et observables, ce qui a permis d'objectiver les données recueillies. Le travail des équipes pouvait ensuite être fait de manière à faire ressortir les pistes de solutions plausibles en lien avec les problématiques observées.

Retombées attendues

L'avantage d'optimiser les compétences de chaque professionnel permet d'utiliser le bon intervenant au bon moment pour offrir le bon soin au bon patient. La réorganisation a rendu la structure de semaine identique à celle de fin de semaine. Elle permet une continuité dans les soins et services et une diminution des situations à risque par manque de surveillance ou d'évaluation.

Au niveau des ressources humaines, le fait d'établir une définition claire des rôles et des responsabilités de chacun des membres de l'équipe de soins a permis de privilégier et d'optimiser les responsabilités, le rôle clinique de l'ASI et de l'infirmière en regard de la Loi 90. La révision de la structure pour chaque quart de travail et l'uniformisation de cette même structure pour la semaine et la fin de semaine a permis d'améliorer les soins et de les rendre plus efficents. L'ASI joue maintenant le rôle d'une personne-ressource auprès de ses collègues pour la planification, la prestation et

l'évaluation des soins infirmiers. Elle collabore à la conception, à l'implantation, à l'évaluation et à la révision du programme d'un service. Cette définition des rôles, tâches et responsabilités de chaque membre de l'équipe de soins en lien avec les VA et les NVA permet un travail d'équipe plus formalisé qui favorise l'exploitation du plein potentiel de chaque professionnel.

L'élimination du dédoublement de documents pour l'enregistrement de médicaments reste à faire. La création d'un profil pharmaceutique pour chaque patient permettrait d'augmenter la sécurité lors de l'enregistrement et de l'administration des médicaments. De plus, aucun instrument ou outil n'est utilisé sur l'unité pour évaluer les patients en vue de les accompagner et de valoriser leur retour à l'autonomie. Il est encore un peu difficile de suivre l'évolution du patient et de l'évaluer dans la réalisation de ses AVQ.

Les résultats de cette étude permettent de dire que la réorganisation du travail des équipes à l'UCDG du CSSSAE a été réussie, entre autres, grâce à l'implication des employés, du travail d'équipe qui a été présent tout au long du changement et de la collaboration entre les employés et la direction. Les membres de l'équipe de soins sont satisfaits des changements apportés et apprécient l'optimisation des compétences de chacun.

Conclusion

Le projet de recherche mené à l'UCDG du CSSSAE a permis d'obtenir des résultats quantifiables sur les soins donnés aux patients et sur les rôles des professionnels de la santé. L'implantation des principes Lean et l'utilisation de certains éléments du modèle intégrateur en organisation des soins et du travail a permis une amélioration de la prise en charge des patients à l'UCDG, et ce, par une réorganisation du travail sur la division des tâches des différents membres de l'équipe de soins. Les résultats obtenus ont démontré la pertinence d'optimiser les compétences infirmières ainsi que celles des membres de l'équipe de soins favorisant une meilleure prise en charge des patients.

Depuis 2010, les gestionnaires du CSSSAE avaient consolidé la structure en éliminant les surcroûts de travail pour transformer un poste de PAB de jour à 20 heures par semaine en un poste de PAB de soirée à 30 heures par semaine. Historiquement, l'orientation du CSSSAE était de mettre en place des structures minimales de personnel et d'ajouter du personnel au besoin lors de périodes d'activités plus intensives. En 2011, les périodes d'activités demeurent continuellement intenses, la clientèle gériatrique s'intensifie tant au niveau physique que cognitif, l'UCDG devient donc un besoin essentiel. À la suite des constats, une réorganisation s'imposait à l'UCDG. Les résultats ont démontré qu'une définition claire des rôles, tâches et fonctions des membres de l'équipe soignante a permis de rendre la collaboration plus efficiente et, par le fait même, de permettre à l'infirmière de réaliser des tâches relevant de ses compétences cliniques.

Aussi, la création de trois nouveaux postes de PAB a eu un impact direct sur la répartition du travail infirmier. L'ajout des PAB a permis de standardiser le travail en équipe et de respecter les rôles et compétences de chaque professionnel favorisant l'approche du bon intervenant, au bon endroit, au bon moment pour la bonne activité. Par contre, un poste d'infirmière auxiliaire a dû être retiré, car le manque d'effectif était situé au niveau des tâches accomplies par un PAB. De plus, pour faciliter l'exécution de certaines tâches, l'achat de quelques équipements, tels que chariots à linge, lit électrique, balance pour pèse-personne et concentrateur, d'oxygène a été fait.

