

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

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

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
CATHERINE ST-Louis

OPTIMISATION DU TRAVAIL INFIRMIER À L'UNITÉ DE PSYCHIATRIE AU
CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX D'ARTHABASKA ET DE
L'ÉRABLE SELON LES PRINCIPES DU MODÈLE LEAN

AVRIL 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.

TABLE DES MATIÈRES

<i>LISTE DES TABLEAUX</i>	4
<i>LISTE DES GRAPHIQUES</i>	5
<i>LISTE DES FIGURES</i>	6
<i>LISTE DES ACRONYMES.....</i>	7
<i>REMERCIEMENTS</i>	8
 <i>INTRODUCTION</i>	9
 <i>CHAPITRE I.....</i>	13
<i>PROBLÉMATIQUE</i>	13
1.1 Constats et prévisions en santé mentale.....	14
1.2 Effectif infirmier.....	17
1.3 CSSS Arthabaska-et-de-l'Érable (CSSSAE).....	18
 <i>CHAPITRE II.....</i>	21
<i>CADRE DE RÉFÉRENCE.....</i>	21
2.1 Origines du Lean	22
2.2 Outils Lean	25
2.3 Activité Kaizen.....	33
2.4 Structure d'une équipe de projet d'optimisation Lean.....	34
2.6 Outils utilisés lors de la présente étude.....	34
 <i>CHAPITRE III</i>	35
<i>REVUE DE LA LITTÉRATURE.....</i>	35
3.1 Le Lean.....	36
3.2 L'utilisation du Lean pour la gestion du changement.....	42
3.2.1. <i>Le concept du changement</i>	43
3.2.2. <i>Gestion du changement</i>	45
3.2.3. <i>Agent de changement</i>	46
3.2.4 <i>Leadership.....</i>	46
3.3 L'infirmière au cœur d'un réseau en transformation et dans les services de deuxième ligne	47
3.4 Organisation des soins de santé mentale en deuxième ligne	51
3.4.1. <i>Services de première ligne en santé mentale au Québec.....</i>	52
3.4.2. <i>Services de deuxième ligne en santé mentale au Québec</i>	53
3.4.3. <i>Services de troisième ligne en santé mentale au Québec</i>	54
3.5. Plan stratégique de santé mentale au Québec 2011	55
3.6 Philosophie du rétablissement	56
3.7 Évaluation de l'implantation du plan d'action en santé mentale	58

<i>CHAPITRE IV.....</i>	64
<i>MÉTHODOLOGIE</i>	64
4.1 Présentation du CSSSAE.....	65
4.2 Devis de recherche	66
4.3 Déroulement de l'étude	67
4.4 Description du milieu	70
4.5 Échantillonnage	70
4.5 Définitions opérationnelles.....	71
4.6 Instruments de mesure.....	74
4.7 Biais méthodologiques et validité.....	74
4.8 Considérations éthiques.....	75
4.9 Avantages et limites de la recherche	75
4.10 Retombées attendues	76
<i>CHAPITRE V.....</i>	78
<i>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS</i>	78
5.1 Étude temps et mouvements avant la réorganisation.....	79
5.2 Activité Kaizen.....	99
5.3 Résultats	101
<i>5.3.1 Portrait de l'unité psychiatrique (après).....</i>	101
<i>5.3.2 Répartition des postes selon les horaires de travail.....</i>	101
5.4 Étude de temps et mouvements après la réorganisation	103
<i>CHAPITRE VI.....</i>	122
<i>DISCUSSION.....</i>	122
6.1 Ressources humaines.....	123
6.2 Formation	125
6.3 Matériel et équipements	126
6.4 Formulaires.....	127
6.5 Lieux physiques.....	129
6.6 Équipes interdisciplinaires.....	129
6.7 Ressources humaines.....	130
<i>6.7.1 Utilisation optimale des compétences du personnel.....</i>	130
<i>6.7.2 Connaissances des rôles et responsabilités de chacun</i>	131
<i>6.7.3 Optimisation de la supervision clinique et administrative</i>	132
<i>6.7.4 Travail d'équipe.....</i>	133
6.13 Réorganisation.....	134
<i>CONCLUSION</i>	136
Synthèse des résultats	137
Les limites de l'étude	139
Implication pour la pratique et la recherche	139
<i>RÉFÉRENCES.....</i>	142
<i>ANNEXE 1</i>	150
<i>ANNEXE 2</i>	153
<i>ANNEXE 3</i>	156
<i>ANNEXE 4</i>	158
<i>ANNEXE 5</i>	160

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les 14 principes du Lean	23
Tableau 2 : Méthode des 5S	32
Tableau 3 : Déroulement du projet	70
Tableau 4 : Structure de poste à l'unité psychiatrique	71
Tableau 5 : Nouvelle structure de poste à l'unité de psychiatrie	102

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Préposé (nuit)	81
Graphique 2 : Infirmière auxiliaire (nuit)	82
Graphique 3 : Asi (nuit)	84
Graphique 4 : Commis (jour et semaine)	85
Graphique 5 : Infirmière auxiliaire (jour et semaine)	86
Graphique 6: Infirmière auxiliaire (jour et fin de semaine)	88
Graphique 7 : Infirmière (jour et semaine)	89
Graphique 8 : Infirmière (jour et fin de semaine)	91
Graphique 9 : Asi (jour et semaine)	92
Graphique 10 : Infirmière auxiliaire (soir et semaine)	94
Graphique 11 : Infirmière auxiliaire (soir et fin de semaine)	95
Graphique 12 : Infirmière (soir et semaine)	96
Graphique 13 : Infirmière (soir et fin de semaine)	98
Graphique 14 : PAB (jour et semaine)	104
Graphique 15 : Commis (jour et semaine)	106
Graphique 16 : Infirmière auxiliaire (jour et semaine)	108
Graphique 17 : Infirmière auxiliaire (jour et fin de semaine)	109
Graphique 18 : Infirmière (jour et semaine)	111
Graphique 19 : Infirmière (jour et fin de semaine)	112
Graphique 20 : Asi (jour et semaine)	114
Graphique 21 : PAB (soir et semaine)	115
Graphique 22 : Infirmière auxiliaire (soir et semaine)	117
Graphique 23 : Infirmière auxiliaire (soir et fin de semaine)	118
Graphique 24 : Infirmière (soir et semaine)	120
Graphique 25 : Infirmière (soir et fin de semaine)	121

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Le Lean sous forme de maison 29

LISTE DES ACRONYMES

- AEOR** : Accueil, Évaluation, Orientation et Référence
AQESSS : Association québécoise des établissements de santé et services sociaux
ASI : Assistant Supérieur Immédiat
ASSS : Agence de la Santé et des Services sociaux
ASVA : Activité sans valeur ajoutée
AVA : Activité à valeur ajoutée
CAU : Centre affilié universitaire
CH : Centre Hospitalier
CHSLD : Centre hébergement et de soins de longue durée
CHPSY : Centre hospitalier psychiatrique
CHU : Centre hospitalier universitaire
CLSC : Centre local de services communautaires
CSSS : Centre de Santé et de Services Sociaux
CSSSAE : Centre de Santé et de Services sociaux d'Arthabaska et de l'Érable
FMSQ : Fédération des médecins spécialistes du Québec
ICS-SM/PSY : Infirmière clinicienne spécialisée en santé mentale et psychiatrie
INSMQ : Institut National de Santé mentale du Québec
INSPQ : Institut National de Santé publique du Québec
IRISS : Chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé
ISQ : Institut de la statistique du Québec
JAT : Juste à temps
MSRP : Médecin spécialiste répondant en psychiatrie
MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux
OIQ : Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec
PAB : Préposé aux bénéficiaires
PASM : Plan d'action en santé mentale
PTI : Plan thérapeutique infirmier
RMC : Riverside Médical Center
RUIS : Réseau universitaire intégré de santé
SAD : Soutien à domicile
SIM : Suivi intensif dans le milieu
SIV : Suivi intensité variable
VMMC : Virginia Mason Medical Center

REMERCIEMENTS

Merci à tous les acteurs impliqués de près ou de loin dans cette étude, particulièrement Liette. Toute une aventure! Merci pour ton accompagnement, tes encouragements et surtout pour ta confiance.

Merci à mon organisation pour son ouverture tout au long de mes démarches. Merci à mes patrons et mes collègues pour leur patience incroyable.

Merci à ma famille de m'avoir soutenu, simplement. À mes enfants d'être si merveilleux, à leur père d'avoir été présent quand je l'étais moins. Merci à mes parents de m'avoir supporté à tous les niveaux, comme toujours ils ont su le faire.

Merci à mes amies, mes confidentes, toutes précieuses à mes yeux. Je suis chanceuse d'être aussi bien entourée et je souhaite vous le rendre quand le moment sera venu. Merci Val, tout particulièrement. Tu es une amie et une femme extraordinaire.

Merci à mon homme... Merci de croire en moi et de m'aider à faire de même.

INTRODUCTION

Au cours des années, dans l'espoir de réduire les dépenses croissantes de l'État, plusieurs réformes du système de santé québécois ont été proposées. Ces transformations étaient guidées par des objectifs d'humanisation des soins, d'amélioration de l'accès aux services dans la communauté et de respect et d'affirmation des droits des personnes qui ont recours aux services. Ceci a mené à la désinstitutionnalisation en santé mentale et le virage ambulatoire en santé physique (Lesage, Contandriopoulos & Reinhartz, 1999; Tousignant, Soderstrom, Lavoie, Kaufman & Pineault, 2000).

En psychiatrie et dans les services de santé mentale, la désinstitutionnalisation ne se pose pas dans les mêmes termes que le virage ambulatoire en santé physique qui a été motivé par des impératifs économiques et influencé par une approche de santé publique et par l'évolution technologique. Les paramètres fondamentaux particularisant les enjeux de la désinstitutionnalisation en santé mentale sont tout autres et participent à la complexification des défis à relever dans ce secteur.

Dans les années 90, basée sur des critères se rapportant plus à la santé physique (technologies, rapidité, efficacité des solutions), la désinstitutionnalisation des personnes atteintes de trouble de santé mentale et la diminution du séjour hospitalier après une chirurgie sont des exemples tangibles qui ont permis de réaliser des économies substantielles (Lesage, Contandriopoulos & Reinhartz, 1999; Tousignant, Soderstrom, Lavoie, Kaufman, & Pineault 2000). En 1996, le coût moyen pour subvenir au besoin d'une personne hospitalisée en santé mentale était évalué à 47 450\$ par année, alors que le coût moyen annuel d'une personne

demeurant dans une ressource extérieure était de 37 960\$ (Lesage et al., 1999). Le virage ambulatoire modifiera l'orientation, l'organisation, la prestation des services et l'utilisation des ressources humaines et financières à l'intérieur du réseau de services de santé mentale. Des transformations majeures et fondamentales telles que la fermeture de lits d'hôpitaux, la diminution de la durée moyenne des séjours hospitaliers, la réduction du personnel à l'hôpital, le transfert de services et de personnel et des modifications radicales dans les interventions sont apportées dans le réseau de la santé (MSSS, 1997).

Ce mouvement a eu par le passé des effets positifs, telle la démystification de la maladie mentale, l'approche plus humaine du traitement, la limitation de la perte des habiletés sociales et la diminution des séjours à l'hôpital. Par contre, des effets négatifs importants comme la montée de l'itinérance, la judiciarisation, l'alourdissement du fardeau des familles qui ont la charge d'une personne souffrant de problèmes de santé mentale et le «syndrome de la porte tournante» sont toujours présents.

Accompagnant la dernière réforme se basant sur la Commission Clair de 2001, l'obligation de mettre en place des réseaux intégrés de services en santé mentale impose de nouveaux défis. Il faut considérer la qualité des services, les relations des professionnels avec les proches et les rapports entre les organismes communautaires et les établissements. La fluidité, la mobilité, la souplesse et la réciprocité doivent caractériser les liens entre les services de base, les services spécialisés et les services communautaires (MSSS, 1997). Pour y arriver, il faut

privilégier la concertation des acteurs et l'harmonisation des services, la formation des clients et leur famille ainsi qu'une réallocation budgétaire.

Toutes ces transformations de l'organisation des services en santé mentale ont été marquées par la Politique de santé mentale de 1989, (MSSS, 1997) et plus récemment, par le plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010 (MSSS, 2010) et l'adoption de la Loi 21 (OIQ, 2012). Comme pour les tendances internationales actuelles, le MSSS met l'accent sur des soins de collaboration en première ligne, réaffirmant ainsi la place de cette dernière comme principale voie d'accès et de continuité des soins et services en santé mentale. Les services de deuxième ligne, sont quant à eux, principalement offerts par les centres hospitaliers. Ils sont réservés aux personnes qui présentent des problèmes de santé complexes, graves ou aigus.

Bien que l'emphase soit portée sur les services de première ligne, l'organisation du travail des professionnels de la deuxième ligne ne doit pas être négligée. En effet, traitant les problèmes de santé complexes, aigus ou graves, la deuxième ligne demeure une porte d'entrée pour la clientèle en décompensation ou encore nouvellement diagnostiquée. Elle répond aux problématiques rencontrées par une clientèle ne pouvant plus être assurée par les services de première ligne.

Ce mémoire propose au Centre de santé et de service sociaux d'Arthabaska et de l'Érable une réorganisation du travail infirmier dans les services de santé mentale de deuxième ligne dans le contexte d'une étude quantitative.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Afin d'être en mesure de cerner le problème en lien avec la présente étude, le prochain chapitre établi des constats et des prévisions pour la santé mentale au Québec ainsi que pour l'effectif infirmier. Il montre que le Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska et de l'Érable n'est pas à l'abri de la réalité provinciale et campe l'objectif de la recherche.

1.1 Constats et prévisions en santé mentale

À la parution du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 (MSSS, 2010), le MSSS a fait le choix d'améliorer, de façon prioritaire, les services de première ligne et d'assurer leur arrimage avec les services spécialisés de deuxième et de troisième ligne. Toutefois, la nécessité de réorganiser les services spécialisés de deuxième ligne s'avère aussi importante pour s'assurer que l'expertise des personnes travaillant dans ces services soit mise à la disposition des intervenants de première ligne.

Le MSSS, mettant l'emphase sur les soins de santé mentale en première ligne, s'attend à ce que les infirmières de deuxième ligne soient un support pour leurs collègues dans la communauté (MSSS, 2010). Toutefois, le manque de main d'œuvre se fait sentir sur toutes les lignes et comme l'offre de service dans la communauté demeure le premier choix malgré le manque de ressources, il faut revoir l'organisation du travail des professionnels afin d'arriver à une gestion optimale dans un optique d'efficacité, d'efficience, de continuité et de qualité des soins (MSSS, 2010). Quand les ressources ne sont pas disponibles dans la communauté, un impact se fait sentir en 2^e ligne se traduisant par une augmentation du taux d'hospitalisation. Les professionnels de la deuxième ligne doivent être en mesure d'orienter leur clientèle de façon

adéquate. De plus, il faut s'assurer que ces professionnels puissent avoir accès au support nécessaire pour le traitement des comorbidités. La population est vieillissante et fait face à plusieurs problèmes de santé complexes.

Au Québec, selon l’Institut national de santé publique, une personne sur cinq est atteinte de troubles mentaux, chiffre comparable au reste du Canada (INSPQ, 2012). Comme ailleurs dans le monde, de 2 à 3 % de la population adulte a un trouble mental grave. Environ 150 000 à 200 000 adultes québécois, incluant des personnes âgées, vivent donc avec les conséquences importantes qu’engendrent ces problèmes de santé (MSSS, 2005). Tout porte à croire que les besoins en santé mentale ne cesseront d’augmenter au cours des prochaines années. En 2008, le nombre de Québécois âgés de 65 ans et plus a doublé pour atteindre 14,6 %. Statistique Canada affirme qu’en 2031, la population de 65 ans et plus atteindra 25 %, et l’âge médian s’élèvera à 47 ans (INSPQ, 2008). Ce phénomène est particulièrement important au Québec en raison d’une baisse du taux de natalité au cours des dernières années. La population qui se trouve aujourd’hui parmi les plus jeunes en Amérique du Nord, sera classée parmi les plus vieilles en 2031 (Gouvernement du Québec, 2009). L’espérance de vie dans la population générale est estimée à 78 ans pour l’homme et à 83 ans pour la femme, alors que ces chiffres diminuent pour une personne présentant des troubles mentaux à 70 et 78 ans respectivement.

Chez la population atteinte de troubles mentaux, l’apparition prématurée des maladies chroniques due, entre autre, à la sédentarité et aux mauvaises habitudes alimentaires, s’additionne au vieillissement tout comme pour l’ensemble de la population québécoise (MSSS,

2010). Selon les études de l’Institut de la statistique du Québec (ISQ), le recours aux services de santé augmente en fonction du nombre de maladies chroniques dont la personne est atteinte (ISQ, 2009). S’ajoute à ce constat les comorbidités en termes de santé mentale. Les personnes atteintes de troubles mentaux sont également plus à risque de décéder de cancer, de maladies cardiovasculaires et d’autres maladies, en comparaison avec le reste de la population (INSPQ, 2012). En considérant cet aspect, il est probable que les gens atteints de troubles mentaux consultent davantage que la population en générale. Toutefois, la discrimination qui touche ces individus et les longs délais d’interventions médicales ou chirurgicales vitales auxquels ils sont confrontés expliquent aussi la surmortalité associée aux troubles mentaux graves comme la schizophrénie (INSPQ, 2012).

Au cours des prochaines années, une augmentation de la prévalence des troubles mentaux diagnostiqués pourrait survenir simplement en raison d’un meilleur diagnostic et de meilleurs traitements médicaux de ces troubles. Bien que les services de santé mentale soient d’abord rendus dans la communauté, un certain nombre de personnes atteintes de troubles mentaux consultent à l’urgence et peuvent être hospitalisées. Ce sont généralement les cas les plus graves, ce qui est cohérent avec les principes d’un système hiérarchisé de prise en charge des maladies chroniques, comme les troubles mentaux. Cela permet de dire que le client reçoit le bon service, par le bon professionnel, au bon moment. Dans la prise en charge de ces cas, il est possible d’observer une différence entre les régions qui pourrait s’expliquer par la disponibilité différente des services spécialisés ou par une orientation différente de la gestion thérapeutique selon les milieux (INSPQ, 2012).

Afin de répondre aux exigences ministérielles et aux besoins de la clientèle de leurs territoires, les CSSS sont dans l'obligation de mettre en œuvre des stratégies personnalisées en tenant compte de leur réalité territoriale (MSSS, 2004). L'expertise en santé mentale diffère d'une région à l'autre. Les infirmières de deuxième ligne doivent être en contact avec les ressources ultra spécialisées afin de posséder la compétence pour assurer un suivi clinique adéquat et apporter un support aux infirmières de première ligne, qui selon le territoire, doivent faire face à des réalités rurales non négligeables (MSSS, 2004).

1.2 Effectif infirmier

L'OIIQ a noté un ralentissement de la croissance de l'effectif infirmier soit de 0,6 % en 2008-2009 comparativement à 1,5 % de 2002 à 2007 (OIIQ, 2008). La diminution du nombre de renouvellement du permis d'exercice au tableau de l'OIIQ était principalement associée aux départs à la retraite ainsi qu'à la diminution d'entrée sur le marché du travail des nouvelles infirmières. En 2010-2011, 28 inscriptions de plus que l'année précédente sont identifiées (OIIQ, 2011). Le vieillissement de la main d'œuvre risque d'aggraver la situation. En 2008-2009, 21% des infirmières étaient âgées de 55 ans et plus et potentiellement admissibles à la retraite. Ce nombre est demeuré stable en 2010-2011 après une dizaine d'années de croissance constante. Au Québec actuellement, 3 929 infirmières sur 70 000 déclarent travailler dans le secteur de la santé mentale et psychiatrie. Comparées à l'ensemble des infirmières, celles travaillant en santé mentale sont plus âgées. Cette donnée fait ressortir l'importance de développer les compétences des infirmières dans ce domaine, en prévision du départ éventuel à la retraite d'un grand nombre d'entre elles.

Toujours selon les données d'inscription au Tableau de l'OIQ (2012), parmi les infirmières travaillant dans le secteur de la santé mentale, 1508 déclarent occuper un emploi en soins de première ligne et 2421 en soins spécialisés. Au Centre du Québec, la proportion d'infirmières pratiquant en soins de santé mentale spécialisés et ultraspecialisés est de 2,5 %, soit 41 infirmières, pour 24 en soins de santé mentale de première ligne et deux en toxicomanie.