Les résultats de cette étude démontrent la pertinence qu'une meilleure définition des rôles et des responsabilités permet d'offrir des soins et services plus efficents et de qualité. De plus, une réorganisation fondée sur l'innovation clinique encourage l'optimisation des processus de travail, des ressources humaines et de l'environnement psychosocial du travail. Selon l'INSPQ (2010), en 2031, le nombre d'aînés devrait passer à 2,3 millions. Le système de la santé sera soumis à une pression énorme et il est évident que les pratiques de soins présentes ne pourront répondre aux besoins des personnes âgées hospitalisés. Il est important que d'autres recherches soutiennent le leadership infirmier et continuent d'étudier l'organisation des soins de santé dans l'intention de garantir des soins adaptés aux besoins grandissants des aînés et de contribuer à l'amélioration continue du système de santé.

Références

- Alderson, M. (2009). Les relations de travail d'infirmières œuvrant en soins de longue durée : source de souffrance et de fragilisation de leur santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 2, 209-222.
- Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. (2011). L'approche gériatrique multidisciplinaire des modèles et leurs spécificités. Repéré à : http://www.asssm.veille.qc.ca/fichier.php/36/201104_Approche_g%E9riatrique_mu ltidisciplinaire_C_Harrisson.pdf
- Association québécoise d'établissement de santé et de services sociaux. (2011a). *Cibles pour faire face au vieillissement de la population*. Montréal, QC : Les éditions Guylaine Boucher.
- Association québécoise d'établissement de santé et de services sociaux.. (2011b). *Organisation du travail*. Repéré à : [http://www.aqesss.qc.ca/1842/Methode_Lean_\(Approche_Toyota\).pdf](http://www.aqesss.qc.ca/1842/Methode_Lean_(Approche_Toyota).pdf)
- Association des hôpitaux du Québec. (2005). *Guide des pratiques novatrices en organisation des soins et du travail*. Repéré à : http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/memoires/Guide_pratiques_novatrices.pdf
- Association des infirmières et infirmiers en gériatrie. (2010). Compétences de base normes de pratique pour infirmières et infirmiers en gériatrie. Repéré à http://cgna.net/uploads/CGNAStandardsOfPractice_French.pdf
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2012). Une dotation insuffisante en personnel infirmier et un appui organisationnel médiocre ont des répercussions sur la sécurité des patients dans le monde. Repéré à : http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/RS_Inadequate_Staffing_f.pdf
- Association des hôpitaux du Québec. (2005). *Guide des pratiques novatrices en organisation des soins et du travail*. Repéré à : http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/memoires/Guide_pratiques_novatrices.pdf
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2010). Plan directeur de l'examen et compétences de la spécialité. Repéré à : http://www.nurseone.ca/docs/NurseOne/Certification/Gerontology_Summary_2010_fr.pdf
- Bourbonnais, R., Malenfant, R., Viens, C., Vézina, M., & Côté N. (2000). *Le travail infirmier sous tension : Une approche compréhensive du travail infirmier en période de transition*. Rapport de recherche de l'équipe de recherche Impacts sociaux et psychologiques du travail. Québec, Équipe RIPOST, Université Laval et CLSC Haute-Ville-Des-Rivières.

- Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska et de l'Érable. (2012). Plan d'organisation du Centre de santé et de services sociaux de Maskinongé. Repéré à : <https://www.csssae.qc.ca/Logiweb/upload/attach/139.pdf>
- Centre de santé et des services sociaux de Pierre-Boucher. (2008). *Cadre de référence pour le développement du projet clinique*. Repéré à : http://www.sante-monterege.qc.ca/userfiles/file/cssspierreboucher/projet%20clinique/20080603_Cadre Reference.pdf
- Centre de santé et des services sociaux de Québec Nord. (2012). Rapport annuel 2011-2012. Repéré à : <http://www.csssqn.qc.ca/fr/publications/rapport-annuel/>
- Centre de santé et des services sociaux de Trois-Rivières. (2009). *Hôpital CSSS de Trois-Rivières goes with lean solution for the ER*. Canadian Health technology. Repéré à <http://www.igf.ca/media/272848/La%20m%C3%A9thode%20Lean%20Healthcare,%2015%20f%C3%A9vrier%202013.pdf>
- Code de déontologie des infirmières et infirmiers. (1981). R.R.Q., c. I-8, r. 9. Article 40- 41.
- Contandriopoulos, A. P. (2008). « La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance ». *Santé Publique*, 20(2), 191-199. DOI : 10.3917/spub.082.0191
- Contandriopoulos, A-P., Kergoat, M-J., Latour, J., Lebel, P., Leduc, N., & Roberge, D. (1999). *L'évaluation de la prise en charge des personnes âgées fragiles par les unités de courte durée gériatriques*. Faculté de médecine. Université de Montréal.
- Côté, E. (2002). Ch. 3: La main-d'oeuvre en soins infirmiers. In G. Morin (Ed.), *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Déry, J., & Brousseau, S. (2009). *L'optimisation de l'utilisation de l'étendue de la pratique infirmière : un incontournable pour l'attraction et la rétention en contexte de pénurie*. Repéré à : http://www.sidiief.org/~media/Files/12_0_CongresMondial/Presentations/Mardi/SP51%203_Johanne_Dery.ashx
- Desrosiers, G., & Gaumer, B. (2004). L'histoire des CLSC au Québec : reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du système. *Ruptures*, 10(1), 52-70.
- Doiron, A., & Dupras, A. (2009). Comment survivre à son hospitalisation? *Le médecin du Québec*, 44(1), 51-57.
- Dorval, J. (2008). La personne âgée hospitalisée : tout un défi pour l'infirmière. *L'Avant-Garde*, 8(3), 15-16.