La première ligne est le domaine de pratique qui enregistre la plus forte croissance, soit 20 % depuis 2007-2008, comparativement à l'effectif en soins critiques qui a augmenté de 10 %, celui en santé mentale de 6 % et celui en gérontologie et gériatrie qui pour sa part a diminué de 6%. (OIQ, 2011). Le domaine de pratique de la santé mentale occupe entre 3 et 7 % des infirmières dans la majorité des régions du Québec.

Devant un effectif aussi faible de ressources infirmières en santé mentale, les établissements de santé tentent de réorganiser les ressources professionnelles dont ils disposent ainsi que d'adopter des stratégies de rétention du personnel. Toutefois, ces réorganisations sont trop souvent appliquées en réaction au manque de ressources. Des solutions à long terme sont requises pour maintenir des effectifs nécessaires. Cette réalité est d'autant plus présente, compte tenu de la spécialité de ce secteur d'activité (OIQ, 2012).

1.3 CSSS Arthabaska-et-de-l'Érable (CSSSAE)

Le CSSSAE n'échappe pas au contexte québécois de pénurie de professionnels de la santé et la rareté des autres ressources. Cette situation de pénurie de main d'œuvre est accentuée

par les départs à la retraite prévus au cours des prochaines années. Cette problématique entraîne une révision quant à l'organisation du travail afin de répondre aux besoins des milieux de soins. Diverses réalités doivent aussi être prises en considération puisqu'elles ont un effet sur le travail des équipes de soins. Il s'agit, entre autre, de l'impact du vieillissement de la population ayant un problème de santé mentale, l'augmentation des déficits cognitifs et des troubles de comportements associés au vieillissement, l'alourdissement de la clientèle hospitalisée en psychiatrie et l'apparition de clientèle ayant de multiples pathologies (physiques et mentales). De plus, la structure de poste ne permet pas toujours d'optimiser les rôles et les responsabilités des différents titres d'emploi (CSSSAE, 2008).

En 2008, le CSSSAE a mis sur pied un «*Projet clinique*» où l'organisation de l'établissement a été révisée dans le but de mettre en place un réseau local de services intégrés et de répondre aux exigences gouvernementales (MSSS, 2004). Le projet d'intégration des services corrige les lacunes du système de santé et des services sociaux quant à l'accessibilité et la continuité des services offerts. Les actions déployées dans le secteur santé mentale et dépendance présentaient cinq cibles à atteindre dont une spécifique au développement d'un continuum de services en santé mentale (première ligne vers deuxième ligne et vice-versa) (CSSSAE, 2008).

L'organisation du travail infirmier dans un contexte de deuxième ligne en santé mentale a soulevé mon intérêt d'un point de vue académique. Premièrement, parce que la pratique infirmière en santé mentale a connu de nombreux changements suite au virage ambulatoire et qu'elle doit s'ajuster aux changements futurs tels que la hausse de la clientèle et la

complexification des soins considérant des ressources humaines et financières limitées. Deuxièmement, avec l'arrivée des projets cliniques suite à la dernière réforme ministérielle, l'emphase est principalement mise sur les services de première ligne et les continuums de soins (MSSS, 2004). Afin d'optimiser l'organisation de toutes les lignes, il faut mettre à profit ces trajectoires. Finalement, parce qu'en tant qu'infirmière il semble important de miser sur les compétences, l'autonomie et la collaboration des professionnels de la santé afin de réorganiser le travail de façon efficace et efficiente.

À cet égard, il a été suggéré au CSSSAE de procéder à une réorganisation du travail infirmier dans les services de santé mentale de deuxième ligne dans le contexte d'une étude quantitative. Le but étant d'obtenir un portrait du fonctionnement infirmier, de faire ressortir les pistes d'amélioration, d'instaurer un changement et d'en évaluer les résultats. La mise en place des processus de travail et d'outils facilitant le travail de chacun pour éviter le dédoublement des tâches, pour favoriser l'amélioration au niveau de la continuité des soins offerts aux patients et la révision de l'organisation du travail serait donc une façon de répondre aux nouveaux défis dans le secteur de la santé mentale. L'optimisation du travail infirmier se veut une façon d'accroître le temps de travail infirmier dédié aux tâches cliniques (tels que les soins directs et le suivi) dans le but de soutenir et améliorer la santé de la population recevant des soins de santé mentale.

CHAPITRE II
CADRE DE RÉFÉRENCE

Le présent chapitre a pour but d'explorer les différentes avenues concernant la réorganisation de l'unité de psychiatrie de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska en optimisant le travail infirmier. Le cadre de référence utilisé pour cette étude sera le modèle Toyota (Lean)¹.

2.1 Origines du Lean

Le modèle Lean a été conçu par les membres de la famille Toyota. Ceux-ci visaient l'amélioration des produits sur le marché en passant, par exemple, par le perfectionnement des métiers à filer en bois, des métiers à moteur ou des automobiles (Liker, 2009). Au début des années 80, Toyota a révolutionné l'industrie automobile au niveau mondial tant par son succès financier que par ses réussites au niveau de la qualité, de la productivité et de la flexibilité. Les chaînes de production de Toyota conçoivent la bonne quantité de produits variés, dans un délai convenable avec des coûts de production raisonnable et tout ça au moment où l'industrie mondiale vit les contre-coups d'une mauvaise gestion des stocks, de matériel non-vendu ou ayant des défauts de fabrication.

En bref, le modèle Lean fait référence à 14 principes qui sont présentés au tableau 1. Ceux-ci visent à ce que les décisions soient basées sur le long terme et que des flux continus ainsi que des flux tirés soient créés, tout en niveling ceux-ci. Ainsi, une culture de qualité est instaurée, c'est-à-dire faire les choses de la bonne façon du premier coup. L'application du modèle Lean passe également par la standardisation du travail. Il faut s'assurer de mettre des

¹ Tout au long de la recherche, le terme Lean sera utilisé pour faire référence au modèle Toyota.

Tableau 1 : Les 14 principes du Lean (Liker, 2009)

1. Baser la prise de décisions sur une philosophie à long terme, en acceptant les conséquences financières à court terme ;
2. Créer des processus qui permettent de mettre les problèmes en évidence rapidement ;
3. Éviter la surproduction ;
4. Lisser la production (uniformiser) ;
5. Intégrer à la culture la nécessité d'arrêter la production dès l'apparition d'un problème de façon à produire de la qualité du premier coup ;
6. Standardiser le travail est la base de l'amélioration continue et de l'implication des collaborateurs ;
7. Utiliser le management visuel afin qu'aucun problème ne soit caché ;
8. Ne mettre au service du personnel et des processus de production que des technologies éprouvées ;
9. Former des leaders qui connaissent parfaitement le travail et qui incarnent la philosophie ;
10. Développer des collaborateurs et des équipes de travail exceptionnels qui embrassent la philosophie de l'organisation ;
11. Respecter son réseau étendu de partenaires et de fournisseurs en les encourageant et les aidant à s'améliorer ;
12. Aller soi-même sur le terrain, pour comprendre en profondeur la situation ;
13. Prendre les décisions lentement, par consensus, en considérant toutes les options possibles. Mettre rapidement en place les solutions choisies ;
14. Devenir une organisation qui apprend à travers la réflexion et l'amélioration continue.

technologies et équipements éprouvées à la disposition des membres du personnel. Le développement des gestionnaires, des leaders, des employés est également essentiel et doit être fait en respectant le réseau étendu de partenaires. Les problèmes sont résolus en étant sur le terrain pour bien les comprendre. Ensuite, il faut s'assurer de mettre en place rapidement les solutions identifiées et de devenir une organisation apprenante qui grandit à travers la réflexion et l'amélioration continue (Liker 2009; Linovati, 2013).

Développé dans un contexte de gestion et de génie industriel, le modèle Toyota s'applique à analyser le système de production pour en éliminer le gaspillage et tenter de réduire le travail qui ne contribue pas à la valeur du produit final (activité sans valeur ajoutée) (Liker, 2009). Il existe une adaptation des concepts du Lean au domaine de la santé, le Lean healthcare. L'utilisation de la cartographie de la chaîne de valeur des services de santé sert à l'élaboration d'un modèle de connaissances décrivant la composition et les logiques de fonctionnement des services de santé étudiés. Ce modèle permet l'amélioration continue des activités quotidiennes et ce, à tous les niveaux des organisations. De plus, il favorise l'implication des employés en les incitant à participer activement à la réorganisation de leur travail.

Depuis plusieurs années, les différentes instances du réseau de la santé et des services sociaux ont placé la performance au cœur des orientations privilégiées. C'est également ce que prône le modèle Lean qui se distingue par une vision globale et systématique du processus. Cette approche veut que les employés soient interpellés dans le processus de changement et qu'ils prennent activement part à l'entreprise tout en s'investissant dans des activités d'amélioration continue.

Il s'agit d'une méthode qui vise à bien supporter les employés d'une organisation afin qu'ils exécutent un travail adéquat et performant, peu importe la nature du travail ou de l'environnement. La philosophie Lean a au cœur de ses préoccupations, le client.

Le Lean vise à satisfaire davantage le client tout en éliminant le gaspillage à différentes étapes du processus afin qu'il devienne fluide. Pour arriver à ce résultat, le Lean utilise différents outils permettant entre autre l'analyse, la gestion de projet, la mesure et le contrôle.

2.2 Outils Lean

La chaîne de valeur

Afin d'être en mesure de mener à terme des processus de changement, il faut, à prime abord, s'intéresser à ce qui doit être fait pour obtenir un produit ou offrir un service. C'est ce qui est appelé une chaîne de valeur puisque chaque étape est considérée comme ayant un impact sur la valeur du produit et/ou du service (Liker & Meier, 2008). C'est une méthodologie standardisée pour modéliser un processus (cartographie). Elle inclut plusieurs types de données : temps de cycle, erreur, etc. La chaîne de valeur peut être à deux niveaux soit par une activité à valeur ajoutée (AVA) ou une activité sans valeur ajoutée (ASVA) et elle permet d'identifier le goulot. L'activité à valeur ajoutée réelle ajoute de la valeur aux yeux du patient et consiste en la raison d'être de sa visite. C'est une activité de traitement qui touche directement le patient par exemple du réconfort. L'activité à valeur non ajoutée est celle qui n'ajoute aucune valeur aux yeux du patient ou qui n'est pas essentielle au bon fonctionnement de l'établissement ou au respect des lois. Il existe aussi l'activité à valeur de processus qui est un support n'ajoutant pas nécessairement de valeur aux yeux du patient mais qui est essentielle au bon fonctionnement de l'établissement ou au respect des lois et des normes.

Dans les services de santé mentale de deuxième ligne, l'évaluation à la fois de la santé physique et des aspects liés à la santé mentale par les infirmières peut être considérée comme une AVA puisque ceci constitue une plus-value au service offert. Tandis que lorsqu'une activité n'ajoute pas de valeur ou qu'elle est source de gaspillage, il s'agit d'une activité sans valeur ajoutée. Cependant, il ne faut pas négliger que certaines étapes dans les processus n'apportent pas de valeur ajoutée, mais qu'elles sont nécessaires à la production de service. Les activités AVA et ASVA dans le cadre des services de santé mentale seront présentées dans le chapitre de la méthodologie.

Dans le cadre de la présente étude, il s'agit d'une réorganisation du travail infirmier afin d'offrir des soins adéquats au patient. De ce fait, lors de l'identification des activités à valeur ajoutée, la valeur réelle et la valeur de processus ont été considérées ensemble.

La cartographie des activités

La cartographie permet de modéliser un processus sans les données, c'est-à-dire la façon dont l'organisation répond aux facteurs clés de succès de son environnement. Ensuite, en repérant les combinaisons d'activités qui sous-tendent chacune des priorités, la cartographie permet de démontrer la cohérence de l'ensemble des activités. En bref, la cartographie des activités met en relief la complexité de la capacité stratégique et permet de souligner l'importance des liens entre les activités et le maintien de l'avantage concurrentiel. Celle-ci permet de comprendre sur quoi repose le succès d'une organisation et permet également

d'identifier les activités qui n'apportent pas une plus-value à la stratégie. Cela permet aussi de se questionner à savoir si ces activités doivent être maintenues si elles ne génèrent pas de valeur.

D'un établissement à un autre, il est possible de constater que ce ne sont pas les mêmes activités qui sont impliquées dans l'obtention d'un avantage concurrentiel, en raison des différences démographiques. Évidemment, c'est la manière dont les ressources sont déployées qui permet d'identifier ces activités. L'analyse de la chaîne de valeur peut être complétée par une cartographie capable de mettre en lumière les multiples liens existant entre les différentes activités qui composent un processus. Par exemple, lors d'une étude sur l'impact de l'implantation et l'utilisation d'une nouvelle technologie, il a été possible de faire la comparaison des données recueillies avant et après l'implantation d'une nouvelle technologie. L'étude visait à évaluer les performances organisationnelles d'une pharmacie et des unités de soins d'un établissement de soins de longue durée (Brouillette, 2011).

Les sources de gaspillage selon le Lean

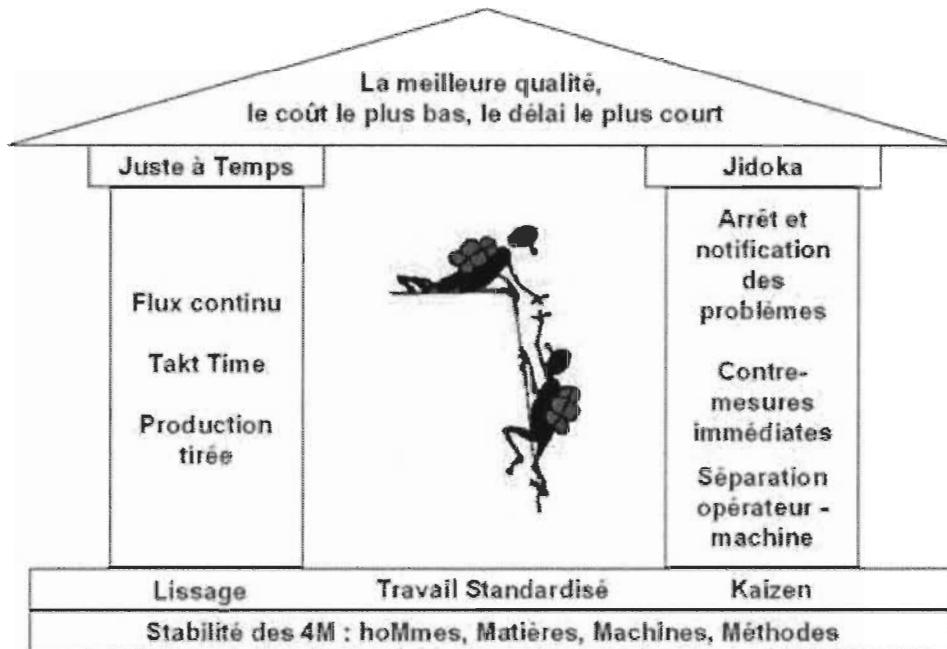
Le cheminement d'un patient dans le système de la santé est composé de plusieurs étapes. À travers chacune de ces étapes, il est possible d'identifier des activités n'ajoutant pas de valeur au processus et qui sont des sources de gaspillage. La surproduction, l'attente, le transport et la manutention inutiles ou mal faits, les matériels excédentaires, les gestes inutiles, la créativité inexploitée en sont des exemples. L'observation de différentes procédures dans certains établissements du système de la santé permet de questionner les manières de faire pour éviter les gestes inutiles ou réduire les listes d'attente. Bien évidemment, toutes sources de gaspillage

comportent des coûts financiers importants, car pendant ce temps, la main-d'œuvre est rémunérée.

Le Lean sous forme de maison

Évidemment, si les sources de gaspillage sont éliminées dans le réseau de la santé, ceci aura un impact direct sur la motivation des employés et la qualité des services qui sont offerts. L'optimisation de la chaîne de valeur peut se faire via le regroupement de techniques rigoureuses qui sont utilisés par le Lean. Le centre de la maison représente l'amélioration continue, la prémissse de base du Lean. Évidemment, pour être en évolution continue, le travail d'équipe doit être favorisé tout en éliminant le gaspillage. La figure 1 illustre bien l'essentiel de ces techniques.

Le JAT, qui se retrouve sur le premier pilier de la maison, représente le « Juste à temps ». Si ce principe est appliqué au système de santé ceci signifie que la personne ait le bon soin, au bon moment, par le bon professionnel dans les services adéquats. Il faut donc que les actes reposent sur des stratégies telles que le « flux continu » et la « production tirée ». Encore une fois, si ces notions sont appliquées au réseau de la santé, le flux continu représente les services offerts sur un continuum, où chacun des professionnels respecte son mandat. Finalement, la production tirée (kanban) s'applique à la notion de première et deuxième ligne. Comme le veut le plan d'action en santé mentale 2005-2010, la hiérarchisation des services vise à ce que le patient, sauf exceptions, ne puissent accéder aux services de deuxième ligne sans avoir passé, au préalable, par la première ligne. Lorsque l'équipe de deuxième ligne a terminé son épisode de



(Jallas, 2011)

Figure 1. Le Lean sous forme de maison

service, ils repassent le flambeau à la première ligne. L'intensité et l'orientation des services peuvent se refléter dans la notion de « Takt Time ». Celui-ci reflétant le rythme d'un processus sans goulot.

Le « Jidoka » est le second pilier de la maison. Celui-ci vise à maintenir la qualité en soulignant les problèmes aussitôt qu'ils ont été identifiés. Dans les faits, pour arriver à maintenir des services de qualité, il faut identifier des systèmes d'arrêts automatiques qui vont mettre fin aux activités dès que les choses ne fonctionnent pas adéquatement. Dans un système de santé, ceci permet alors de limiter les actes médicaux inadéquats ou les gestes inutiles ce qui évite des

pertes financières considérables ainsi que la perte de vies humaines. C'est là que la philosophie Lean prend tout son sens. Lorsqu'un gestionnaire identifie une problématique, il se replie sur ses employés pour apporter un changement, pour trouver une solution aux problèmes identifiés. La philosophie Lean permet aux employés d'intervenir dans le processus d'amélioration continue. La méthode des « 5 Pourquoi » veut qu'on se questionne cinq fois sur la cause de l'erreur pour comprendre précisément et rapidement l'origine du problème. Cette méthode est un outil de réflexion pouvant être utilisé pour identifier le changement à apporter. Finalement, en impliquant les employés dans le processus de réflexion, un sentiment d'appartenance est créé tout en stimulant le personnel.

Le « lissage » est l'étape permettant la standardisation du travail pour favoriser l'uniformisation des processus. Ce n'est pas parce qu'on a toujours fait les choses ainsi qu'il faut continuer de le faire ainsi. En utilisant la méthode « Kaizen », les organisations visent l'optimisation des services offerts en questionnant leur mode de fonctionnement, les manières de faire, ce qui pourrait être fait différemment.

Finalement, la « stabilité des 4M : hommes, matières, machines, méthodes » se traduit par une rétention du personnel pour favoriser la stabilité des ressources humaines et ainsi avoir un effet direct sur le respect des modes de fonctionnement évalués comme étant optimal. On vise également que les outils de travail soient disposés toujours au même endroit.

La méthode des 5S

Lorsqu'un mode de gestion selon la philosophie LEAN est instauré, il faut se questionner sur les gestes inutiles, les déplacements. En bref, il est nécessaire de créer des espaces de travail optimaux. La méthode des 5S est une technique qui peut être utilisée pour faciliter le travail des employés et refléter les dysfonctionnements causant des erreurs pour ensuite permettre d'organiser l'espace afin que le travail soit optimal. Bien évidemment, cette démarche se veut continue et cyclique. Le tableau 2, résume cette méthode.