- Fédération de la santé et des services sociaux. (2011). *Condition permis de pratique*. Repéré à : http://www.fsss.qc.ca/documents/Cond_permis_pratique.pdf
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2006). *Travailler ensemble pour la santé*. Repéré à : http://www.who.int/whr/2006/whr06_fr.pdf
- Gitlow, H. S., Levine, D. M. (2004). *Six Sigma for Green Belts and Champions: Foundations, DMAIC, Tools, Cases, and Certification*. PH Professional Business; 1^e éd. NJ: Financial Times - Prentice Hall.
- Guide des pratiques novatrices en organisation des soins et du travail. (2005). Québec, Canada Repéré à : <http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/pdf/Guide-des-pratiques-novatrices-en-organisation-des-soins-et-du-travail.pdf>
- Hébert, R. (2003). L'intégration des services aux personnes âgées : une solution prometteuse aux problèmes de continuité. *Santé, Société et Solidarité*, 2(2), 63-75.
- Institut de réadaptation en déficience physique de Québec. (2012). *L'évaluation des capacités reliées au travail pour une clientèle*. Repéré à : http://www.irdpq.qc.ca/communication/Diffusion/Avril2012/Diffusion_IRDPQ_Avril2012.pdf
- Institut de la statistique du Québec. (2011). Données sociales du Québec. *Perspectives démographiques du Québec et ses régions, 2006-2056*. Repéré à : <http://www.stat.gouv.qc.ca/docs-hmi/statistiques/population-demographie/index.html>
- Lafrenière, S., & Dupras, A. (2008). OPTIMAH : ou comment mieux soigner les aînés à l'urgence et dans les unités de soins aigus. *L'Avant-Garde*, 8(3), 1-4.
- Lepage, N., & Ouimet, F. (2008). La personne âgée et le syndrome d'immobilisation : un enfeu important. *L'Avant-Garde*, 8(3), 9-12.
- Liker, J. (2009). *Le modèle Toyota 14 principes qui feront la réussite de votre entreprise*. Paris: Pearson Éducation France.
- Liker, J., & Meier, D. (2008). *Talent Toyota les hommes au Cœur de la réussite*. Paris : Pearson Éducation France.
- Loi modifiant le Code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. (2002). L.R.Q., c. C-29, art. 39.6 à 39.10 (Projet de Loi 90).
- Loi sur les services de santé et les services sociaux. (1998). L.R.Q., c. S-4-2, art. 118.1.
- Malo, D., Grenier, R., & Gratton, F. (2006). L'intégration des soins infirmiers auprès de personnes âgées fragiles vivant à domicile. *Recherches qualitatives*, 26(1), 155.

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS). (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2000/00-702.pdf>

Ministère de la santé et des services sociaux (2005). *Projection de la main d'œuvre infirmière de 2006-2007 à 2021-2022*. Mémoire déposé à la Table de concertation visant à répondre à la situation de la pénurie de main-d'œuvre en soins infirmiers. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS). (2007a). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Cadre de référence*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-830-03.pdf>

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS). (2007b). *Regards sur les systèmes de santé et des services sociaux du Québec*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-731-01F.pdf>

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS). (2008). *Table nationale de concertation sur la main-d'œuvre en soins infirmiers*. Québec : Gouvernement du Québec. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-514-01W.pdf>.

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS). (2010). *Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des services sociaux*. Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/56cbeb2d0d1930c8852577d7006761b7?OpenDocument>

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS). (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Syndrome d'immobilisation*. Québec. : Gouvernement du Québec. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-830-02W.pdf>

Ng, D., Vail, G., Thomas, S., & Schmidt, N. (2010). Applying the Lean principles of the Toyota Production System to reduce wait times in the emergency department. *The journal of the Canadian Association of Emergency Physicians*, 12(1), 50-57.

Office des professions du Québec (OPQ). (2003). La Loi 90. Repéré à : http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/07_note%20allocution%20Jean-K.%20Samson_03-01-16.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2003). Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la loi modifiant le Code des professions et autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Montréal : OIIQ.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2007). *Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers: des choix à faire de toute urgence!* Mémoire déposé à la Table de concertation visant à répondre à la situation de la pénurie de main-d'œuvre en soins infirmiers. Repéré à : <http://aesicg.org/pdf/memoire-planifeff>.

Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ). (2010). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2009-2010.* Repéré à : http://www.oiiq.org/sites/default/files/effectif_infirmier_2009-2010.pdf

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2006). Rapport sur la santé dans le monde. Travailler ensemble pour la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé. Repéré à : http://www.who.int/whr/2006/whr06_fr.pdf

Payot, I. (2011). *Objectifs du stage de gériatrie en externat.* Repéré à : <http://med.umontreal.ca/doc/docto.../stages/geriatrie.pdf>

Statistique Canada. (2011). *La population canadienne en 2011.* Repéré à : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-311-x/98-311x2011001-fra.cfm#a>

St-Pierre L., & Leblanc, M. (2010). Grille d'observation des activités à valeur ajoutée et à non valeur ajoutée des professionnelles de la santé. Rapport sur l'optimisation des compétences et partage des responsabilités de l'équipe soignante. Laboratoire LIRISS, UQTR.

Table nationale en main d'œuvre en soins infirmiers. (2008). *Rapport final.* Québec : Santé et services sociaux du Gouvernement du Québec.

Voyer, P. (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2^e éd.). Ville Saint-Laurent : ERPI.

Zahreddine, J. (2010). Exploration de la perception de l'interdisciplinarité de la part des infirmières en milieu gériatrique. Faculté de Montréal. Repéré à : https://papyrus.bib.umontreal.ca/jspui/bitstream/1866/4104/2/Zahreddine_Jouhayna_2010_memoire.pdf

Appendice A

Définition des actions observées

Définition des actions observées

Action observée	Définition
Dossier consulte	Lire un dossier (cardex, notes d'observation, dossier électronique, PTI, etc.)
Dossier écrit	Écrire dans un dossier (rapport, cardex, notes d'évolution, feuille de signes vitaux, etc.) en lien avec le patient
Dossier planifie	Utiliser le dossier afin de préparer une intervention
Avec famille	Intervenir auprès de la famille d'un patient (parler, donner des informations, enseigner, écouter, etc.)
Avec patient accompagne	Être auprès du patient et y rester par mesure de sécurité (accompagner pour la marche, pour se rendre à la toilette, à la salle à dîner etc.)
Avec patient AVQ	Être présent pour les soins d'hygiène du patient
Avec patient parle	Discuter, offrir son soutien, faire de la relation d'aide
Avec patient soigne	Donner un soin qui nécessite une compétence particulière (sonde urinaire, intra-musculaire, installer une intraveineuse, etc.)
Avec patient transporte	Pousser un fauteuil roulant ou un lit
Avec patient enseigne	Tout ce qui se rapporte à l'enseignement fait au patient tout au long de son séjour
Avec patient évalue	Faire une évaluation physique ou psychologique du patient en lien avec sa problématique de santé (signes vitaux, plaies, douleur, signes neurologiques, état mental, etc.)
Avec patient médicaments	Distribuer la médication au patient
Avec professionnel aide	Donner de l'aide à un autre professionnel (aide physique lors du déplacement ou des soins à offrir à un patient)
Avec professionnel parle	Discuter avec un autre professionnel en lien avec l'état de santé et les soins à offrir au patient (rapport interservices, rapport lors des pauses, changement d'une ordonnance, etc.)
Cherche	Rechercher un objet ou un équipement
Circule allège	Se déplacer avec rien dans les mains
Circule matériel	Se déplacer avec du matériel
Circule tournée	Faire une tournée pour vérifier si les patients sont en sécurité
Gestion/supervision	Tout ce qui est en lien avec les horaires, les remplacements, les changements d'ordonnance, la vérification d'une dose de narcotique à administrer, la supervision des nouvelles recrues, l'informatique, etc.
Hôtellerie	Poser une action en lien avec les heures de repas (distribuer les cabarets, ramasser les cabarets, faire manger un patient, changer le lit d'un patient, etc.)
Inactivité	Ne rien faire, discuter amicalement entre collègues, faire de la lecture personnelle
Médicaments	Préparer la médication, vérifier la médication, faire le décompte des narcotiques

Ménage	Ramasser, ranger, nettoyer
Pause	Temps alloué à la période de repas, à la pause et aux besoins personnels
Prépare/planifie	Réfléchir à ce qui doit être fait pendant la journée, consulter des documents avant de donner un soin (méthodes de soins à l'ordinateur, guide de médicaments, etc.)
Prépare isolement	Appliquer les mesures d'isolement avant d'entrer dans une chambre
Réunion multi	Assister à des réunions d'équipe
Téléphone reçoit appel /gestion	Recevoir les appels pour régler des problèmes de gestion (ordinateurs, vacances, départs, congés, gestion des lits, etc.)
Téléphone reçoit appel /soins	Recevoir des appels pour les soins aux patients (changement de prescription, examen, changement de protocole, etc.)
Téléphone fait appel /gestion	Faire des appels concernant la gestion (horaire, remplacement, surplus, etc.)
Téléphone fait appel /soins	Faire des appels en lien avec les soins à donner à un patient (médecin, inhalothérapeutes, autre unité, pharmacie, etc.)
Téléphone appel autre	Répondre ou recevoir un appel personnel, pour un autre employé ou pour un patient

Références : St-Pierre & Leblanc (2010)