Dans le même ordre d'idées, une réflexion sur les différents S permettra de mieux comprendre la méthode des 5S. À prime abord, supprimer l'inutile (Seiri), permettra de constater que les lieux sont plus sécuritaires et qu'il y a davantage d'espace que ce soit pour les gens qui travaillent seuls ou en équipe. Ensuite, en supprimant ce qui est inutile, il est important d'être conscient que ceci implique une révision quotidienne du matériel afin d'identifier les produits qui viennent à échéance ou qui sont désuets pour qu'ils soient utilisés ou changés. De plus, en favorisant un repérage visuel rapide, les lieux sont moins encombrés et les employés épargnent du temps. Dans un deuxième temps, il faudra situer chaque chose à une place (Seiton) pour optimiser les lieux de travail. Les changements visent à faire en sorte que la distance pour se procurer le matériel nécessaire est réduite au minimum. Par exemple, il sera pratique de regrouper tous les produits nécessaires à la distribution des médicaments sur une unité de soins. De plus, situer les choses permet de s'assurer d'un langage commun entre tous les employés et ceux qui se présentent occasionnellement pourront s'y retrouver plus aisément. En troisième lieu, la méthode des 5S, vise à faire scintiller l'environnement (Seiso) en encourageant la

Tableau 2 : Méthode des 5S

5S	
<i>« CRÉER UNE UNITÉ DE TRAVAIL SE PRÉTANT AU CONTRÔLE VISUEL ET À LA PRODUCTION LEAN. »</i>	
SEIRI <i>Supprimer l'inutile</i>	Séparer les outils, les pièces et les règles nécessaires de ceux qui ne le sont pas et éliminer ces derniers.
SEITON <i>Situer les choses</i>	Ranger et identifier avec soin les pièces et les outils.
SEISO <i>Faire scintiller</i>	Nettoyer.
SEIKETSU <i>Standardiser les règles</i>	Procéder aux trois tâches précédentes chaque jour pour maintenir l'unité de travail dans un ordre parfait; être ordonné.
SHITSUKE <i>Suivre et progresser</i>	Prendre l'habitude d'appliquer toujours les quatre premiers S; être rigoureux.

(Liker & Meier, 2008)

main-d'œuvre à maintenir des standards de qualité en travaillant proprement. Il est évident que c'est plus agréable pour chacun de travailler dans un environnement propre, mais il ne faut pas négliger l'importance de la propreté pour certains milieux de travail afin d'éviter de contaminer ou rendre des produits inutilisables. Évidemment, pour arriver à faire scintiller l'environnement, il sera nécessaire de développer des règles de rangement pour classer les produits et ainsi éviter la présence de produit inutile. Classer des outils selon un code de couleur dans un endroit précis en est un exemple. De plus, il est évident que si toutes les unités adoptent le même mode de fonctionnement ou de classement cela sera facilitant pour tout le monde.

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, pour arriver à maintenir les trois premiers S, il sera primordial de prévoir des moments quotidiens pour reprendre ceux-ci. La standardisation des règles (Seiketsu) permettra de s'assurer que le lieu de travail reste ordonné. En fait, on vise à prévenir le retour au désordre. Ce S est primordial, car il assure la rigueur dans

le temps. Le suivi des changements apportés (Shitsuke) veillera à instaurer une culture où la rigueur sera primordiale tout en valorisant que les quatre premiers S soit constamment appliqués. C'est l'étape où on fait le contrôle de l'ordre mis en place. Il est également noté que la méthode des cinq S est souvent le point de départ dans l'adoption de la philosophie Lean puisque celle-ci permet une implication active des employés tout en ayant des résultats rapides, concrets (Hohmann, 2009) et elle permet d'avoir accès à une amélioration continue. De plus, la méthode des cinq S ouvre la porte à la satisfaction personnelle des employés tout en leur permettant d'œuvrer dans un environnement fonctionnel.

2.3 Activité Kaizen

Le mot Kaizen a pour traduction française courante «amélioration continue». C'est l'utilisation d'une méthode de gestion de la qualité. Le kaizen est un processus d'améliorations concrètes, simples et peu onéreuses. Il nécessite l'implication de tous les acteurs. Cette activité s'apparente à une séance d'entraide où un groupe d'individus travaille en équipe pour rapidement passer au travers d'une problématique. Dépendamment de l'envergure du projet, un atelier kaizen peut prendre la forme de blitz (trois jours de travail), impact (5 jours), kaikaiku (10 jours) ou peut s'appliquer sur le terrain (gemba) au quotidien. Le kaizen sous la forme d'un « kaikaiku » est préconisé lorsqu'un sentiment d'urgence amène le changement à mettre en place (Linovati, 2012).

2.4 Structure d'une équipe de projet d'optimisation Lean

Afin de pouvoir intégrer un changement se basant sur la philosophie Lean, il est essentiel d'opérer une délégation du pouvoir. Les leaders du projet doivent être impliqués à tous les niveaux pour communiquer la vision du changement et doivent impliquer les parties prenantes pour faciliter le changement. Pour bien coordonner un changement qui aurait comme base le Lean, un promoteur doit faire la demande à un leader de projet d'opérer ce dernier. Le leader du projet travaille alors avec un agent Lean et aura pour rôle d'implanter le changement. Le leader est habituellement le propriétaire du processus. Au centre du projet, il y a les autres membres de l'équipe, qui sont le noyau permettant les révisions de processus.

Le projet ayant fait l'objet de cette étude avait comme promoteur le CSSSAE. L'agent Lean est la chercheuse qui travaille de concert avec le leader du projet, la chef de service de l'unité de psychiatrie. Les membres de l'équipe de projet sont les employés de l'unité de psychiatrie. Respecter la structure d'un projet est essentielle afin de favoriser la portée du changement.

2.6 Outils utilisés lors de la présente étude

Dans le cadre de cette étude, certains outils ont été utilisés afin de répondre aux objectifs visés de réorganisation et d'optimisation du travail infirmier sur l'unité de psychiatrie. L'observation directe avec une grille catégorisant les activités à valeur ajoutée ou non ajoutée, une activité Kaizen, l'élaboration de cellules de travail ainsi que du réaménagement avec la méthode des 5S ont supporté le projet.

CHAPITRE III
REVUE DE LA LITTÉRATURE

Afin de comprendre les différents concepts liés à l'organisation des soins de santé mentale au CSSSAE, il est nécessaire de définir certains aspects. Le chapitre suivant aborde le Lean ainsi que son utilisation pour la gestion du changement. Il définit le rôle de l'infirmière au cœur d'un réseau en transformation et dans les services de deuxième ligne. Il permet la revue de l'organisation des soins de santé mentale en deuxième ligne et du plan d'action en santé mentale du Québec. Finalement, il aborde la philosophie du rétablissement, base de l'organisation des soins de santé mentale.

3.1 Le Lean

Au Québec, l'utilisation du Lean est en vogue. Ce modèle est davantage implanté dans des milieux comme l'urgence, la salle d'opération ou encore les laboratoires. Les services à domicile ne s'inscrivent pas dans un processus de type chaînes de montage, mais ils font tout de même parties des secteurs où cette philosophie a été utilisée. La méthode Lean doit être revue et travaillée différemment dans ce type de service mais elle est adaptable. De façon générale, il n'est pas possible de l'utiliser telle qu'elle est présentée (Blais, 2010), ce qui constitue un défi majeur lorsqu'on transpose cette approche au système de santé.

Il a été démontré que l'application des principes du Lean a eu des retombées positives dans plusieurs établissements de santé (Bertholey, Bourniquel, Rivery, Coudurier, & Follea, 2009; Graban & Padgett, 2008; Melanson et al., 2009; Ng, Vail, Thomas, & Schmidt, 2010).

La recension des écrits sur le Lean permet de constater que l'application de ce modèle en santé n'est plus récente. En 2002, il a été possible de constater que le Virginia Mason Medical

Center, aux États-Unis, a été l'un des premiers centres à appliquer ce modèle (Womack, Byrne, Fiume, Kaplan & Toussaint, 2005). Ce centre fait vivre la philosophie Lean dans l'ensemble de son établissement.

Depuis un peu plus de dix ans, le Lean en santé est présent dans la plupart des pays industrialisés, notamment aux États-Unis et au Canada. Au Québec, le Lean a déjà été choisi comme approche valorisée par le MSSS pour le Réseau de la santé et des services sociaux (Villeneuve, 2013). Les projets visés par l'utilisation du Lean touchent notamment les processus clinique, les processus de support et les différents systèmes.

Évaluation et sécurité

Introduite au Virginia Mason Medical Center (VMMC) en 2002, la philosophie Lean avait été utilisée par des gestionnaires afin d'identifier rapidement des situations qui avaient un potentiel dangereux pour les clients. Ils demandaient donc aux employés d'arrêter l'activité en cours s'ils détectaient une erreur et de produire un rapport qui devait être analysé au maximum 24 heures après avoir été rédigé. Cette analyse a, entre autre, donné lieu à des mesures préventives aux chutes. Entre 2006 et 2009, le nombre de chutes est passé de 3,33 chutes pour 1000 usagers à 2,48. Les usagers à risques ont bénéficié d'une évaluation et d'une surveillance plus étroite. En lien avec ce projet, la création d'une équipe d'infirmières spécialisées et de la formation en soins de plaies ont permis de diminuer l'incidence des escarres de décubitus de 6%. Il s'agit d'une amélioration notable de la qualité de soins jumelée à une économie financière

intéressante considérant les coûts de traitements des escarres de décubitus aux États-Unis (VMMC, 2010).

Un hôpital américain a été en mesure d'identifier que 43 % des erreurs liées à l'administration des médicaments suggéraient une mauvaise transcription. Ce phénomène était associé au changement fréquent de départements et de professionnels dans l'épisode de soins du client. Une standardisation dans l'administration des médicaments, une diminution des interruptions lors de leur préparation et une élimination de documents inutiles a réduit de 90 % les erreurs liées à la médication (Benitez, Forrester, Hurst, & Turpin, 2007).

Rendement optimal des ressources

Lorsqu'il est question de l'efficience au niveau des ressources, il ressort que la réduction des délais d'attente a son importance, que ce soit en lien avec une évaluation professionnelle, un transfert, un traitement ou un test d'analyse complémentaire à l'évaluation (Al-Araidah, Momani, Khasawneh, & Momani, 2010; Graban & Padgett, 2008; Melanson et al., 2009; Ng et al., 2010; Snyder & McDermott, 2009). Les principes Lean appliqués en santé permettent en général des transformations non négligeables. Par exemple, toujours au VMMC, une centralisation des services, c'est-à-dire, l'intégration d'un laboratoire de chimiothérapie dans les mêmes lieux physiques que le département d'oncologie a permis aux usagers de réduire leur déplacement et de diminuer la durée de leur consultation (VMMC, 2010).

Les urgences ont souvent fait l'objet de réorganisation selon les principes Lean, surtout en ce qui a trait aux délais d'attente, entre autre dans un hôpital d'Ontario où la durée d'attente moyenne est passée de 78 minutes à 11 minutes. Cette diminution a par le fait même permis de réduire la durée des séjours (Ng et al., 2010).

Une cartographie des processus permet de mobiliser davantage les ressources nécessaires à l'intervention. Aux États-Unis, une urgence de milieu rural a réduit d'environ 75 % le temps d'attente pour l'admission sur un étage (Snyder & McDermott, 2009). Au-delà de la prise en charge, il existe des délais associés au diagnostic et au traitement. L'analyse en laboratoire du Riverside Medical center (RMC) a revu ses processus en lien avec la manutention de leur échantillon et ont aussi réorganisé le laboratoire. Ces changements ont permis une analyse et des bilans faits plus tôt dans la journée, soit 90% avant 7h le matin comparativement à 65% avant la réorganisation. Ces résultats ont eu un impact sur l'évaluation de la clientèle par les professionnels de la santé ainsi que sur les précocités des interventions et des traitements. De plus, une diminution du délai moyen de 54 minutes à 34 minutes de l'analyse des marqueurs permettant de diagnostiquer une souffrance cardiaque a été notée. Ce vingt minutes est primordial dans le traitement d'une urgence cardiaque pour diminuer les risques de complications ou de conséquences néfastes (Graban & Padgett, 2008).

Tout comme la dernière réforme du système de santé qui nomme que le bon service doit être offert au bon patient, au bon moment par le bon intervenant sur le bon département (MSSS, 2010), l'approche Lean suggère l'utilisation d'outils adéquats au bon moment. Cela permet un

flux continu et favorise l'expérience du patient. En cartographiant leur processus, l'université du Michigan a constaté que plusieurs ASVA ralentissaient l'installation des cathéters veineux centraux introduits par voie périphérique (Picc-Line). L'expertise de l'infirmière se voyait monopolisée par des activités telles la révision de dossier ou la recherche de patient absent. En déléguant certaines tâches, les infirmières ont atteint un taux d'installation en moins de 24 heures pour 90 % à 95 % des patients en comparaison à un taux qui variait entre 50 % à 70 % quelques mois auparavant (Kim et al., 2006). La capacité du traitement et l'expérience du patient ont été optimisées ainsi que le travail des infirmières. De plus, l'utilisation de l'expertise d'infirmières plus expérimentées devenues plus disponibles grâce au retrait de tâches a diminué le nombre de consultations en radiologie (Kim et al., 2006).

L'informatisation s'avère un outil important pour l'optimisation de la documentation. Au-delà du support qu'elle peut apporter, le processus de son utilisation peut être optimisé. Une étude dans un hôpital récemment informatisé au niveau des dossiers a entre autre, permis de diminuer le temps d'inscription des signes vitaux et ce, en allégeant les ordinateurs, en désignant des postes d'alimentation et en sensibilisant le personnel (Snyder & McDermott, 2009).

Culture de la qualité

Le temps direct au patient est clairement une activité à valeur ajoutée du travail infirmier. Ce dernier est passé de 35 % à 90 % au VMMC suite à l'élimination d'ASVA. L'expérience du patient est bonifiée et permet des soins directs de qualité (Womack et al., 2005). Toujours au VMMC, des professionnels ont conçu un outil regroupant des activités de prévention en lien

avec les pneumonies chez les patients en ventilation assistée d'une unité de soins intensifs. Cet outil visuel installé au chevet du patient a permis d'améliorer la qualité des soins en passant de 34 cas de pneumonies déclarés en 2002 à seulement quatre en 2004.

En France, un établissement œuvrant dans la préparation de produits sanguins a utilisé la méthode des 5S pour diminuer le temps d'attente entre les étapes de production en réaménageant ses lieux physiques, en améliorant la qualité du stockage et en réduisant les pathogènes dans les produits. De plus, cette méthode a permis de développer un système de classement et une organisation de mise à jour régulière pour chaque équipe (Bertholey et al., 2009).

Amélioration de la satisfaction de la clientèle et du personnel

Une culture de qualité n'est pas tributaire de la satisfaction de la clientèle, toutefois la philosophie Lean prévoit que ces deux éléments sont indissociables puisqu'elle accorde une très grande importance au bien-être et à la motivation des employés. De plus, elle favorise l'expérience patient. Le Lean reconnaît avant tout que l'amélioration continue est possible grâce aux individus (Liker, 2009). Aux États-Unis, deux hôpitaux ont procédé à des réorganisations selon les principes Lean et ont choisi de mesurer la satisfaction des employés et de la clientèle (Jacobsen, 2008a, 2008b).

Des changements dans un service de phlébotomie selon les principes Lean permettent l'ajustement du nombre d'employés en fonction des périodes d'achalandage, le devancement de l'heure d'ouverture de 30 minutes, le décalage de la pause de l'avant-midi en après-midi et la

centralisation des prélèvements en un lieu. Ces changements ont été implantés en réponse au stress et à la frustration nommés par les employés et suite à la cartographie d'une journée de travail. Cinq mois après les changements, 85 % de la clientèle jugeait le temps d'attente «très bon» ou «excellent» versus 44 % avant l'implantation Lean (Melanson et al., 2009).

Le Lean a déjà fait ses preuves dans les soins de santé de plusieurs pays. En effet, de nombreux hôpitaux du monde utilisent le Lean. Les États-Unis avec le Lean Healthcare System, l'Europe et l'Australie se sont intéressés à cette méthode et ils en ont tiré de grandes améliorations à différents niveaux (Ballé and Régnier 2007; Ben-Tovim, Bassham et al. 2007; Fillingham 2007). Plusieurs études indiquent des améliorations au niveau de la satisfaction au travail de la part des intervenants et de la satisfaction au niveau du temps d'attente et de soins de la part des patients (Fillingham, 2007; Jacobsen, 2008; Snyder, 2009 ; Mazzocato, 2010). La philosophie Lean a aussi permis de réduire le nombre d'erreurs médicales, d'erreurs dans l'administration de médicaments, le nombre d'infections et même de décès dans certains cas (Benitez, 2007; Fillingham, 2007). Au niveau économique, cette philosophie a fait ses preuves en termes d'économie de temps, d'argent et d'énergie (Fillingham, 2007).

3.2 L'utilisation du Lean pour la gestion du changement

Les changements antérieurs survenus dans le système de santé au Québec avaient pour but d'offrir des services sur un continuum tout en assurant des soins de qualité à l'ensemble de la province (MSSS, 2010). Inévitablement, les gestionnaires qui sont en recherche de l'excellence se retrouvent constamment dans des processus de changements, et ce, de façon cyclique. Les

écrits permettent de recenser quelques approches liées au changement. Par exemple, la théorie de Lewin (*unfreeze, change, refreeze*), l'approche de Cacioppe ayant établi sept facteurs pour la réussite d'un changement et l'approche de Kotter & Schleisinger qui ont élaboré six stratégies pour supporter le changement (Cacioppe, 1997; Jones Robert, 2008; Kotter & Schleisinger, 1979; Lewin, 1951; Scott & Jaffe, 1989). Bien évidemment, chaque stratégie de changement doit être adaptée selon le milieu. Un système aussi complexe que le réseau de la santé nécessite des orientations communes afin de favoriser une saine gestion des changements.

En gestion du changement, les changements organisationnels sont fréquemment mis en œuvre par les dirigeants ou les gestionnaires des organisations, qui sont en position hiérarchique par rapport aux destinataires. Une organisation adoptant la philosophie Lean va s'assurer d'impliquer les membres de son établissement dans le changement à survenir (Liker, 2009).

3.2.1. Le concept du changement

Le changement est un concept et un phénomène omniprésent dans les organisations socio-sanitaires (Champagne, 2002). Il existe différentes formes de changement. Par exemple, un changement qui se fait spontanément ou simplement par hasard est considéré comme un changement non-planifié. Celui-ci est survenu sans l'intervention d'un agent de changement. D'un autre côté, un changement peut être planifié. Dans ce cas, l'intervention d'un agent de changement a été nécessaire. Celui-ci survient en réaction à un écart de rendement perçu, c'est-à-dire que le changement a été initié par un agent de changement en réaction à un écart constaté

entre la pratique quotidienne et ce qui est désiré (Schermerhorn, Hunt, Osborn, Richard & Billy, 2010).

Dans la pratique, les deux types de changements, le spontané et le planifié, sont utilisés. Les modifications ou nouvelles orientations privilégiées par un plan d'action visent à mieux répondre à un besoin précis et c'est pourquoi il est possible d'affirmer que c'est un mélange des deux types de changements qui est observé dans le réseau de la santé et des services sociaux. Puisque chaque changement est unique par ses caractéristiques, ses destinataires et ses sources d'influence, il importe pour les leaders du changement de sélectionner les approches qui conviennent le mieux à la situation.

Le Lean priviliege une approche de gestion du changement intégrée plutôt que conventionnelle. Cette orientation se traduit par une diminution du besoin de communication et d'accompagnement par une plus forte implication et adhésion à la source. En somme, il s'agit d'une délégation de pouvoir (Liker, 2009).

Les chances de succès d'un changement sont directement influencées par l'aspect dynamique entourant les sources d'influence et les stratégies des acteurs de changement. L'acteur central agit principalement à titre de mobilisateur et de négociateur, dont l'objectif est de gagner l'appui des gens de l'organisation qui risquent d'influer le processus afin de parvenir à influencer positivement les acteurs en faveur du changement à venir (Champagne, 2002).

Au niveau du changement, la philosophie Lean établit 20 conditions de succès réparties en quatre grands points : l'engagement de la direction, la gestion du changement, la mobilisation des ressources et la méthodologie d'optimisation (Villeneuve, 2013). En impliquant ses membres, une organisation s'assure de leur collaboration.

3.2.2. Gestion du changement

La gestion de changement se définit comme une activité de gestion stratégique et opérationnelle initiée par la direction, et dont le but premier est de permettre aux différents acteurs de s'engager positivement en faveur du changement organisationnel (Arcand, 2007; Mitton, Adair, Mckenzie, Patten & Perry, 2007). Pour réussir un changement, il est nécessaire que le leader de celui-ci développe des liens de confiance avec les parties prenantes puisque ceci facilite les interactions entre eux. De plus, l'agent de changement va jouer un rôle central en agissant comme facilitateur du changement (Champagne, 2002).