Appendice B
Formulaire d'information à la recherche



Formulaire d'information à la recherche

Projet de recherche: Optimisation de l'organisation du travail et application du modèle lean à l'unité de courte durée gériatrique (UCDG) du Centre de santé et des services Sociaux d'Arthabaska et de l'Érable (CSSSAE)

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter d'y participer, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Il est possible que le présent formulaire de consentement contienne des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons, dans ce cas, à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet et aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Vous êtes invité à participer à une recherche conduite par la Chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé (IRISS) en collaboration avec le Centre de santé et des services Sociaux d'Arthabaska et de l'Érable (CSSSAE). Nous aimerions recruter un minimum d'une trentaine d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires sur chaque unité où la recherche a lieu. Cette recherche est sous la direction de Liette St-Pierre, Ph.D., infirmière et chercheure, professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

L'objectif principal de la recherche est de dresser un portrait des activités des infirmières, des infirmières auxiliaires et des PAB effectuées dans le milieu de travail.

De plus, les données permettront:

- d'obtenir des données sur la satisfaction au travail et le stress au travail des infirmières, des infirmières auxiliaires et des PAB;
- de recueillir les commentaires quant à la réorganisation du travail;
- de formuler des recommandations;
- de participer à une activité de type Kaïzen;
- de mettre en place un plan d'action pour réorganiser le travail sur l'unité ciblée;
- de décrire la recherche et votre rôle

Si vous acceptez de participer à cette recherche, une infirmière viendra observer les tâches que vous effectuez tout au long de votre quart de travail, et ce, à deux reprises, soit avant la mise en place de la réorganisation du travail au sein de votre département et après cette réorganisation, soit après environ six mois. Il s'agit d'une observation du

geste effectué. Vous serez suivi tout au long de votre quart de travail. Chaque observation sera inscrite sur une grille pré-établie. Il se peut que si le nombre d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et de PAB désirant participer à la recherche est trop élevé, nous devions faire un tirage au sort. L'horaire des observations sera décidé en fonction de votre horaire de travail. Nous vous informerons au moins une journée à l'avance de la journée où l'observation aura lieu. Nous devrions avoir besoin de vous observer seulement pendant deux journées. À la fin de votre quart de travail, vous devrez compléter trois questionnaires qui prendront au total vingt minutes.

La chercheure ou un assistant de recherche s'occupera de la passation des questionnaires et sera en mesure de vous aider si nécessaire. Les questionnaires permettront d'obtenir de l'information sur les données sociodémographiques (par ex. statut civil, âge, scolarisation, occupation, etc.), le degré de satisfaction au travail. De plus, tout au long de la recherche, la chercheure collectera des données sur l'environnement physique de votre milieu de travail. Si vous désirez lui faire part de vos commentaires quant à l'organisation du travail, nous les accepterons avec plaisir et ces commentaires seront traités de manière anonyme et confidentielle.

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

Nous vous demandons donc votre autorisation à participer à cette recherche.

La recherche débutera en octobre 2010 et se terminera en juin 2011. Toutefois, votre participation se limitera à :

- 1) deux périodes d'observation qui s'effectueront lors de votre quart de travail (une première en début et une autre six mois plus tard);
- 2) une période approximative de 20 minutes pour répondre à des questionnaires avant et après l'implantation du modèle choisi pour le travail d'équipe, soit environ six mois après la première prise de données ;
- 3) la participation possible à une activité de type Kaïzen. Il s'agit de journées de travail au cours desquelles le plan d'action visant à réorganiser le travail sur votre unité est fait.

Préjudices possibles

Autant que nous le sachions, votre participation à la recherche ne vous causera aucun préjudice. Il est toutefois possible que vous trouviez la passation des questionnaires un peu longue ou que vous trouviez certaines questions trop personnelles. Notez que vous avez le droit de refuser de répondre aux questions de votre choix. De plus, il est toujours possible de prendre plus de temps pour répondre aux questionnaires. Vous pourriez aussi ne plus être à l'aise de vous faire observer pendant votre quart de travail. Si cela se produit, vous pouvez en discuter avec la personne responsable ou la chercheure. Vous avez le droit de demander à la personne qui vous observe d'arrêter l'observation, ce qui sera fait immédiatement.

Bienfaits possibles

Étant donné que des changements sont prévus sur votre unité de soins, la participation à ce projet vous permet de vous impliquer activement et de donner vos commentaires. Vous pourrez donner votre avis sur les actions à mettre en branle afin de réorganiser le travail. Bien que nous espérions que votre participation à cette recherche soit pour vous positive, il est possible qu'elle ne vous soit pas directement bénéfique. Toutefois, elle pourra aider, dans le futur, d'autres infirmières, infirmières auxiliaires ou PAB en permettant de cibler les différentes interventions possibles pour améliorer la satisfaction au travail et le sentiment de compétence et diminuer le stress au travail.

Participation et droit de retrait

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheure ou à son assistant, soit verbalement ou par écrit.

Confidentialité et anonymat

À moins qu'elles ne soient exigées par la loi, toutes les informations que vous fournirez dans les questionnaires ou lors des observations resteront confidentielles et ne seront utilisées que pour cette étude. La chercheure ne divulguera à qui que ce soit aucune information vous concernant. Aucune information révélant votre identité ne sera diffusée ou publiée sans votre consentement préalable.

Afin d'assurer la confidentialité, un numéro sera utilisé au lieu de votre nom pour l'entrée des données. La liste des noms liés aux numéros des personnes sera conservée dans un endroit sécuritaire auquel seulement les membres de l'équipe de recherche

auront accès. Une entente de confidentialité sera signée avec l'assistant de recherche qui fera les observations. La liste des noms et numéros sera détruite un an après la fin de l'étude.

Publication

Lors de la publication des résultats de recherche, votre anonymat sera préservé. Seulement des données concernant l'ensemble des participants seront présentées.

Commercialisation et conflits d'intérêts

Les chercheurs ne visent aucune fin commerciale avec cette recherche. Cette étude n'implique aucun conflit d'intérêt.

En signant ci-dessous, vous acceptez de participer à cette étude. Il est important que vous compreniez en quoi consiste cette étude et que toutes vos interrogations aient reçu une réponse que vous jugez satisfaisante. Si vous avez d'autres questions ou si vous jugez que l'information que l'on vous a transmise n'était pas claire, vous pouvez communiquer avec :

Liette St-Pierre, inf. Ph.D.
Département des sciences infirmières, UQTR
C.P. 500, Trois-Rivières (Québec) G9A 5H7
TEL.: 819 376-5011 poste 3459
courriel: Liette.St-Pierre@uqtr.ca

Si vous avez des questions concernant votre participation en tant que sujet à une étude clinique vous pouvez contacter le président du comité d'éthique de la recherche du CHUS. Si vous avez une plainte à formuler en regard de la présente recherche, veuillez communiquer avec la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. Cette recherche a été également approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat d'éthique portant le numéro CER-10-160-06.08. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire de consentement et au protocole de recherche. Si vous décidez de participer à cette étude, une copie de ce document vous sera remise.

Appendice C
Certificat d'éthique de l'UQTR



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :

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

Titre du projet : Optimisation de l'organisation du travail et application du modèle lean au Centre de Santé et des Services sociaux d'Arthabaska et de l'Érable (JQDG, psychiatrie et chirurgie)

Chercheurs : Liette St-Pierre
Département des sciences infirmières

Organismes : CSSSAE

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

PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :

Date de début : 24 septembre 2010 Date de fin : 01 octobre 2011

COMPOSITION DU COMITÉ :

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

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

SIGNATURES :

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

Hélène-Marie Thérien

Présidente du comité

Date d'émission : 24 septembre 2010

N° du certificat : CER-10-160-06.08

UQLR

 Université du Québec à Trois-Rivières
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

ANNEXE

Votre projet de recherche «**Optimisation de l'organisation du travail et application du modèle lean au Centre de Santé et des Services sociaux d'Arthabaska et de l'Érable (UCDG, psychiatrie et chirurgie)**» se termine le **01 octobre 2011**, votre certificat portant le numéro **CER-10-160-06.08** est valable pour 12 mois.

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

1. Informer le CER par écrit de tout changement qui doit être apporté à la présente recherche ou aux documents destinés aux participants, tels que publicité pour le recrutement, lettre d'information et formulaire de consentement, avant leur entrée en vigueur.
2. Demander annuellement le renouvellement de ce certificat en utilisant le formulaire prévu à cet effet au moins un mois avant la fin de la période de validité du présent certificat (**01 octobre 2011**).
3. Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de ce projet de recherche.
4. Faire parvenir au CER un rapport final en utilisant le formulaire prévu à cette fin au plus tard 1 mois après la fin de la recherche.

Appendice D
Approbation et attestation du CHUS



**COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
EN SANTÉ CHEZ L'HUMAIN**

Le 12 octobre 2010

Mme Liette St-Pierre

OBJET: Projet # 10-158-ART

Optimisation de l'organisation du travail et application du modèle lean à l'unité de courte durée gériatrique (UCDG), à l'unité psychiatrique et à l'unité de chirurgie du Centre de Santé et des Services sociaux d'Arthabaska et de l'Erable.

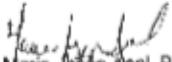
Mme St-Pierre

Le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke a évalué le protocole de recherche ainsi que les documents atténuants à l'éluce citée en objet de la lettre. La présente est pour vous informer que le CER a approuvé votre projet. A cet effet, veuillez trouver ci-joint le formulaire d'approbation.

Le cas échéant, veuillez également trouver ci-joint le formulaire de consentement et/ou autres documents approuvés par le CER et portant son sceau d'approbation. Vous devez utiliser des photocopies de ce formulaire pour obtenir le consentement des sujets.