Le facteur humain constitue un défi. La philosophie Lean prévoit que pour faciliter le changement, il est nécessaire de favoriser l'adhésion ce qui aura comme impact de diminuer la résistance aux changements. Combiné à l'approche de gestion de changement intégrée, à l'accompagnement et au coaching sur le terrain, le plan de communication sera aussi une condition préalable au succès (Liker, 2009).

3.2 3. Agent de changement

Un agent de changement est un individu ou un groupe d'individus qui prend en charge les modifications des schèmes de comportement d'une personne ou d'un système social (Schermerhorn & al., 2010). La complexité du changement peut faire en sorte qu'il soit avantageux de faire appel à plusieurs pilotes du changement dont les rôles et l'implication varieront dans le temps (Champagne, 2002). La littérature portant sur la gestion du changement appuie le fait qu'il doit être géré par des leaders compétents et efficaces (Champagne, 2002; Pipe, Cisar, Caruso & Wellik, 2008; Shanley, 2007). Le leader du changement doit parvenir à influencer positivement et motiver les individus en regard du changement à venir (Nemeth, 2003; Stichler, 2011). Il doit être en mesure de réagir rapidement aux divers contrecoups résultant du changement, de manière à en diminuer la résistance. En plus de devoir composer avec les relations humaines, ce dernier doit également être en mesure de gérer et conduire efficacement le changement (Stichler, 2011). Il en est de même pour la philosophie Lean où il importe de développer les gestionnaires et les leaders des organisations pour qu'ils puissent agir à titre d'agent de changement ou aussi nommé « leader du projet » (Liker, 2009).

3.2.4 Leadership

Il est possible de définir le leadership comme un type d'influence interpersonnelle par lequel un individu en amène un autre ou un groupe à s'acquitter la tâche qu'il veut voir menée à bien (Schermerhorn & al., 2010). La littérature sur le leadership est claire, le leadership a une influence considérable sur l'adoption du changement (Nemeth, 2003; Pipe & al., 2008; Shanley, 2007; Stichler, 2011).

La philosophie Lean considère tout changement comme une opportunité. Dans cette optique, il importe de bien mesurer les impacts qu'aura ce changement. La gestion du changement selon le Lean permet l'analyse et la mesure des éléments facilitateurs et des contraintes. Le Lean permet de bien camper la philosophie de gestion, de baser les décisions sur des principes favorisant le long terme en se donnant une vision stratégique, de rendre les processus efficaces, de les stabiliser en favorisant une culture de qualité, de développer les individus qui sont la base des organisations et d'assurer la pérennité (Liker, 2009).

Finalement, la littérature portant sur la gestion du changement appuie le fait que différents styles de leadership doivent être pratiqués afin de s'ajuster aux diverses situations rencontrées (Mac Phee, 2007; Nemeth, 2003; Pipe & al., 2008).

3.3 L'infirmière au cœur d'un réseau en transformation et dans les services de deuxième ligne

L'infirmière dans le réseau de la santé et des services sociaux doit nécessairement adapter sa pratique aux différents changements organisationnels guidés par les réformes antérieures. La mise en place d'une profonde transformation des services de santé mentale par le MSSS a amené la Direction de la santé mentale à adhérer à deux principes directeurs soit : l'approche populationnelle et la hiérarchisation des services. L'amélioration de l'accessibilité, la continuité et la qualité des services passe, à prime abord, par le renforcement de la première ligne (OIIQ, 2012). Cette transformation des services oblige les professionnels à modifier leurs pratiques.

Le Code des professions du Québec (2001) prévoit que l'exercice infirmier correspond à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs (art. 36).

Selon l'Ordre des infirmiers et des infirmières du Québec, le soins en santé mentale et en psychiatrie comprennent l'ensemble des activités d'évaluation de la situation de santé physique et mentale d'une personne ou d'une famille, la surveillance clinique et le monitorage des soins et des traitements infirmiers et médicaux, les activités de soutien, de réadaptation et de réinsertion sociale, de liaison, de coordination que l'infirmière réalise en partenariat avec la personne et ses proches, avec les autres professionnels et les ressources communautaires (OIIQ, 2003). L'évaluation initiale et l'évaluation en cours d'évolution de la condition de santé physique et mentale de la personne sont garantes de la qualité des soins, des traitements et des services que chaque personne reçoit (OIIQ, 2003). Au cours de l'épisode de soins en centre hospitalier, l'infirmière oriente la personne, s'il y a lieu, vers des services appropriés ou vers d'autres intervenants ou encore détermine les soins et les traitements infirmiers qui sont nécessaires. Elle voit à la coordination des services et des ressources thérapeutiques en aménageant l'horaire quotidien de la personne, en lui rappelant au besoin et en l'incitant à se rendre à ses rendez-vous et, dans certaines occasions, en l'y accompagnant (OIIQ, 2003). Elle évalue l'évolution de sa condition, assure son suivi médicamenteux et, au besoin, selon les ordonnances, procède aux examens et aux tests requis. Elle informe les professionnels concernés de tous changements significatifs quant à la façon dont la personne répond au plan d'intervention interdisciplinaire

(OIIQ, 2003). Comme l'épisode est de courte durée en milieu hospitalier, l'infirmière en psychiatrie élabore des suivis systématiques. Ils décrivent le cheminement clinique pour des clientèles spécifiques qui présentent des problèmes de santé dont l'évolution peut être prédictive. Elle favorise la coordination et la continuité des soins et des traitements, les activités de soutien, de réadaptation et de réinsertion sociale de la pré hospitalisation à la post hospitalisation (OIIQ, 2003).

Selon l'OIIQ (2003), l'évolution rapide des connaissances scientifiques et le phénomène de désinstitutionnalisation auquel les infirmières ont contribué ont une influence de plus en plus marquée sur la pratique infirmière en santé mentale et en psychiatrie. Celles qui exercent dans ce domaine auront à relever de multiples défis pour intégrer ces nouvelles connaissances à leur pratique et pour développer de nouvelles avenues aux plans de la clinique, de la gestion des soins, de l'enseignement et de la recherche afin de mieux répondre aux besoins de cette clientèle.

À prime abord, selon l'Office des professions du Québec, une infirmière qui évalue les troubles mentaux doit détenir une formation de deuxième cycle et une pratique en soins infirmiers psychiatriques (OIIQ, 2012). C'est pourquoi un programme de formation universitaire de sciences infirmières, avec concentration en santé mentale et soins psychiatriques, a été mis en place. Ce programme de formation permet de standardiser le niveau de connaissances en comportant une formation théorique abordant soit les théories de la personnalité, la psychopathologie, le système de classification des troubles mentaux et les éléments permettant d'en apprécier la portée et les limites, ainsi que les connaissances requises pour l'utilisation de

tests psychométriques, en plus de stages supervisés qui assurent l'intégration des connaissances. En bref, cette formation permet bien de démontrer le rôle que peut jouer une infirmière dans les services de deuxième ligne.

Dans le même ordre d'idées, une infirmière ayant les compétences pour évaluer les troubles mentaux exerce sa pratique clinique auprès de la clientèle, mais elle agit également à titre d'experte ou de consultant auprès d'équipes de soins en première ligne ou en soins spécialisés dans des situations cliniques complexes (OIIQ, 2012). De plus, l'infirmière clinicienne spécialisée en santé mentale et psychiatrie peut également exercer son leadership auprès de ses collègues de façon à soutenir les professionnels de façon à ce que la durée moyenne de séjour sur civière soit inférieure à douze heures (MSSS, 2005).

La pertinence du rôle d'une infirmière en santé mentale a été confirmée par les activités qui leur ont été réservées dans le cadre de la Loi 90, adoptée en juin 2002, puis, par la Loi 21 adoptée en juin 2009 (MSSS, 2005) Cette nouvelle législation permet à une infirmière d'évaluer les troubles mentaux² et de décider de l'utilisation des mesures d'isolement. Cette loi permet donc de constater un autre rôle de l'infirmière dans les services de deuxième ligne (OIIQ, 2009).

Le rôle d'une infirmière en deuxième ligne implique qu'elle travaille à maintenir ou rétablir la santé de façon globale en faisant la promotion de la santé, y compris la santé mentale,

² Sous réserve d'une formation universitaire et d'une expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques qui seront déterminées par un règlement de l'OIIQ

la prévention des problèmes santé et des troubles mentaux, la prévention du suicide, la prestation de soins et de traitements médicaux et infirmiers (OIIQ, 2012).

Dans un autre ordre d'idées, la présence d'une infirmière de liaison en santé mentale serait utile pour la gestion des urgences de niveaux secondaire et tertiaire (MSSS, 2005). En bref, cela permettrait d'éviter les hospitalisations.

Suite au plan d'action en santé mentale de 2005, les établissements ont modifié la contribution des infirmières aux services de santé mentale. Certaines d'entre elles ont exercé des fonctions d'évaluation et de liaison que ce soit en première ligne ou dans les services spécialisés de psychiatrie. Par le fait même, cet investissement de la part des infirmières contribue à améliorer l'accès aux services. Pour ce faire, les infirmières ont dû acquérir les habiletés cliniques, via leur formation, pour approfondir davantage leur évaluation. Ces infirmières transmettent leurs conclusions et impressions cliniques au médecin ce qui permet une meilleure utilisation de l'expertise médicale (OIIQ, 2012).

En bref, les infirmières sont présentes à tous les niveaux de service en santé mentale et il est possible d'affirmer que celles-ci sont une ressource essentielle pour ces soins (OIIQ, 2009).

3.4 Organisation des soins de santé mentale en deuxième ligne

En 2005, le MSSS a déposé son Plan d'Action en santé mentale 2005-2010 intitulé « *La force des liens* ». L'une des assises de ce plan était de développer, en priorité, les services de

première ligne en santé mentale ce qui devrait permettre de désengorger les services de deuxième et troisième ligne. Ce plan reposait également sur les principes de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services de santé mentale. Ces principes assuraient la dispensation du bon soin, pour le bon client, au bon moment, par le bon intervenant, dans le bon service et ce, en tenant compte de l'implication du réseau. Les personnes utilisatrices du réseau devenaient des partenaires de premier niveau desquelles ont favorisaient l'engagement et le soutien.

En somme, la connaissance des services permet, si l'on réfère aux principes mentionnés ci-haut, d'être en mesure de réfléchir sur l'organisation des soins de santé mentale en deuxième ligne et de désengorger les services de façon plus générale. Toutefois, il est aussi pertinent de saisir l'ensemble des services de chaque ligne.

3.4.1. Services de première ligne en santé mentale au Québec

Les services de première ligne portent et partagent collectivement une responsabilité envers la population de leur territoire. L'équipe de première ligne sert à la fois de porte d'entrée, de lieu de traitement et de lieu intégrateur des soins offerts à un individu (MSSS, 2005). Elle s'assure de la disponibilité des ressources pour répondre aux besoins de la population et elle adopte des stratégies en vue d'améliorer la santé de celle-ci, en partenariat avec les ressources de leur territoire (MSSS, 2011). Les cibles veulent que l'usager ayant recours aux services de première ligne, y ait accès à l'intérieur de trente jours.

En bref, la personne qui souffre d'un problème de santé mentale accède aux services par le biais de l'accueil psychosocial de son CLSC ou via un médecin omnipraticien œuvrant en première ligne. Ces services de première ligne ont pour objectifs d'évaluer les demandes acheminées à leurs équipes, d'offrir des soins et des services dans un contexte de première ligne, c'est-à-dire que l'état de la personne ne requiert pas une hospitalisation, un suivi intensif ou un traitement spécialisés. Les services de première ligne tiennent compte des proches, ils assurent un soutien aux partenaires à l'intérieur du CSSS et aux partenaires externes en première ligne, y compris certains organismes communautaires.

3.4.2. Services de deuxième ligne en santé mentale au Québec

Au Québec, les services de deuxième ligne visent à soutenir la première ligne en mettant à la disposition des intervenants de première ligne leur expertise, via différents moyens tel que des agents de liaison ou des personnes identifiées à qui les professionnels peuvent se référer (MSSS, 2005). La majorité des gens qui accèdent aux services de deuxième ligne ont été référés par un intervenant de première ligne. Comme les services de deuxième ligne possèdent une expertise spécialisée, ils doivent être en mesure de supporter les intervenants de première ligne. Plus concrètement, il est possible d'affirmer que l'hospitalisation, le traitement en clinique externe et le suivi intensif sont des services de deuxième ligne. Les services de deuxième ligne permettent de soigner les personnes qui ne peuvent avoir un traitement adéquat au niveau de la première ligne. Ces services favorisent l'évaluation et le traitement spécialisé, l'hospitalisation et le suivi intensif. Les services de deuxième ligne incluent également le soutien spécialisé pour les enfants et les jeunes (MSSS, 2005).

Dans l'éventualité où un patient doit avoir recours aux services de deuxième ligne, les cibles nationales veulent que l'intervenant référant ait réponse à l'intérieur de 14 jours suivant l'orientation. Ensuite, le plan d'action stipule que l'usager, adulte ou jeune, doit avoir accès à un traitement à l'intérieur de 60 jours, lorsque son état nécessite des services spécialisés de deuxième et troisième ligne (MSSS, 2005).

En bref, suite à la réorganisation des services proposées par le PASM, 29 % des problèmes de santé mentale seront traités par les services de deuxième ligne. Sauf exceptions, toutes les personnes qui auront accès aux services de deuxième ligne auront été dirigées par un professionnel de la première ligne. La gamme de services offerts par la deuxième ligne réfère à l'évaluation et le traitement spécialisé, l'hospitalisation, le traitement dans un hôpital de jour, le suivi intensif dans la communauté et le soutien spécialisée pour les enfants et les jeunes.

3.4.3. Services de troisième ligne en santé mentale au Québec

Les services de troisième ligne visent à soutenir le premier et le deuxième niveau. Ces services sont offerts dans un nombre limité d'endroits et sont accessibles seulement aux personnes qui sont orientées à partir d'un autre niveau de services. Ils s'adressent à des personnes ayant des problèmes de santé très complexes, dont la prévalence est faible, ou dont la complexité requiert une expertise qui ne peut être offerte par les services de deuxième ligne (MSSS, 2005). Les services de troisième ligne sont déterminés par le MSSS, identifiés par les réseaux universitaires intégré de santé (RUIS) et offerts par certains centres hospitaliers affiliés aux réseaux universitaires: centres hospitaliers universitaires (CHU), centres affiliés

universitaires (CAU) et centres hospitaliers psychiatriques (CHPSY). L’Institut Philippe-Pinel détient pour sa part une responsabilité nationale en matière de psychiatrie légale et verra à convenir de mécanismes pour permettre l’accès à son expertise de troisième et de quatrième ligne dans tous les territoires québécois lorsque requise (MSSS, 2005).

3.5. Plan stratégique de santé mentale au Québec 2011

Plusieurs tendances sont sous-jacentes au plan stratégique en santé mentale. L’une d’elle veut qu’on mette l’usager au centre du système de soins, qu’on lui offre des soins et services centrés sur lui. Le patient devient un partenaire. Le plan d’action vise à accorder la priorité au rétablissement de la personne dans sa globalité tout en facilitant sa participation active à la vie en société.

L’implantation de cette approche est incontournable et doit s’effectuer dans le respect des orientations prescrites par le MSSS :

- ✓ l’action en amont des problèmes et la réduction des inégalités de santé et bien-être;
- ✓ la primauté des services de première ligne dans une perspective d’intégration et de hiérarchisation des services;
- ✓ un délai raisonnable pour l’accès aux services;
- ✓ la qualité des services et l’innovation;
- ✓ l’attraction, la rétention et la contribution optimale des ressources humaines;
- ✓ une gestion performante et imputable (MSSS, 2010).

Ce plan d'action vise également l'accessibilité et la continuité des soins et services. L'actualisation de cette orientation passera par une fluidité de la trajectoire de services entre la première, deuxième et troisième ligne, la clarification d'une offre de service pour le territoire du RUIS, le développement et l'application d'une approche intégrée pour le traitement des troubles concomitants en santé mentale et en toxicomanie. Un dépistage précoce des jeunes personnes atteintes doit être fait tout en bonifiant la trajectoire de services entre la psychiatrie de l'enfance, de l'adolescence et la psychiatrie adulte. Finalement, devant l'importance du défi du vieillissement de la population, il faudra revoir l'offre de services pour les troubles concomitants de santé mentale et de gériatrie (INSMQ, 2011).

Pour l'INSMQ, il sera également nécessaire de favoriser le transfert et l'application des connaissances et de l'expertise entre les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. Faisant face à une clientèle manifestant des problèmes de plus en plus complexes et variés de même qu'à une rareté de la main d'œuvre médicale, la collaboration interprofessionnelle devient déterminante pour le rétablissement de la personne.

3.6 Philosophie du rétablissement

Depuis 2005, le MSSS mandate différentes instances qui œuvrent dans les réseaux officiels et communautaires pour l'implantation d'une meilleure coordination des services et des personnels d'intervention en santé mentale. Cette réorganisation trouve appui dans l'expertise acquise depuis une quarantaine d'années relativement aux systèmes d'approche du trouble grave, autrefois nommés sévères et persistants.

La philosophie du rétablissement permet l'émergence des suivis intensifs dans le milieu (SIM), des suivis d'intensité variable (SIV), des guichets d'accès en santé mentale et valorise la place du pair-aidant à l'intérieur d'une équipe d'intervenants professionnels.

Le MSSS a adopté la définition du rétablissement de Thomas Kirk qui propose de le définir comme un processus qui permet à l'individu malade de développer ou de restaurer une identité positive et riche de sens malgré la condition qui l'afflige, puis de reconstruire sa vie en dépit ou dans les limites imposées par son état (MSSS, 2014).

En bref, le concept du rétablissement qui se centre sur la personne ayant un trouble de santé mentale est considéré comme une innovation lorsque comparé au modèle traditionnel médical des soins psychiatriques. En 2005, une équipe de chercheurs ont, via une étude qualitative, identifié des indicateurs facilitant ou entravant le processus du rétablissement chez les individus ayant un trouble de santé mentale (Mancini, Hardim, Eric, Lawson, 2005). Sur le plan des barrières, l'équipe identifiait les attitudes paternalistes, les traitements coercitifs, l'indifférence, le jugement négatif des professionnels, les effets secondaires de la médication et l'identification des personnes au diagnostic psychiatrique. Les facteurs facilitants identifiées sont l'existence de relations de support, l'engagement dans les activités ayant du sens, l'accès aux traitements alternatifs et formels.

Selon le National Empowerment Center (2006), la philosophie du rétablissement prône l'autodétermination des personnes par le biais de choix éclairés tout en favorisant la prise en

charge des personnes sur leur vie (empowerment) en considérant les relations basées sur la confiance, la compréhension et le respect. De plus, cette culture encourage les personnes souffrant de troubles psychiatriques à participer à la communauté et en faire des membres à part entière.

Les intervenants en santé mentale, notamment les cliniciens et les intervenants communautaires, doivent travailler à traduire le concept du rétablissement en services. Pour y arriver, la dynamique du pouvoir entre les fournisseurs de services et les personnes souffrant de troubles psychiatriques doit être changée. Les professionnels ou intervenants communautaires doivent combattre la stigmatisation et la discrimination.

Bien évidemment, pour avoir l'impact escompté, les services de santé doivent également suivre les meilleures pratiques et être accessibles dans des délais raisonnables (Douglas, 2013). Lorsqu'il est question de meilleure pratique en santé mentale, le MSSS s'est doté d'un plan d'action afin d'encadrer, de guider les soins offerts dans ces services. Publié en 2005 puis évalué en 2012, le PASM indique clairement où en sont les développements en santé mentale au Québec.

3.7 Évaluation de l'implantation du plan d'action en santé mentale

Pour certains clients, le MSSS estime qu'il pourrait être pertinent que l'équipe de deuxième ligne amorce les services de soutien d'intensité variable en collaboration avec le psychiatre. Ceci permettrait d'adapter l'offre de services tout en favorisant un passage en

douceur vers les services de première ligne, dès que la situation le permet. Du même coup, ce mode de fonctionnement maintient la relation entre les intervenants et le médecin traitant (MSSS, 2005)

En 2005, dans son plan d'action, le MSSS mentionnait clairement la nécessité de réorganiser les services spécialisés de deuxième ligne afin que les personnes travaillant dans ces services soient en mesure de mettre leur expertise à la disposition des intervenants de première ligne par des activités de consultation, de soutien et de formation (MSSS, 2005). L'évaluation de l'implantation du plan d'action en santé mentale faite par le MSSS révèle que la mise en place des guichets d'accès a permis une fluidité pour le transfert vers les services de santé mentale (MSSS, 2012). Il ne s'agissait pas de réorganisation de la deuxième ligne, mais plutôt de la première ligne afin de s'assurer que la deuxième ligne réponde aux besoins de la clientèle correspondante à ses critères.

En 2012, le MSSS mentionnait que les services d'interventions de crise sont disponibles à la grandeur du Québec. Par contre, il a été constaté que la gamme de services décrite au plan d'action en santé mentale n'est pas totalement mise en place dans plusieurs endroits. Cette implantation semble davantage complexe à mettre en place dans les régions périphériques. De ce fait, la surcharge de la deuxième ligne n'a pas été éliminée.

Dorénavant, le réseau de la santé et des services sociaux a une structure d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de traitement pour les jeunes ayant un trouble de santé mental. Les

guichets d'accès pour les services de première ligne sont implantés presque partout, sauf dans certaines régions plus rurales où il existe seulement des modalités d'accès aux services. Dans ces milieux, le MSSS note qu'il n'y a pas d'équipe dédiée à la santé mentale (MSSS, 2012). Seulement la moitié des régions ont été en mesure de répondre à l'intérieur de sept jours pour orienter le jeune vers les services de première ligne et qu'il ait accès à un traitement à l'intérieur d'un mois. C'est à ce moment que le recours aux services de deuxième ligne devient nécessaire.

Les équipes de traitement de première ligne en santé mentale sont présentes dans plus de onze régions. Lorsqu'une équipe n'est pas mise en place dans une région, les services sont offerts par le biais des services du secteur AEOR (MSSS, 2012). Pour les adultes ayant un trouble mental, l'évaluation de l'implantation du PASM souligne que la « mise en place incomplète des guichets d'accès et le manque de personnel en santé mentale rendent plus difficile la dispensation des services. L'accès aux services est possible sur tous les territoires, mais : « les procédures d'accès ne sont pas les mêmes d'un CSSS à l'autre, tout comme les ressources affectées aux équipes de santé mentale » (MSSS, 2012, p.2). Par contre, certaines particularités régionales font en sorte que l'implantation varie en fonction des besoins régionaux (MSSS, 2012).

Pour les personnes présentant un diagnostic de comorbidité, il est ressorti de l'évaluation de l'implantation du PASM, qu'environ le tiers des régions possède une offre de services qui commence à être structurée. L'arrimage est la principale difficulté ciblée. Il est également

important de prendre en considération que les problèmes de comorbidité sont devenus plus complexes (MSSS, 2012).

De plus, lorsqu'il est question d'une vision stratégique pour les services de deuxième ligne, le MSSS mentionnait clairement la nécessité de développer les services de première ligne pour, d'un part, offrir des services de qualité et accessibles aux collectivités et, d'autre part, pour permettre l'utilisation optimale des services de deuxième ligne. Les services de deuxième ligne sont utilisés à outrance, par les adultes, ce qui réduit les effectifs disponibles pour les jeunes qui en ont besoin (MSSS, 2005). En fait, le plan d'action en santé mentale visait à ce que les services spécialisés de deuxième ligne soient réservés :

- ✓ « à l'évaluation et au diagnostic;
- ✓ au traitement des personnes ayant les symptômes les plus graves;
- ✓ aux soins destinés aux personnes présentant le plus de risques de rupture avec la société (violence, criminalité);
- ✓ au traitement et à la réadaptation de longue durée d'un petit nombre de personnes résistant aux traitements habituels, mais qui ont un potentiel de réadaptation;
- ✓ à la formulation de recommandations pour le traitement dans les services de première ligne et pour le traitement des personnes n'ayant pas fait l'objet de telles recommandations » (MSSS, 2005, p.45).

Face à l'organisation des services, l'étude du MSSS a révélé que dans plusieurs régions, les arrimages et les services de première et de deuxième ligne sont à consolider. Les guichets d'accès ne fonctionnent pas de façon optimale et les actions devront accorder une importance à la situation d'un parent atteint lui-même de maladie mentale et dont son état se détériore (MSSS, 2012).

Il est également important de savoir que, dorénavant, selon le plan d'action en santé mentale 2005-2010, les niveaux de services ne peuvent plus être associés à un type d'établissement ou d'organisme donné. Auparavant, les services de deuxième ligne étaient dispensés par les centres hospitaliers tandis que les ressources de la communauté étaient les services généraux de première ligne. À ce jour, les services de deuxième ligne sont offerts par les CSSS, par certains organismes communautaires et par tous les centres hospitaliers qui offrent des services psychiatriques (MSSS, 2005).

Tous les écrits sur la vision des services de deuxième ligne sont clairs sur l'importance d'assurer l'arrimage entre les services spécialisés et les services de troisième ligne tout en ne négligeant pas la création de lien avec les professionnels de la première ligne. Cet arrimage doit également se faire auprès des organismes communautaires qui, au fil du temps, ont développé une expertise et un leadership qui est nécessaire de reconnaître (MSSS, 2005).

La pénurie de psychologues, de travailleurs sociaux et le manque de médecins de famille sont des entraves rapportées presque partout. Les effectifs professionnels sont déficitaires dans plusieurs régions. Un des effets pervers du manque de ressources humaines tant dans la première, la deuxième et la troisième ligne pourrait être que certains médecins, afin d'assurer l'accès aux services, réfèrent directement les jeunes vers les services pédopsychiatriques (MSSS, 2012).

Il est évident qu'une telle réorganisation qui a pour but « de doter le Québec d'un système efficient de santé mentale reconnaissant le rôle des personnes utilisatrices et offrant l'accès à des

services de traitement et de soutien pour les enfants, les jeunes et les adultes de tout âge ayant un trouble mental » (MSSS 2012, p. 67) nécessitera encore quelques années avant d'être totalement implanté.

L'évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 a clairement démontré que les services en santé mentale se sont améliorés; que des mécanismes de concertation et de communication ont pris naissance pour favoriser l'implantation des cibles du plan d'action.

Pour mener à terme les différentes mesures mises en place dans le plan d'action en santé mentale, les intervenants et les partenaires devront faire de nombreuses adaptations, par exemple, dans les manières de faire. L'atteinte des objectifs fixés au plan d'action en santé mentale dépend de leur implication dans les changements proposés.

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

Le chapitre suivant offre un descriptif de la méthodologie utilisée lors de la présente étude. Dans un premier temps, il décrit le CSSSAE, le devis de recherche ainsi que le déroulement de l'étude. En second lieu, il présente une description du milieu et traite de l'échantillonnage. Afin de favoriser la compréhension, des définitions opérationnelles sont abordées. Ce chapitre expose les instruments de mesure utilisés. Il discute des biais méthodologiques et de la validité de l'étude. Ensuite, il traite des considérations éthiques, des avantages et des limites de la recherche. Finalement, il présente les retombées attendues.

4.1 Présentation du CSSSAE

Le CSSSAE fait partie des huit centres associés à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Il est issu de la fusion volontaire des cinq établissements de santé et de services sociaux publics des MRC d'Arthabaska et de l'Érable. Il est responsable de trois missions de soins : CH (Centre hospitalier), CLSC (Centre local de services communautaires) et CHSLD (Centre d'hébergement et de soins de longue durée) offertes dans 13 installations: sept ressources non institutionnelles d'hébergement (partenaires liés par contrat) se retrouvant sur un territoire se caractérisant par une distance de 85 km entre les deux pôles. Il offre des soins et des services à une population de 92 000 personnes à 43,45 % rurale et 56,55 % urbaine. La population occupe un vaste territoire soit 35 municipalités sur 3187 km² (Plan stratégique 2010-2015 CSSSAE).

Le CSSSAE offre des services psychosociaux généraux, des services de première ligne en santé mentale, des services de première ligne en déficience intellectuelle, des services adultes en

santé mentale volet hospitalier, ainsi que des services de première ligne en dépendances. L'unité de soins psychiatriques est une unité d'hospitalisation ayant pour mission d'offrir des services spécialisés de deuxième ligne d'évaluation, de diagnostic et de traitement de courte durée des troubles mentaux.

4.2 Devis de recherche

Une approche de recherche-action est favorisée dans ce projet car elle permet d'adapter l'étude à des problématiques concrètes dans un milieu de travail réel et d'en adapter les actions en fonction de l'interaction avec le milieu (Valcarcel-Craig, 2009). Dans ce contexte, il est souhaitable que certains principes du modèle Lean puissent être appliqués dans l'analyse de la situation actuelle à l'unité de psychiatrie du CSSSAE, dans l'élaboration de pistes d'amélioration ainsi que dans l'évaluation des changements organisationnels qui prendront place pendant l'étude. L'optimisation du travail infirmier vise notamment que les infirmières puissent répondre à la demande de la clientèle de deuxième ligne en santé mentale selon les critères établis par le MSSS.

Afin de répondre aux objectifs de cette étude, le Lean se veut un cadre de référence intéressant et se marie bien au principe de la recherche-action. Le devis de cette étude quantitative est de type descriptif comparatif. La recherche action favorise le transfert effectif des résultats de recherche dans les milieux d'études dans la mesure où le travail d'observation et d'analyse exige une implication constante tant des chercheurs que des intervenants. Ces projets de recherche deviennent alors « conjoints ». Cette façon de faire débouche sur un processus

d'accompagnement propre à favoriser une appropriation des connaissances produites. Au plan scientifique, ce type de recherche qui, à bien des égards, se rapproche de l'observation participante, augmente également la pertinence des résultats et des interventions (Valcarcel-Craig, 2009; Stringer, 2007). Les changements souhaités proviennent d'un travail de la part des employés. Suite à ceux-ci, une deuxième prise de données a été effectuée pour comparer les processus avant et après les changements. Ce type d'étude analyse les données à partir de l'intérieur du système et fait en sorte que les actions soient directement orientées vers le terrain (Valcarcel-Craig, 2009) tout en favorisant la participation active des différents acteurs. Comme la recherche-action permet un partage de connaissances théoriques et pratiques entre le milieu et le chercheur, cela facilite la compréhension des processus cliniques et administratifs et répond aux besoins identifiés.

4.3 Déroulement de l'étude

En 2010, la direction du CSSSAE avait pour objectif de réorganiser le travail au sein de l'unité de psychiatrie de l'Hôtel-Dieu en terme de révision des processus cliniques et administratifs. Pour ce faire, une collaboration avec la Chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé (IRISS) de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) a été établie.

Lors d'une rencontre avec les gestionnaires en septembre 2010, le projet s'est défini comme étant, dans un premier temps, une cartographie du cheminement actuel fait par le patient ainsi que les lieux physiques de l'unité psychiatrique. Dans un deuxième temps, une prise de

données sur l'organisation du travail (horaire, travail en valeur ajoutée et non valeur ajoutée) avant la réorganisation du travail. Troisièmement, l'émission des propositions d'amélioration de l'organisation du travail. Finalement, une activité de type Kaizen avec les employés a été tenue, et une reprise de données a été faite suite à la réorganisation.

Le premier volet, l'étape de préparation, a été consacré aux différentes rencontres avec les responsables du projet du CSSSAE et les employés qui travaillent à l'unité psychiatrique. Il a été prévu de suivre quelques équipes de travail afin de valider les grilles de saisie qui ont été utilisées lors de l'étude. De plus, les différents indicateurs retenus pour l'étude ont été déterminés à cette étape. Cette première étape a eu lieu en octobre 2010.

D'octobre à décembre 2010, la première collecte de données a été faite. De plus, afin de s'assurer de saisir la globalité des activités des différentes équipes de travail, il a été proposé de suivre l'ensemble des activités de ces équipes sur les trois quarts de travail. Pour ce faire, l'observation du travail des équipes a été faite à l'aide de la méthode du chronomètre (Kanawaty, 2003). Il s'agit d'une stratégie qui consiste à observer et à indiquer ce que le personnel accomplit comme gestes tout au long de leur quart de travail, que ce soit de jour, de soir et de nuit. Cela permet d'obtenir suffisamment de données et avoir des données des différents quarts pour apporter les modifications appropriées.

Suite à la première collecte de données, en février 2011, un rapport au personnel du CSSSAE ainsi qu'au personnel cadre a été présenté pour mettre en lumière certains points à

améliorer et discuter des pistes de changements en s'inspirant des principes du modèle Lean. Dès avril 2011, les travaux se sont amorcés menant à une activité Kaizen qui a eu lieu en mai 2011 (voir horaire en annexe 1). Cette activité a servi de base pour les travaux et amena l'élaboration d'un plan d'action assurant le suivi et l'évaluation de ces derniers. Une seconde collecte de données s'est déroulée en décembre 2011 pour observer les changements survenus et évaluer la progression dans l'organisation du travail infirmier. Finalement, un second rapport a été présenté au personnel du CSSSAE ainsi qu'au personnel d'encadrement pour faire le point sur les améliorations obtenues au cours du projet. En mai 2012, le CSSSAE présentait un bilan du projet de réorganisation de l'unité de psychiatrie. La planification des activités pour le déroulement de ce projet est résumée au tableau 3.

Tableau 3 : Déroulement du projet

Activités	Dates
Lancement de projet : Rencontre avec les gestionnaires du CSSSAE	Septembre 2010
Rencontre de l'équipe infirmière et des infirmières	Octobre 2010
Première collecte de données	Octobre à décembre 2010
Compilation, analyse des données et élaboration d'un rapport préliminaire	Janvier 2011
Présentation du rapport et discussion avec les gestionnaires du CSSSAE	Février 2011
Présentation du rapport et discussion avec l'équipe infirmière de la santé mentale	Février 2011
Activité Kaizen	Mai 2011
Soutien selon les besoins de réorganisation dans le milieu et mise en place	Mai à décembre 2011
Seconde collecte de données (selon changements survenus)	Décembre 2011
Rédaction d'un rapport final et présentation	Février 2012

4.4 Description du milieu

L'unité de soins psychiatrique est une unité d'hospitalisation ayant pour mission d'offrir des services spécialisés d'évaluation, de diagnostic et de traitement de courte durée des troubles mentaux. Elle possède 21 lits, ainsi que cinq autres pouvant être utilisés au besoin et une chambre sécuritaire. Ces lits sont répartis dans onze chambres semi-privées et cinq chambres privées dont deux pour les usagers ayant besoin d'une surveillance étroite.

4.5 Échantillonnage

Le personnel œuvrant à l'unité de psychiatrie de l'Hôtel Dieu d'Arthabaska constitue l'échantillon de convenance de cette étude. Le tableau 4 illustre la structure de poste de l'unité de psychiatrie. Lors du lancement de projet en septembre 2010, cette équipe était constituée d'un préposé au bénéficiaire (PAB) travaillant sur le quart de nuit la semaine et la fin de semaine et

Tableau 4 :
Structure de poste à l'unité psychiatrique

	Nuit (sem. et fds)	Jour (semaine)	Jour (fds)	Soir (semaine)	Soir (fds)
PAB	1	-	-	-	-
Commis	-	1	-	-	-
Infirmière-auxiliaire	1	1	1	1	2
Infirmière	1	4	2	3	1
Assistante du supérieur immédiat	1 (avec patient)	1	1	1	1

d'une commis sur le quart de jour la semaine. Une infirmière auxiliaire de jour la semaine et la fin de semaine, une de soir la semaine et deux la fin de semaine étant également présentes ainsi qu'une de nuit semaine et fin de semaine. La semaine et la fin de semaine, une seule infirmière est présente sur le quart de nuit, quatre de jour la semaine et deux la fin de semaine. Trois infirmières sont présentes les soirs la semaine et une la fin de semaine. De plus, l'équipe compte une assistante du supérieur immédiat (ASI) par quart. Cette dernière a des patients à sa charge la nuit. Les données en lien avec tous les titres d'emploi ci-dessus ont été retenues parce qu'elles ont un impact sur le travail infirmier et que c'est le poste étudié dans cette étude. Plus d'une quinzaine d'employées ont accepté de se faire observer. Les résultats qui seront présentés dans les prochaines pages regroupent les catégories d'employées et représentent un temps moyen par activité.

4.5 Définitions opérationnelles

Pour permettre une meilleure compréhension des termes employés qui sont significatifs lors de cette étude, les concepts importants se définissent comme suit :

Indicateurs de performance. Comme le but de l'étude est une réorganisation du travail infirmier dans le secteur afin d'optimiser les soins au client, il en va d'une réflexion sur ce que représente la performance d'une organisation. Selon l'Association Québécoise des établissements de services de santé (2009), la performance se manifeste par la capacité de l'établissement à réaliser quatre fonctions soit l'atteinte de ses buts, l'adaptation à son environnement en termes d'acquisition de ressources et de réponses aux besoins, la production de services de qualité avec productivité et le maintien et le développement des valeurs communes. La performance repose donc sur la capacité de l'organisation à harmoniser les échanges et les négociations entre les quatre fonctions par les différents acteurs. L'utilisation du Lean en santé se veut, en lien avec la performance, une réponse au paradoxe souvent rencontré dans nos organisations; ajouter des ressources pour réduire les délais d'attente.

Compétences infirmières. Les centres de santé et des services sociaux désirent atteindre un maintien et une amélioration pour la clientèle à travers une organisation performante, mais aussi avec du personnel compétent. Comme il y a lieu de se questionner sur ce qu'est une compétence infirmière, un éclaircissement est nécessaire. Selon l'OIIQ (2009b), les compétences réfèrent à des connaissances, à des habiletés ou à des attitudes que l'infirmière met à contribution dans l'exercice de sa profession.

Activité à valeur ajoutée (AVA). Les activités qui contribuent à la valeur du produit ou du service final (Liker & Meier, 2008). Les soins directs prodigues à l'usager sont une activité pouvant ajouter de la valeur au service de santé. Il est important de préciser que les activités à valeur

ajoutée doivent être considérées en fonction du client. Dans la présente recherche, le client s'avère être l'infirmière puisqu'il s'agit d'un projet de réorganisation du travail infirmier. De ce fait, les AVA doivent correspondre aux compétences infirmières.

Activités sans valeur ajoutée (ASVA). Les activités, qui n'ajoutent pas de valeur au produit ou service final sont qualifiées de sans valeur ajoutée. Dans la philosophie Lean, plusieurs efforts sont concentrés à éliminer les sources de gaspillage, dont les ASVA. En santé, les ASVA sont notamment reliées à la duplication de l'information et à des distances à parcourir. Certaines de ces activités sont toutefois nécessaires à la production d'un produit ou d'un service et doivent être repensées de façon à limiter le gaspillage; elles seront des activités à valeur de processus (Liker, 2009). La distribution des repas ou certaines tâches cléricales sont des exemples d'ASVA lorsqu'elles sont effectuées par une infirmière. Elles peuvent être déléguées à un professionnel non infirmier considérant qu'elles ne peuvent être éliminées et qu'elles sont importantes pour le patient.

Amélioration continue. Un changement qui permet la progression soutenue d'une activité, pour créer davantage de valeur en réduisant le gaspillage. L'amélioration continue est également appelée amélioration des processus ou kaizen (Liker & Meier, 2008).

Cartographie du processus. Cet outil permet une analyse en profondeur des étapes d'un processus, et ce, en collaboration avec les employés, de façon à déceler les éléments sans valeur ajoutée propre au milieu. Il s'agit de la schématisation des étapes d'un processus afin d'en

faciliter la compréhension. Avec la collaboration des gens sur le terrain, elle permet d'analyser les étapes du processus en termes d'AVA et d'ASVA.

4.6 Instruments de mesure

L'étude de temps et mouvements qui a été faite auprès du personnel de la psychiatrie a permis de recueillir des données qui ont servi à l'analyse du travail fait par ces employés. L'observation chronométrée, en suivant deux personnes par quart, a été faite sur les quarts de travail de jour, de soir et de nuit de même que la fin de semaine. Les activités observées et leur description se retrouvent en annexe 2, ainsi que leur catégorisation en termes de valeur ajoutée pour chaque titre d'emploi. L'observation directe et les entrevues informelles qui ont eu lieu avaient pour objectif de comprendre et de cartographier les processus cliniques et administratifs et identifier les ASVA ainsi que les sources de gaspillage. Quatre observations pour chacun des types d'emploi ont été effectuées pour chaque quart de travail.