Nous avons avisé le directeur général du Centre de Santé et de Services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Erable de cette approbation, puisque votre projet se déroulera (en tout ou en partie) dans cet établissement.

Espérant le tout à votre convenance, je vous prie d'agréer mes sentiments distingués.


Marie-Josée April, Ph. D.
Vice-présidente du comité

APPROBATION ET ATTESTATION
Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

MEMBRES DU COMITÉ :

ALLARD, Jacques, MD, médecine de famille (retraité)	GAGNÉ, Ginette, représentante du public
APRIL, Marie-Josée, Ph.D. rep. en éthique, FMSS, v.-présidente	CRÉCOIRE, Nathalie, avocate extérieur
BOUFFARD, Nicole, représentante scientifique, extérieur	JETTE, Sylvia, Ph.D., infirmière, FMSS
BRISSON, Sophie, avocate, extérieur	LEBLOND, Julie, pharmacienne, CHUS
BRODEUR, Louise, représentante du public	MÉNARD, Julie, Ph.D. représentante scientifique, CRC
CHAALALA, Chiraz, MD, neurochirurgienne, CHUS	PINERO-MEDINA, Francisco Jose, MD, psychiatre, CHUS
CLICHE, Jocelyne, représentante du public	POIRIER, Marie-Sol, M.Sc (c), représentante en éthique
CLOUTIER, Sylvie, pharmacienne, CHUS	ROBERGE, Jean-Pierre, représentant du public
CÔTÉ, Anne-Marie, MD, néphrologue, CHUS	ROUSSEAU, Marie-Pierre, pharmacienne CHUS
CYR, Claude, MD, pédiatre, CHUS	SAVARD, Anne-Marie, avocate, extérieur
	TÉRAULT, Jean-Pierre, MD, anesthésiste, CHUS, président

En raison de son implication dans le projet de recherche, la personne suivante, membre du comité d'éthique, n'a pas participé à son évaluation ou à son approbation : S/D

Approbation demandée par: Pro Liette St-Pierre
 Pour le projet # 10-158-ART

Optimisation de l'organisation du travail et application du modèle lean à l'unité de court-circuit gériatrique (UCOG) à l'unité psychiatrique et à l'unité de chirurgie du Centre de Santé et des Services sociaux d'Arthabaska et de l'Érabie.

Approbation donnée par la vice-présidence le 12 octobre 2010 pour 12 mois.

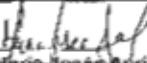
- Protocole complet : du 7 septembre 2010
- Formulaire de consentement principal : 7 octobre 2010 v.fr
- Autre formulaire de consentement :
- Questionnaire(s) : Renseignements généraux 2010, Satisfaction au travail, Stress au travail et stress personnel : v. fr
- Amendement #: Date amendement :
- Autre : Connexx self-efficacy (CCS-10) : v. fr

Brochure Monographie reçue pour évaluation:

En ce qui concerne l'essai clinique visé, à titre de représentant du Comité d'éthique de la recherche, je certifie que,

- La composition de ce comité d'éthique satisfait aux exigences pertinentes prévues dans le titre 5 de la partie C du Règlement sur les aliments et drogues.
- Le comité d'éthique de la recherche exerce ses activités de manière conforme aux bonnes pratiques cliniques, et
- Ce comité d'éthique a examiné et approuvé le formulaire de consentement et le protocole d'essai clinique qui sera mené par le chercheur susmentionné, au lieu d'essai indiqué. L'approbation et les opinions du présent comité ont été consignées par écrit.

Signé par:


 Marie-Josée April, Ph. D.
 Vice-présidente du comité

12 octobre 2010

Date de la signature

Appendice E
Consentement



Université du Québec à Trois-Rivières

Trois-Rivières, octobre 2010

Votre consentement

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, (optimisation des compétences infirmières et réorganisation du travail à l'UCDG du CSSSAE) qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. On me remettra une copie signée du présent formulaire d'information et de consentement.

En signant le présent formulaire, je ne renonce à aucun de mes droits légaux ni ne libère le chercheur, l'hôpital ou le commanditaire de leur responsabilité civile et professionnelle.

Nom du participant

Signature du participant

Date

Je certifie que j'ai expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire, que j'ai répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice et je m'engage à respecter ce qui avait été convenu au formulaire de consentement.