4.7 Biais méthodologiques et validité

La validité interne de ce projet a pu être compromise puisqu'il s'agit d'un échantillon de convenance et que les participants étant présents en trop petit nombre. La validité externe peut avoir été influencée par l'opinion de la chercheure face à l'application des principes du Lean. Ensuite, un biais de désirabilité chez les participants peut avoir influencé leur méthode de travail pendant les collectes de données. Comme celle-ci s'est étendue sur une période de deux mois, cet effet peut avoir diminué puisque l'habitude s'est créée au fil du temps.

4.8 Considérations éthiques

L'obtention d'un certificat d'éthique sur la recherche avec les êtres humains a été délivrée par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières (annexe 3). Ce certificat montre le respect des règles en lien avec ce type de recherche. Comme il s'agit d'une étude faite au CSSSAE, les autorisations du CER de l'Université de Sherbrooke pour effectuer le projet ont été demandées. L'étude ne comportait pas de risques psychologiques ou physiques pour les personnes impliquées. La participation à l'étude a été faite de façon volontaire. Le travail a été observé uniquement si la personne avait signé le consentement écrit et dans les moments où elle a accepté d'être observée. Les données analysées ne portaient pas préjudices à quiconque et ne pouvaient être associées à une personne. La chercheure a fixé des périodes où elle pouvait être sur les lieux avec les responsables du CSSSAE. Les documents renfermant des informations sur les employés ont été transférés dans un document Excel en retirant toutes données pouvant être associées à une personne. Les données recueillies sont conservées sous clé dans un endroit sécuritaire à l'UQTR auquel seulement les membres de l'équipe de recherche ont accès. Elles seront détruites un an après la fin du projet et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

4.9 Avantages et limites de la recherche

Ce type d'étude a pour avantage d'objectiver, de façon quantitative, les activités professionnelles faites par les équipes de travail. Il est alors possible pour l'organisation de mieux saisir son propre fonctionnement. Toutefois, il est évident que les données recueillies ne sont pas généralisables à l'ensemble de l'organisation du CSSSAE, le projet ne couvrant que

l'unité de psychiatrie. L'utilisation de la philosophie Lean n'est pas globale et selon Liker (2009), il est suggéré de l'instaurer à tous les niveaux de l'organisation.

L'étude a permis l'émission de plusieurs pistes de solutions. Par contre, les changements apportés suite aux constats qu'ont permis l'étude, dépendent de l'organisation et il est impossible d'établir une causalité entre les recommandations faites et les changements observés lors de la deuxième collecte de données. En effet, les liens identifiés lors de la comparaison pourraient dépendre d'éléments contextuels non contrôlables. Toutefois, il est important de souligner que plusieurs réaménagements ont été entrepris par le CSSSAE.

Finalement, l'orientation de l'étude était tributaire du mandat confié par l'organisation. Si cette dernière n'avait pas fait le suivi, aucune pérennité n'aurait été possible.

4.10 Retombées attendues

Ce projet s'inscrit dans une volonté ministérielle d'optimiser le processus de travail en santé selon des principes du Lean (AQESSS, 2011). Cette étude permettra de voir l'applicabilité du Lean dans l'organisation d'un département de santé mentale de deuxième ligne dans le but d'optimiser le travail infirmier. Premièrement, l'application du Lean devrait réduire ou éliminer les sources de gaspillage dans le travail infirmier de façon à augmenter le temps consacré aux soins directs ou au travail clinique permettant de soutenir les patients de l'unité de psychiatrie. Une satisfaction en lien avec une plus grande autonomie dans l'organisation du travail, l'utilisation d'outils ou de services permettant d'effectuer leur travail de façon efficace et

l'investissement personnel et professionnel dans des projets d'amélioration sont aussi des aspects positifs de l'utilisation du Lean dans la réorganisation du travail infirmier qui pourraient être observés. Cette satisfaction et la collaboration avec l'équipe de recherche peuvent s'avérer un support important dans l'établissement des changements. Deuxièmement, considérant les exigences ministérielles en lien avec l'utilisation du Lean dans la réorganisation des établissements de santé, il serait intéressant que cette recherche puisse orienter, par les pistes de solutions élaborées, d'autres études du même genre.

CHAPITRE V
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Ce chapitre a pour objectif la présentation des résultats. Il sera possible de constater l'étude temps et mouvements avant la réorganisation. Puis, la description de l'activité Kaizen ayant mené à la suite des travaux est présentée. Pour terminer, il est possible d'apprécier une deuxième étude temps et mouvements en lien avec une collecte de données ayant eu lieu suite à la réorganisation.

5.1 Étude temps et mouvements avant la réorganisation

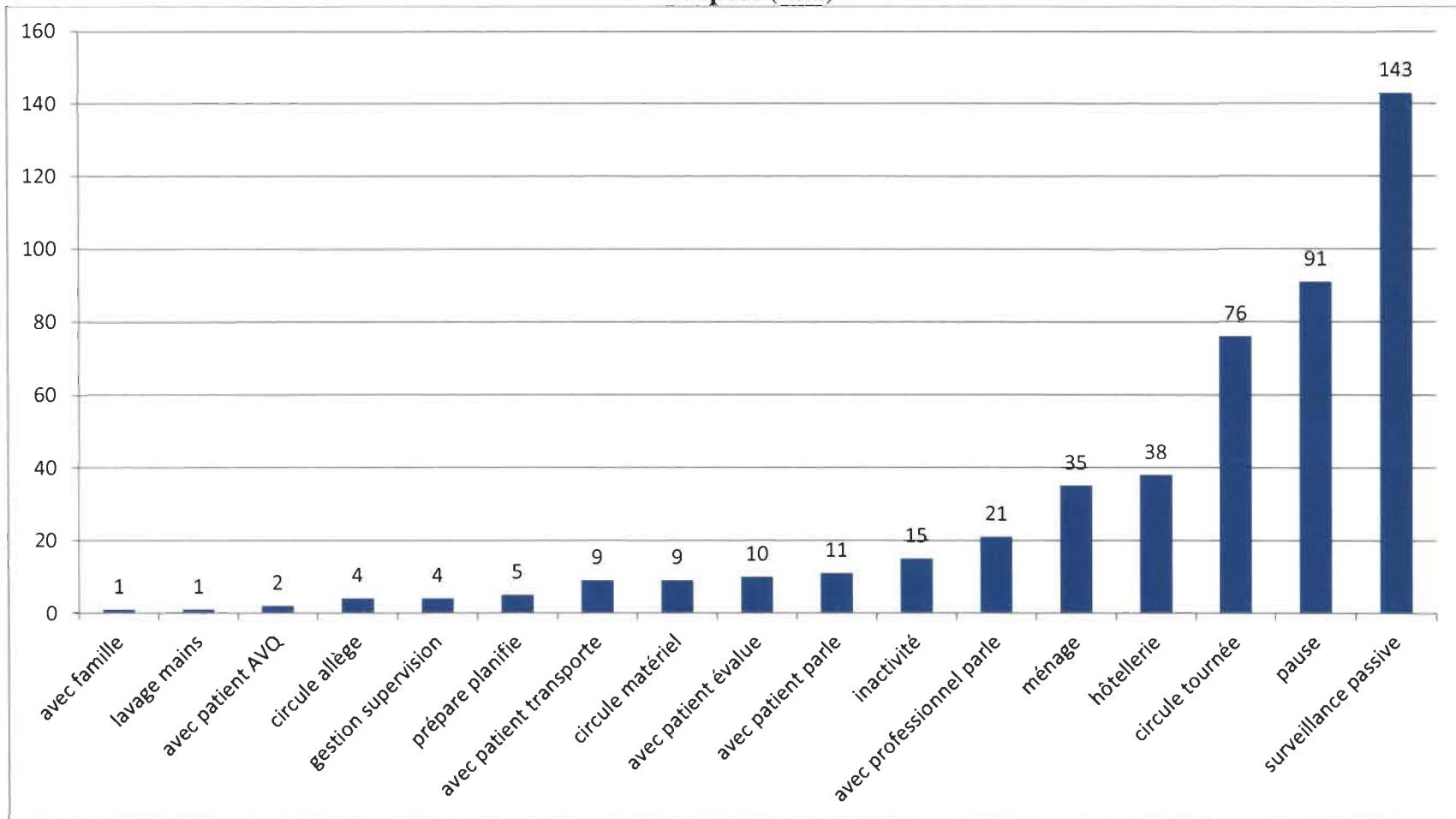
Le projet d'optimisation de l'unité de soins psychiatriques a porté principalement sur la réorganisation du travail de l'équipe de soins. Il s'est amorcé à l'automne 2010. D'octobre à décembre, la première collecte de données de l'étude a eu lieu sur les différents quarts de travail.

Les graphiques 1 à 13 illustrent les données recueillies. La présentation des données sera faite par titre d'emploi par quart de travail. Elles représentent les moyennes de tous les intervenants d'un même titre d'emploi ayant été observés. Un total de 480 minutes par quart de travail est observé, soit 8 heures d'observation. Lors de la première collecte de données, il est important de préciser que le titre d'emploi de préposé aux bénéficiaires n'était présent que la nuit. Ensuite, il a été déterminé qu'aucun changement ne serait fait concernant l'équipe de nuit puisque cette dernière constitue une équipe de base, c'est à dire le minimum d'employés requis pour assurer le quart de travail. De plus, pour l'ensemble des titres d'emploi, il est à noter que les données étant présentées sous le titre « pause » comprennent les heures de repas. Ces données devraient totaliser 75 minutes, 45 représentant le temps alloué aux repas et deux fois 15 minutes pour les pauses accordées par l'employeur.

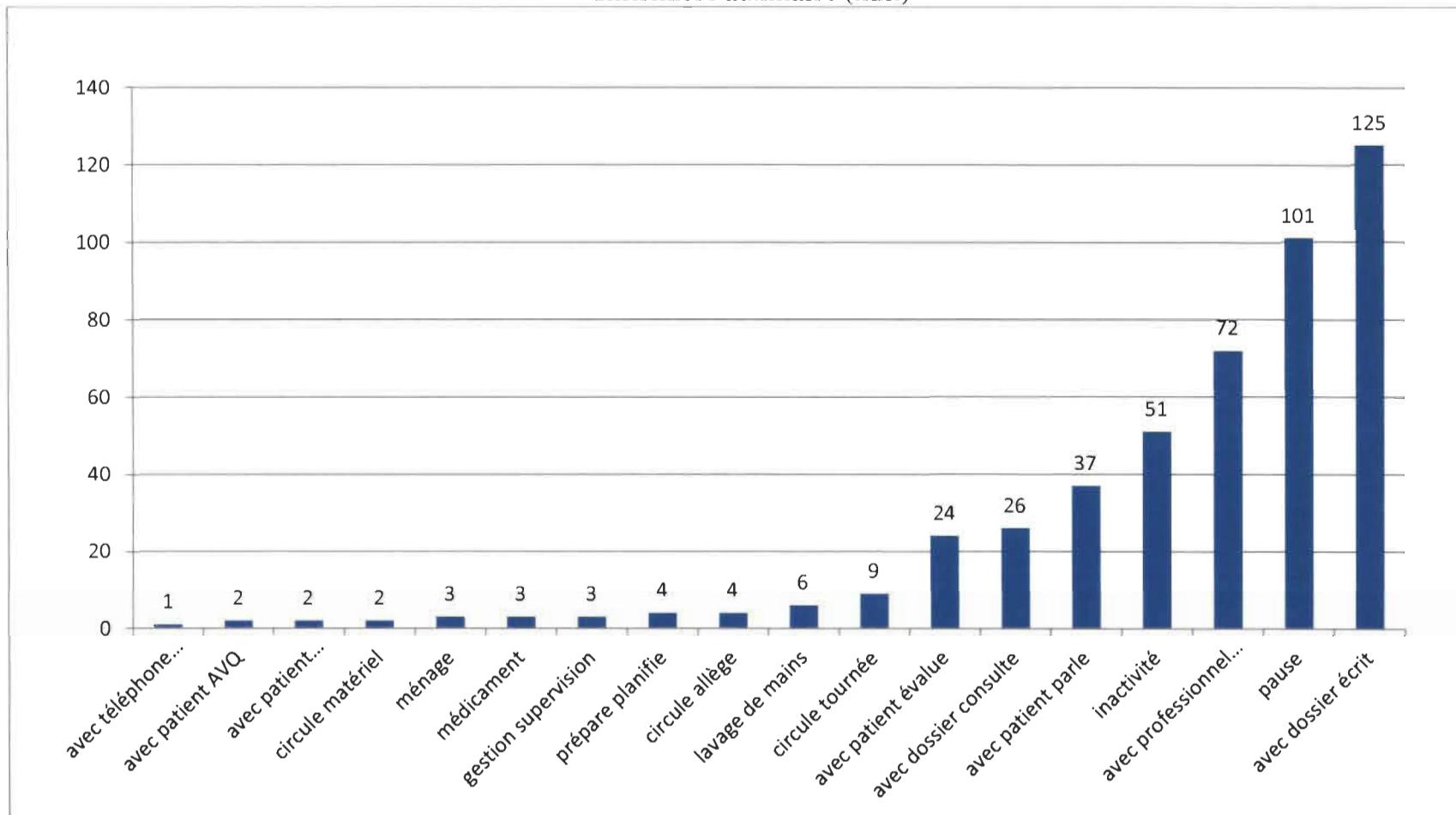
Le graphique 1 indique que la surveillance passive représente, la nuit, la tâche la plus importante dans le travail du préposé aux bénéficiaires totalisant 143 minutes. Cette surveillance s'accompagne de tournées qui impliquent que le préposé se déplace vers les chambres pour s'assurer que tout est adéquat (91 minutes). Lors de ces tournées, il n'est pas rare que le préposé doive répondre à certains besoins de base de client (38 minutes d'hôtellerie). En somme, sur un quart de travail de 7 heures quinze minutes, ces tâches totalisent plus de la moitié des activités du préposé.

Le graphique 2 illustre les résultats obtenus pour l'infirmière auxiliaire qui travaille de nuit. Il est possible de remarquer que cette dernière comptabilise 125 minutes d'écriture au dossier. De plus, elle dépasse de 26 minutes le temps alloué pour sa pause, soit 101 minutes. L'observation fait ressortir que l'infirmière auxiliaire passe 51 minutes d'inactivité sur l'ensemble de son quart de travail. Cette situation peut s'expliquer par le fait que les patients en psychiatrie dorment assez longtemps la nuit. Les 72 minutes de discussion avec les professionnelles comprennent le rapport du soir et du matin. Considérant que l'infirmière auxiliaire assume les tournées et la surveillance pendant que le PAB est à sa pause ou en activité de transport du patient pour les examens demandé au matin, davantage de temps aurait dû être noté pour ces activités. Toutefois, neuf minutes y sont accordées. Partageant le quart de travail avec une assistante de nuit, les données recueillies auprès de cette dernière permettent de constater que c'est elle qui relève le PAB.

**Graphique 1: Nombre de minutes totales selon l'activité
(par employé sur une période de huit heures)**
Préposé (nuit)



**Graphique 2: Nombre de minutes totales selon l'activité
(par employé sur une période de huit heures)**
Infirmière auxiliaire (nuit)

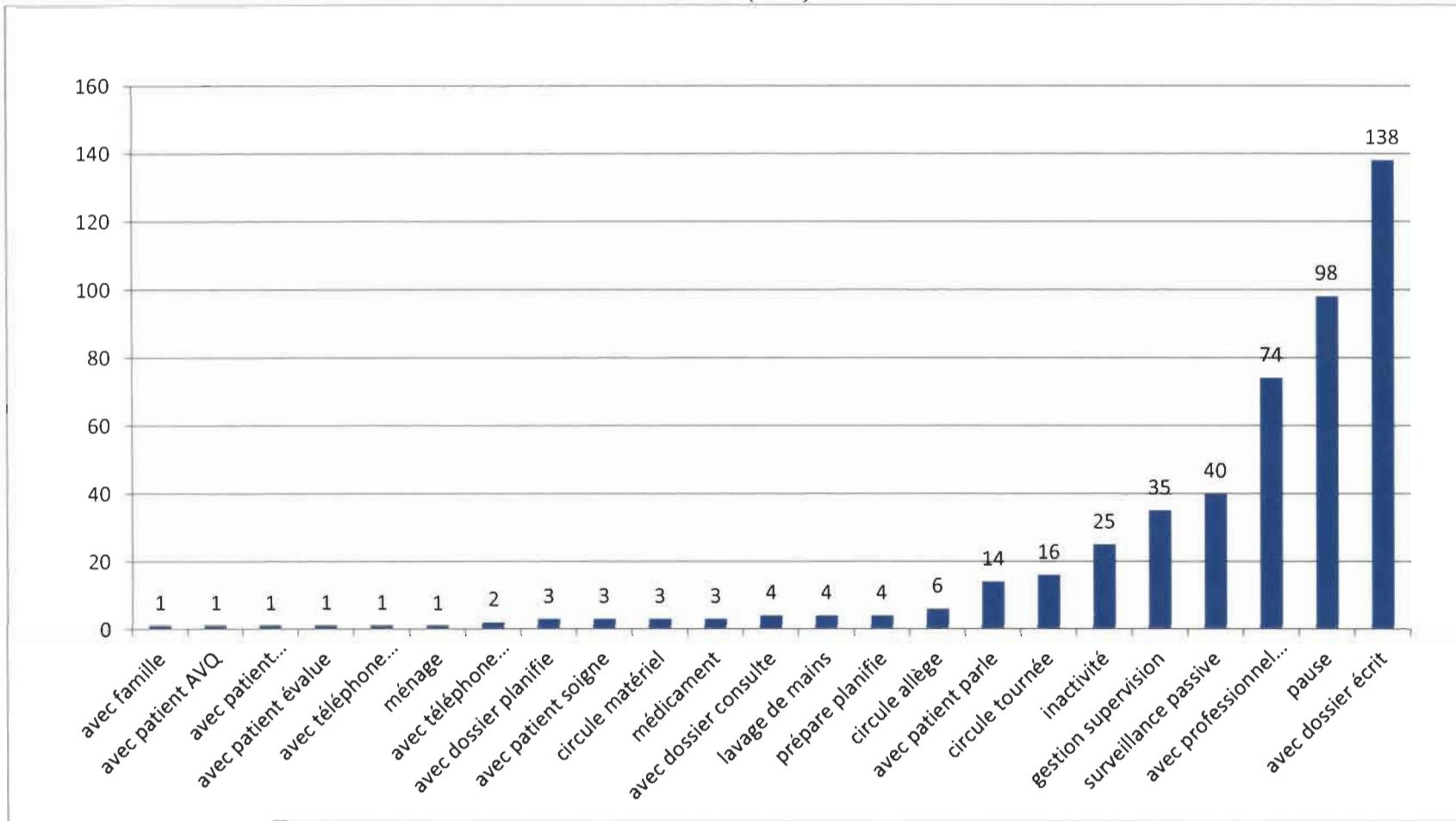


L'assistante du supérieur immédiat du quart de nuit passe 138 minutes à rédiger des notes au dossier. Il est possible de constater que tout comme l'infirmière auxiliaire, elle dépasse le temps alloué pour la pause, soit 98 minutes plutôt que 75 minutes. Elle assume 35 minutes de gestion ou de supervision associées à son rôle d'ASI. Elle remplace le préposé pour 56 minutes, soit 40 minutes en lien avec la surveillance et seize pour effectuer les tournées. L'ASI comptabilise 74 minutes de discussion avec les autres professionnels en lien avec les rapports du soir et du matin. Le graphique 3 donne les résultats.

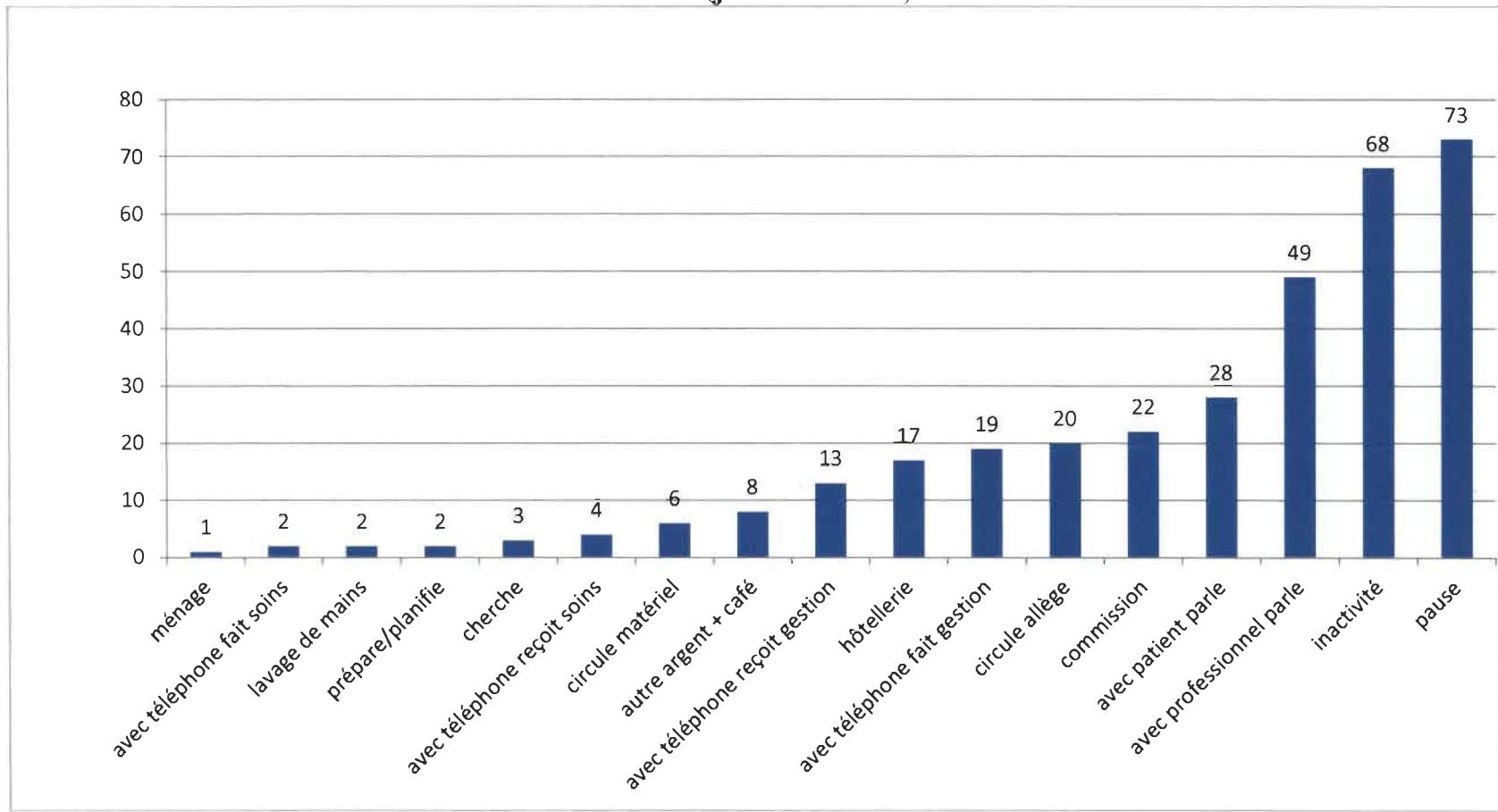
Le graphique 4 fait état des tâches effectuées par la commis (agente administrative) sur le quart de jour. Il n'y a pas de commis sur les autres quarts de travail. Il est possible de constater de longues périodes d'inactivité (68 minutes) lors du quart de cette dernière. Elle se trouve au poste infirmier, donc elle est en contact avec les différents intervenants. Les principales tâches effectuées sont en lien avec la gestion des dossiers (19 minutes), des appels (19 minutes) ainsi que les réponses aux différents professionnels pour la gestion du travail administratif (49 minutes). Elle discute avec les patients (28 minutes) et elle fait des commissions en lien avec l'unité pour un total de 22 minutes. Elle assume un rôle d'hôtellerie pour pallier en l'absence du PAB (17 minutes).

Le graphique 5 permet de constater que la principale tâche effectuée par l'infirmière auxiliaire le jour, la semaine, est la rédaction de notes (85 minutes). Outre cette tâche, la majorité de son temps est répartie entre les discussions avec les patients (75 minutes) et les autres professionnels (70 minutes). Les 35 minutes allouées à l'hôtellerie et les 25 minutes concernant

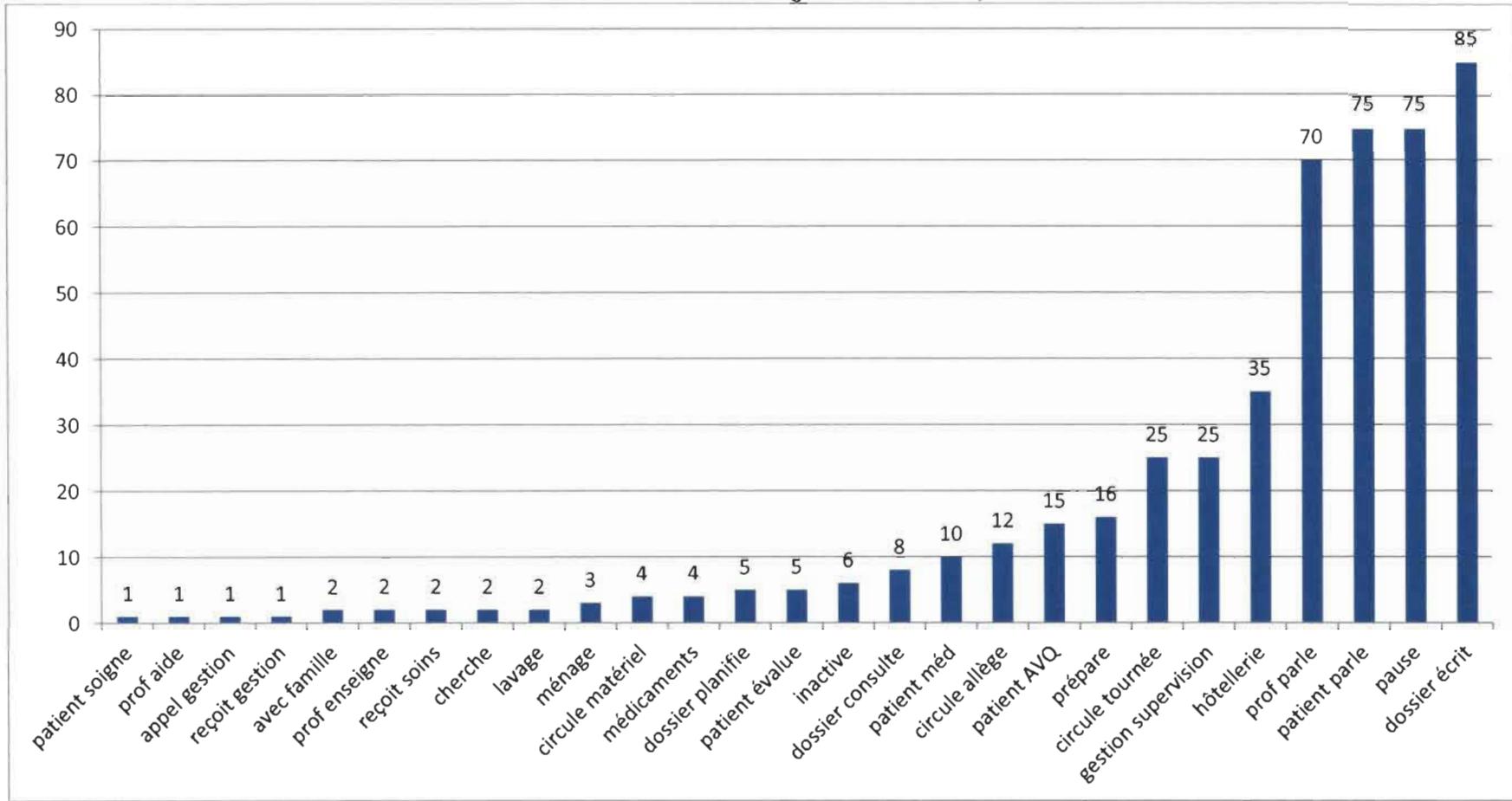
**Graphique 3: Nombre de minutes totales selon l'activité
(par employé sur une période de huit heures)**
Asi (nuit)



**Graphique 4: Nombre de minutes totales selon l'activité
(par employé sur une période de huit heures)**
Commis (jour et semaine)



**Graphique 5: Nombre de minutes totales selon l'activité
(par employé sur une période de huit heures)**
Infirmière auxiliaire (jour et semaine)

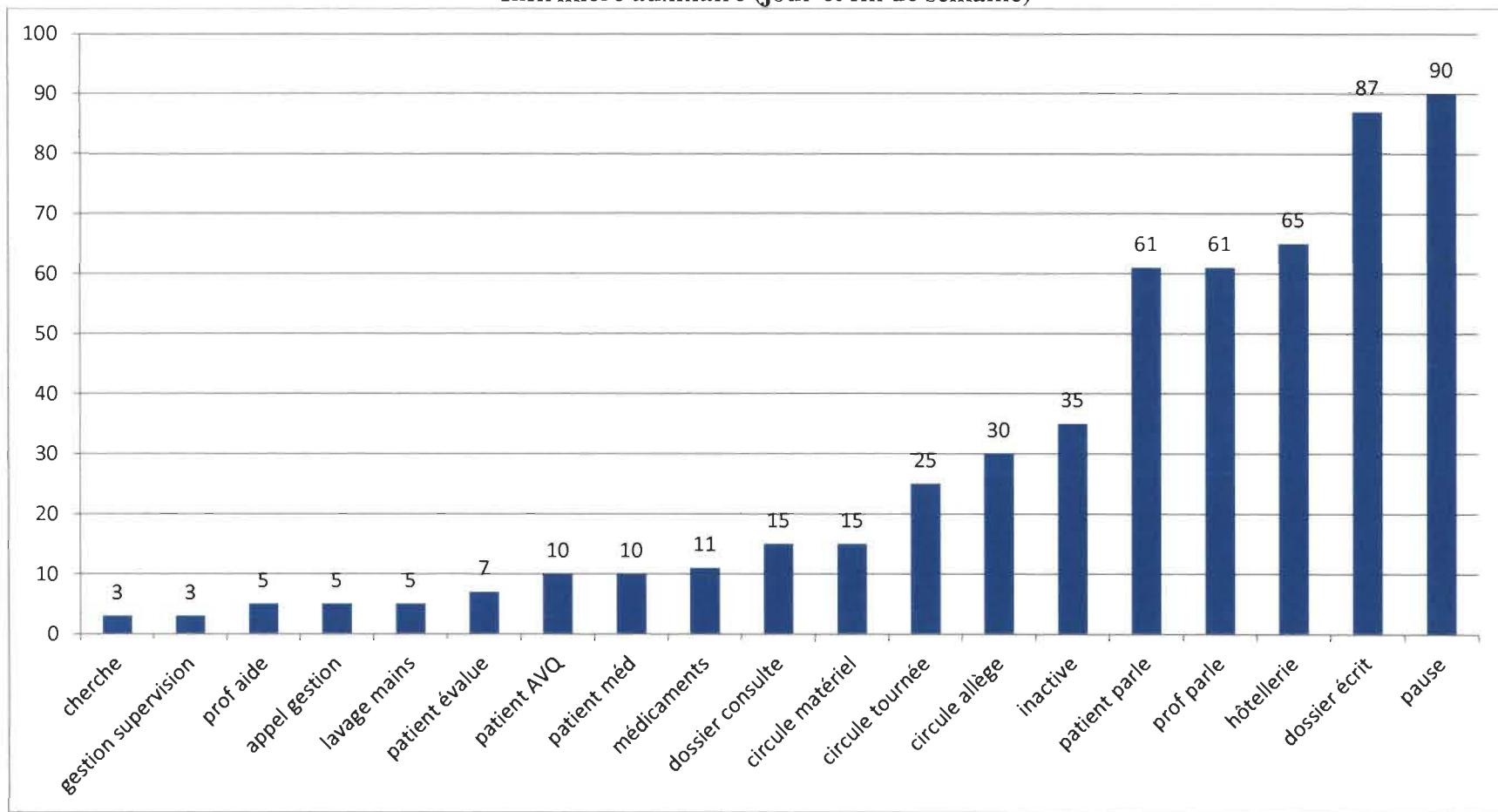


les tournées peuvent s'expliquer par le remplacement du PAB lors de ses pauses ou encore lorsque ce dernier quitte l'unité avec un patient pour un examen.

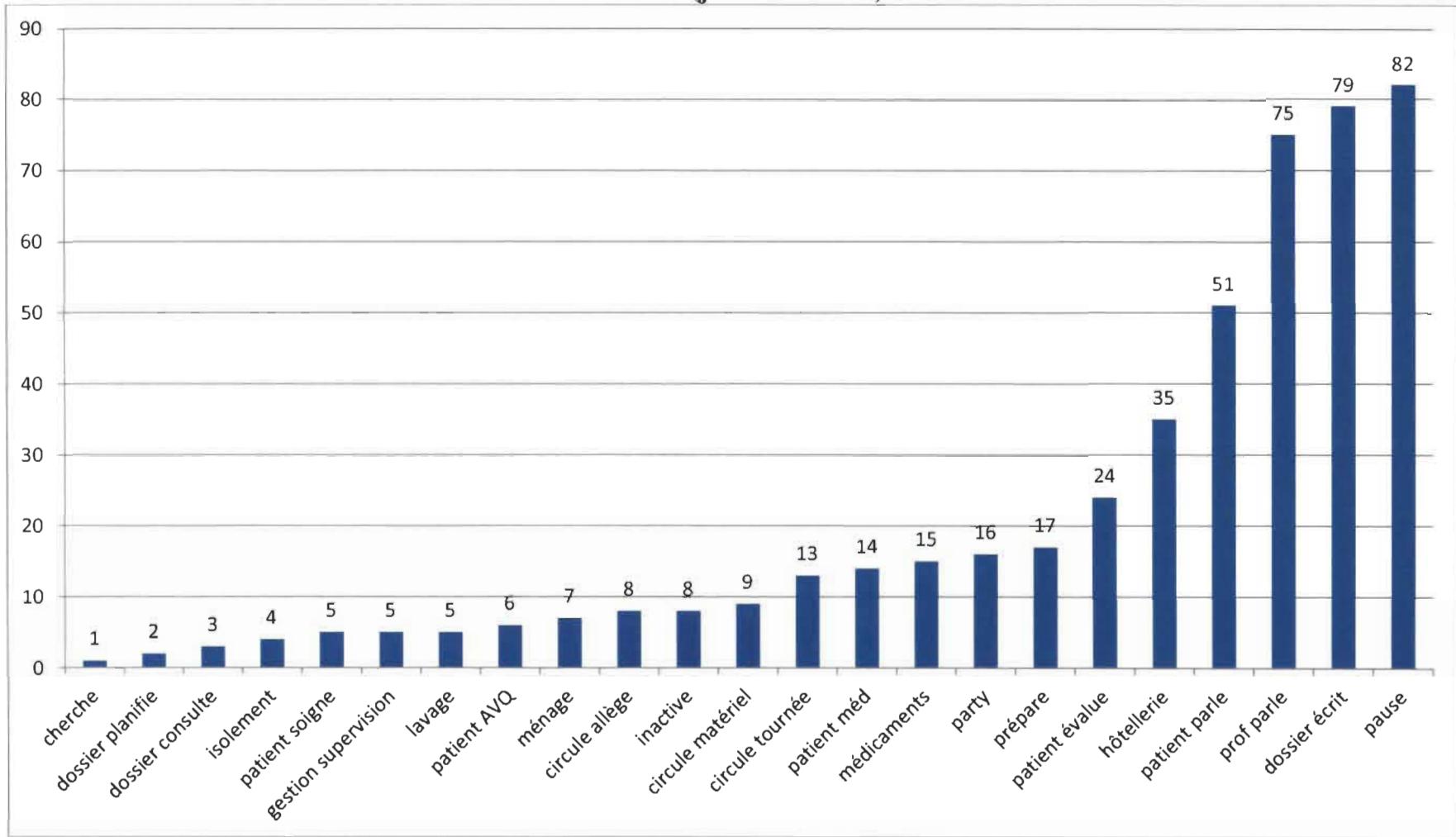
Il est possible de constater, dans le graphique 6, que l'infirmière auxiliaire accompli sensiblement les mêmes tâches la fin de semaine que la semaine sur le quart de jour. Toutefois, il s'ajoute un rôle d'hôtellerie qui n'est pas présent la semaine totalisant 47 minutes de son temps et qui peut s'expliquer par l'absence de commis et d'autres professionnels la fin de semaine pour répondre aux clients. À cela s'ajoute 17 minutes de tournées. Les pauses (94 minutes) et les périodes d'inactivité (30 minutes) peuvent s'expliquer par les activités réduites sur le département. Il arrive que plusieurs patients soient en congé temporaire la fin de semaine.

Le graphique 7 représente les tâches de l'infirmière sur le quart de jour la semaine. La majorité de son temps est réservé à la rédaction des notes au dossier et aux discussions professionnelles (154 minutes). De plus, dans ses tâches principales, il est possible de remarquer les discussions avec les patients (51 minutes). L'hôtellerie occupe 35 minutes de son temps et cela est dû aux repas (déjeuner et dîner) pris sur le quart de jour. Les professionnels alternent leur présence à la surveillance et aux services du repas. Seize minutes sont accordées à une catégorie non présente sur les tableaux des prises de données chez les autres titre d'emploi; party. Il s'agit d'un ajout puisque la collecte a eu lieu la journée où l'établissement fêtait Noël. Les employés ont donc été sollicités pour participer à des activités organisées par le club social.