Nom du chercheur

Signature du chercheur

Date

Appendice F
Déroulement de l'activité Kaïzen

Déroulement – Activité Kaïzen - UCDG

JOUR 1	
8 h 00 – 8 h 15	Lancement du Kaïzen BLITZ <ul style="list-style-type: none"> a. La direction vient montrer son appui à la démarche
8 h 15 – 9 h 30	Présentation de l'activité <ul style="list-style-type: none"> a. Présentation des participants b. Présentation des objectifs c. Explication des grands principes (Kai, zen, Blitz, métho, objectifs)
9 h30 – 10 h00	Présentation des résultats initiaux
Pause 10 h 00 à 10 h 20	
10 h 20 – 11 h 00	(suite) Présenter les processus cartographiés
11 h 00 – 12 h 00	Identification des irritants
Dîner 12 h 00 – 13 h 00	
13h 00 – 13 h 45	Identification des problématiques principales
13 h 45 – 14 h 30	Identification des points qui vont bien
Pause 14 h 30 – 14 h 45	
14 h 45 – 16 h 00	Réflexion sur le processus idéal <ul style="list-style-type: none"> a) C'est le jeu des lunettes roses

JOUR 2	
8 h 00 – 8 h 15	Récapitulation du travail fait la veille.
8 h 15 – 8 h 30	Nom des équipes
8 h 30 – 9 h 00	Jeux des balles a. Importance de penser « à l'extérieur de la boîte »
9 h00 – 10 h00	Graphique impact-effort
Pause 10 h 00 à 10 h 20	
10 h 20 – 12 h 00	Cartographie du nouveau processus a. À partir des idées de solutions aux chantiers, on construit la nouvelle cartographie qui servira de nouveau processus b. Échanges et discussion c. À partir des idées de solutions aux chantiers, on construit la nouvelle cartographie qui servira de nouveau processus d. Échanges et discussion
Dîner 12 h 00 – 13 h 00	
13h 00 – 14 h 45	Préparation du plan d'action et identification des indicateurs de performance à conserver a. Par grand thème, on travaille sur la préparation d'un plan d'action : qui, quoi, quand, comment, définir le rôle et les responsabilités de chacun dans l'exercice de modifier le processus
Pause 14 h 45 – 15 h 00	
15 h 00 – 16 h 00	Faire l'évaluation de l'activité Kaïzen Blitz
15 h 00 à 16 h 00	Présentation des résultats aux dirigeants

Appendice G

Plan d'action

Centre de santé et de services sociaux
d'Arthabaska-et-de-l'Érable

PROJET : OPTIMISATION DU TRAVAIL À l'UCDG
PLAN D'ACTION

BUT : Mettre en place une structure de postes où les rôles et les tâches de l'équipe de soins permettant de maximiser les compétences de chacun

ÉCHÉANCIER : 30 avril 2012

OBJECTIF	MOYEN	RESPON-SABLE	TÂCHES	ÉCHÉANCIER	INDICATEUR
Développer les compétences	▪ Réorganiser les réunions d'équipe interdisciplinaire	Isabelle	Développer les compétences du personnel participant aux réunions d'équipe interdisciplinaire	1 ^{er} décembre 2011	Réunion hebdomadaire
Faciliter l'utilisation du matériel et des équipements	▪ Désigner quelqu'un qui pourrait être responsable de la papeterie et des commandes (commis ou PAB)	Isabelle	S'assurer de donner un soutien	1 ^{er} décembre 2011	L'équipement est disponible pour utilisation
Optimiser l'organisation du travail	▪ Réviser la structure de poste des employés en s'appuyant sur l'activité Kaïzen	Isabelle	S'appuyer sur l'activité Kaïzen	30 mars 2012	La structure de travail est identique semaine et fin de semaine
	▪ Réviser les horaires de travail du personnel afin d'uniformiser la structure (semaine et fin de semaine)	Isabelle			
Stabiliser les équipes de travail	▪ Afficher des postes fixes en fonction de l'organisation du travail révisée en lien avec la Loi 90	Isabelle	S'appuyer sur l'activité Kaïzen	30 mars 2012	Poste affiché

OBJECTIF	MOYEN	RESPON-SABLE	TÂCHES	ÉCHÉANCIER	INDICATEUR
Favoriser le travail d'équipe	▪ Modifier les réunions d'équipe interdisciplinaire	Isabelle	Planifier des réunions les lundis de chaque semaine	15 décembre 2011	Présence du personnel et des médecins
	▪ Réviser l'organisation des processus de travail dans une approche de soin partagé	Isabelle	Réunir les descriptions de tâches de chaque membre du personnel	30 décembre 2011	Équipe : médecin-infirmière-infirmière auxiliaire
Maximiser les compétences de l'ASI, l'infirmière, l'infirmière auxiliaire, du préposé et de la commis	▪ Revoir les tâches et rôles de chacun	Isabelle	Réviser les rôles et tâches en les recentrant sur les activités à utilisation optimale des ressources et essentielles au fonctionnement de l'unité de soins	30 décembre 2011	Adapter les documents de références à l'UCDG du CSSSAE
	▪ Expérimenter l'optimisation des compétences de chaque membre de l'équipe de soins	Isabelle	Mettre en application la révision des rôles et tâches	Janvier 2012	Nouvelles répartitions des rôles et tâches
Harmoniser les outils de travail	▪ Réviser les outils qui doivent être complétés	Isabelle	Réunir l'ensemble des ASI et les impliquer dans le processus de changement	Janvier 2012	Réviser et diffuser les outils de travail
	▪ Réviser le plan de soin type (Qui fait quoi).				
	▪ Réviser les pratiques sécuritaires (FADM)				