**Graphique 6: Nombre de minutes totales selon l'activité
(par employé sur une période de huit heures)**
Infirmière auxiliaire (jour et fin de semaine)



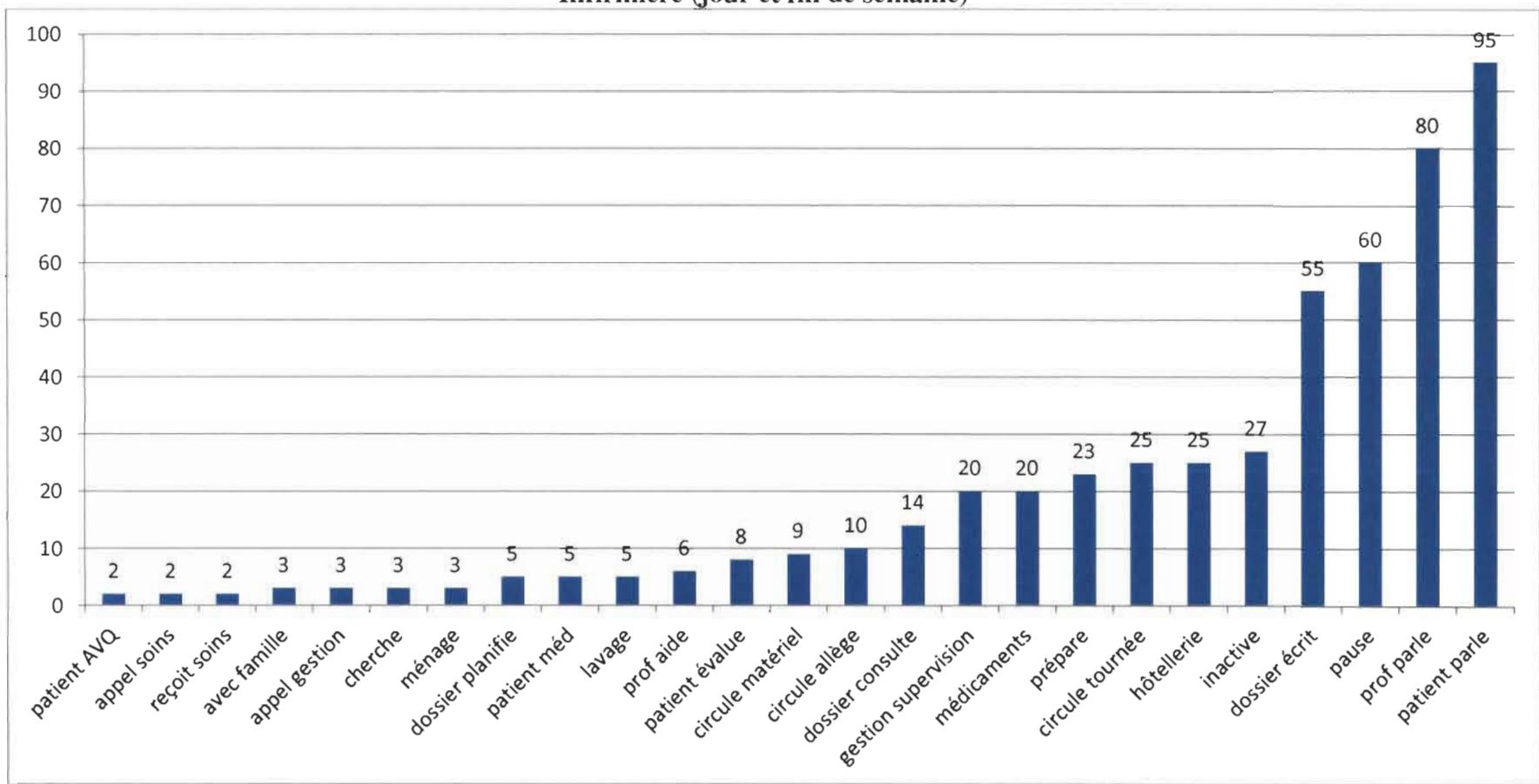
**Graphique 7: Nombre de minutes totales selon l'activité
(par employé sur une période de huit heures)**
Infirmière (jour et semaine)



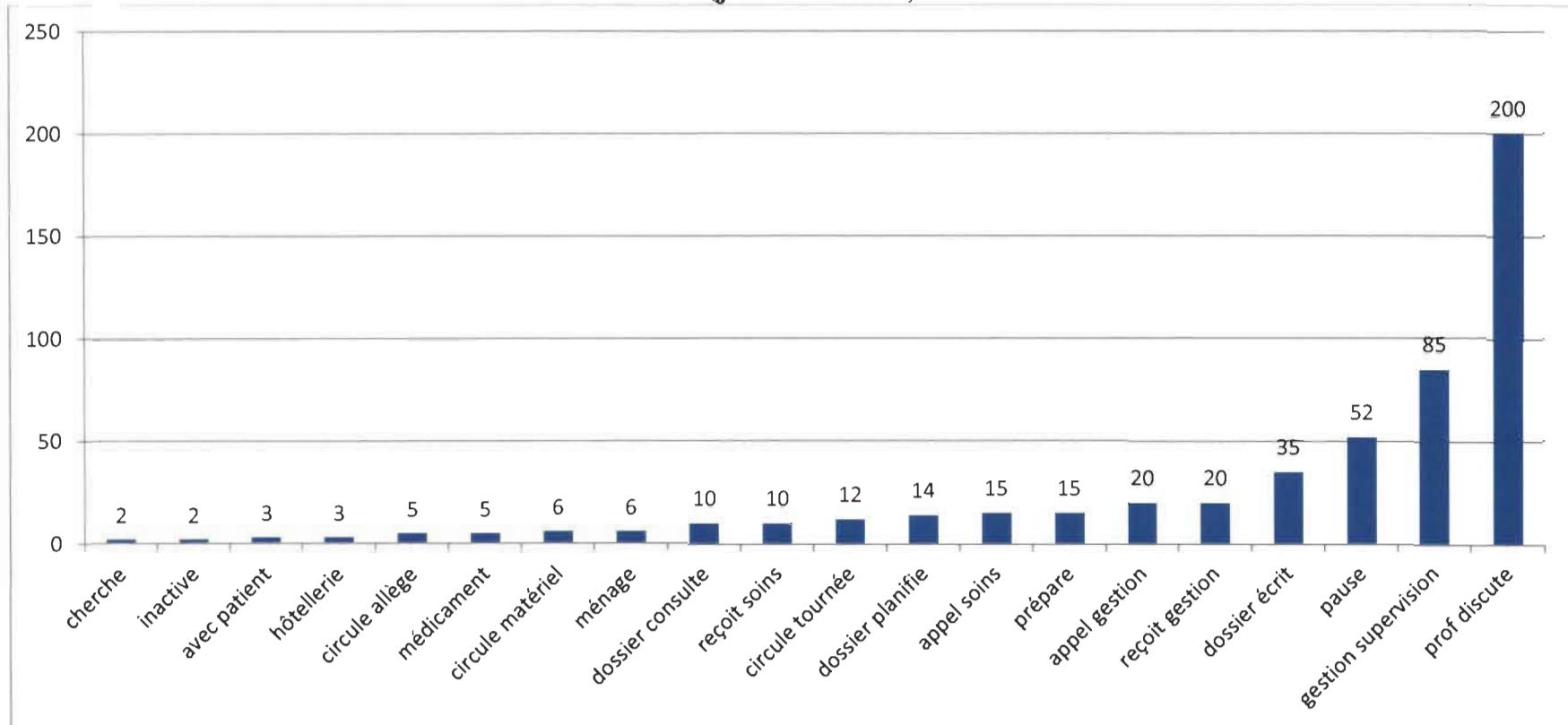
Le graphique 8 présente le travail infirmier le jour la fin de semaine comme étant davantage orienté vers la discussion avec le patient pour un total de 95 minutes. Sinon, beaucoup d'échanges avec les professionnels ont lieu, totalisant 80 minutes. Ces échanges sont la plupart du temps en lien avec les patients. Il est possible de remarquer que l'infirmière ne prend pas la totalité du temps accordé pour ses pauses, soit 60 minutes plutôt que 75. Par contre, l'inactivité compte pour 27 minutes du temps infirmier, en lien avec le taux d'occupation réduit le week-end considérant les sorties autorisées pour les patients. L'infirmière passe près d'une heure à la rédaction de dossiers. Un total de 50 minutes (25 minutes pour les tournées et 25 minutes pour les activités d'hôtellerie) sont dispensées par l'infirmière pour des activités assumées la semaine par un PAB. Il est possible de constater que l'infirmière passe 23 minutes dans la préparation des interventions à faire et 20 autres minutes dans la distribution et l'administration des médicaments. Seulement 8 minutes de son temps sont employées à l'évaluation du patient.

Dans le graphique 9, l'assistante au supérieur immédiat le jour la semaine occupe la majorité de son temps avec les discussions professionnelles. Les 200 minutes s'expliquent par la prise d'un premier rapport avec le quart de nuit puis par la transmission de celui-ci à l'équipe de jour. Elle transmet, en fin de quart, le rapport de la journée à l'équipe de soir. De plus, elle gère et supervise les opérations sur le département (85 minutes), ce qui inclut beaucoup de travail administratif en lien avec la présence des médecins, pourtant, le jour il y a une commis pour assurer les tâches de gestion de dossier. L'ASI ne prend pas la totalité de ses pauses (52 minutes). Elle a très peu de contact avec les patients et se déplace rarement de son bureau, soit pas plus de 8 minutes par quart de travail.

**Graphique 8: Nombre de minutes totales selon l'activité
(par employé sur une période de huit heures)**
Infirmière (jour et fin de semaine)



**Graphique 9: Nombre de minutes totales selon l'activité
(par employé sur une période de huit heures)**
Asi (jour et semaine)



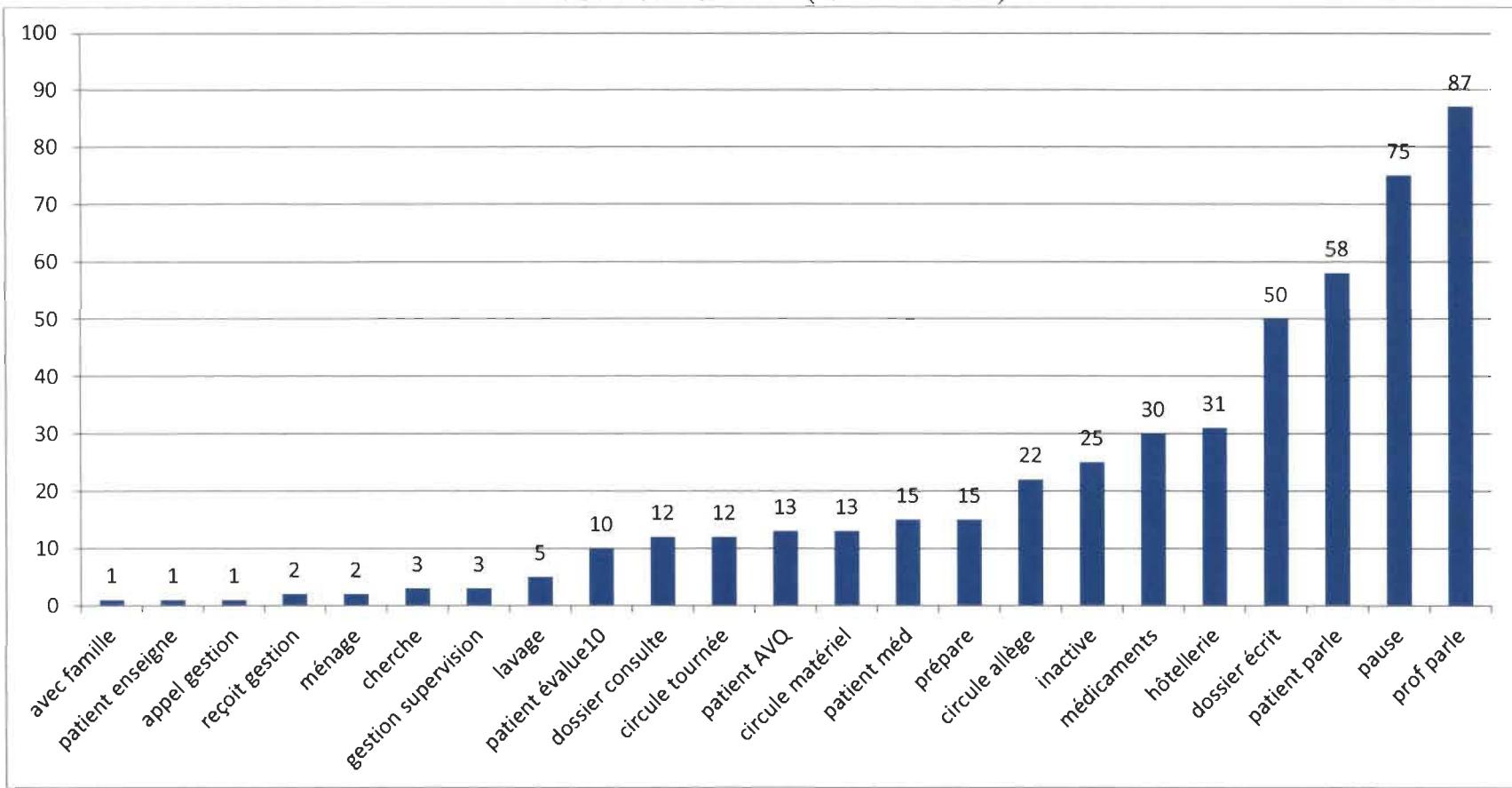
Finalement, elle reçoit 20 minutes d'appel en lien avec la gestion de dossier et elle fait 20 autres minutes d'appel pour cette même gestion. Ce qui totalise 40 minutes au téléphone.

Dans le graphique 10, la majeure partie de son temps, l'infirmière auxiliaire sur le quart de soir en semaine discute avec les autres professionnels (87 minutes). Ces discussions comprennent le rapport inter service. De plus, 58 minutes de son temps concernent la discussion avec les patients. Elle rédige des notes pendant 50 minutes. Le quart de soir comprend le souper des patients ainsi que le coucher, ce qui amène l'infirmière auxiliaire à assumer 31 minutes d'hôtellerie puisqu'il n'y a pas de PAB sur ce quart de travail.

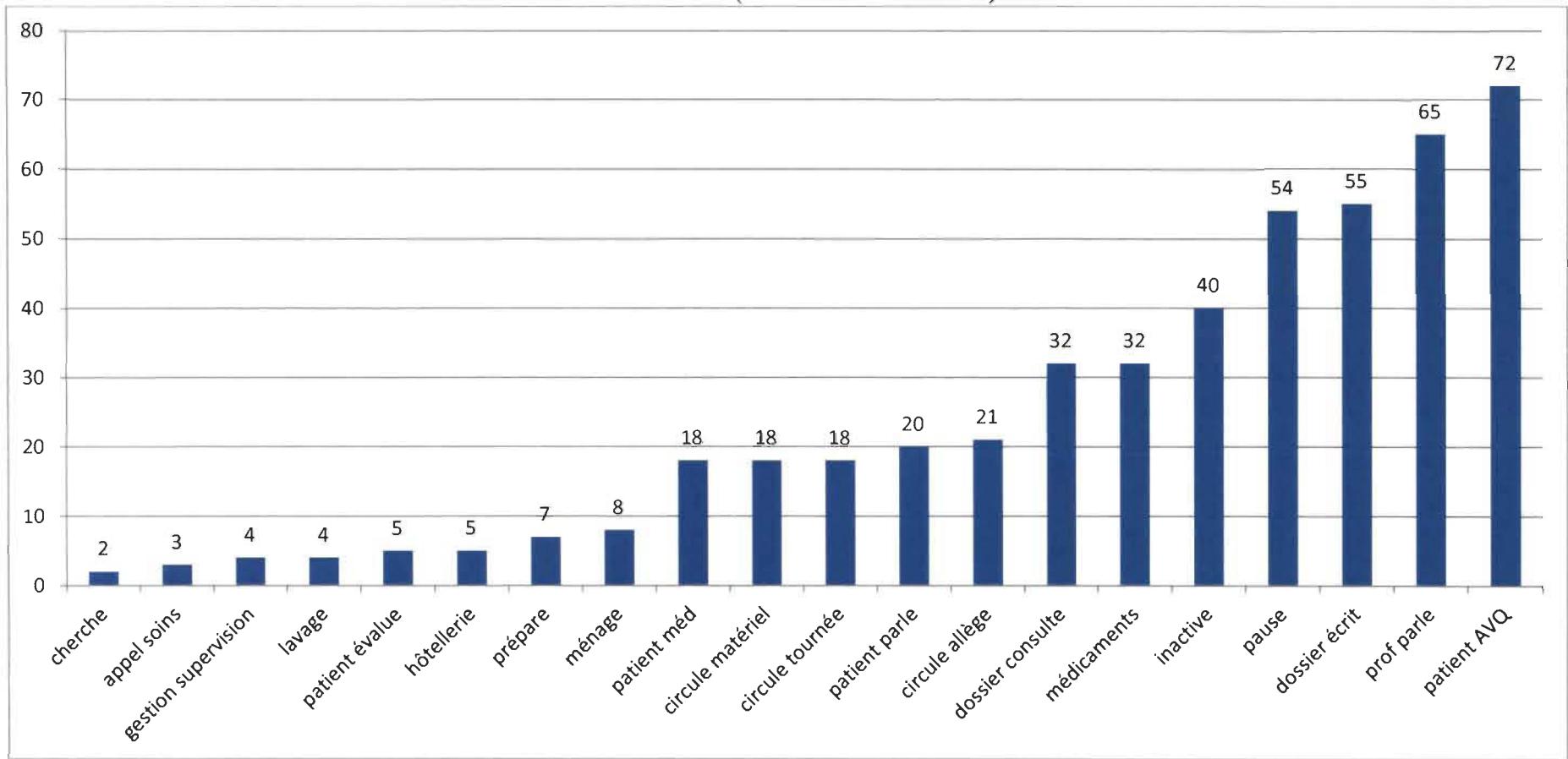
Dans le graphique 11, le soir la fin de semaine, l'infirmière auxiliaire passe la majorité de son temps à faire des tâches qui entourent les dossiers; consultation (32 minutes), rédaction (55 minutes) et discussion avec les autres professionnels (65 minutes). Toutefois, la tâche la plus pratiquée est de soutenir les patients dans leurs AVQ (activités de la vie quotidienne) pour un total de 72 minutes. Il est à noter qu'il n'y a pas de PAB sur ce quart de travail. Elle ne prend pas l'entièreté du temps de pause accordé (54 minutes), par contre elle comptabilise 40 minutes d'inactivité souvent suite au coucher des patients.

Dans le graphique 12, les discussions entre professionnelles (86 minutes) et la rédaction de dossier (64 minutes) sont les activités réalisées par l'infirmière du quart de soir la semaine qui sont les plus présentes pour un total de 150 minutes. On remarque aussi plus d'évaluation des

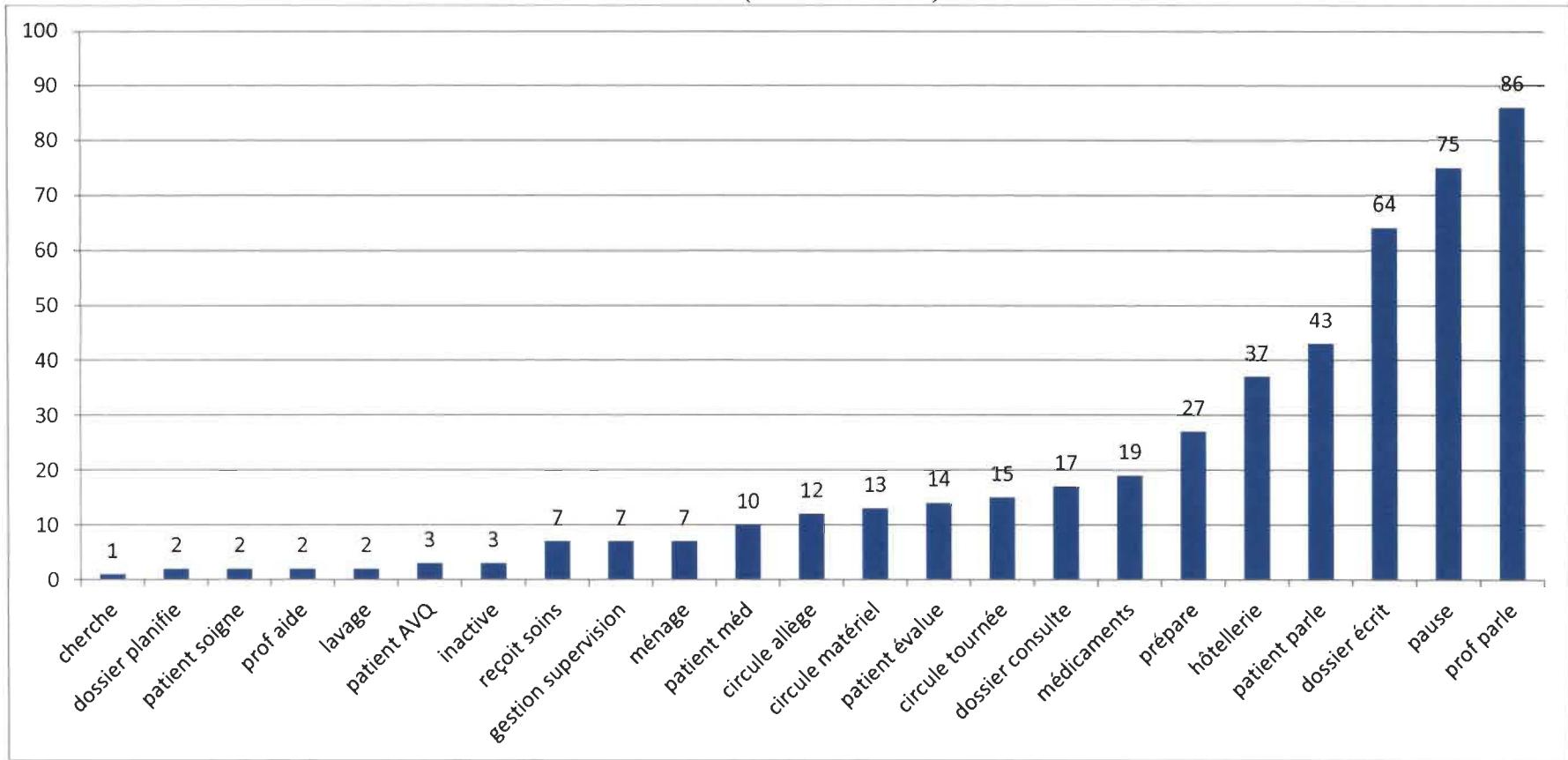
**Graphique 10: Nombre de minutes totales selon l'activité
(par employé sur une période de huit heures)**
Infirmière auxiliaire (soir et semaine)



**Graphique 11: Nombre de minutes totales selon l'activité
(par employé sur une période de huit heures)**
Infirmière auxiliaire (soir et fin de semaine)



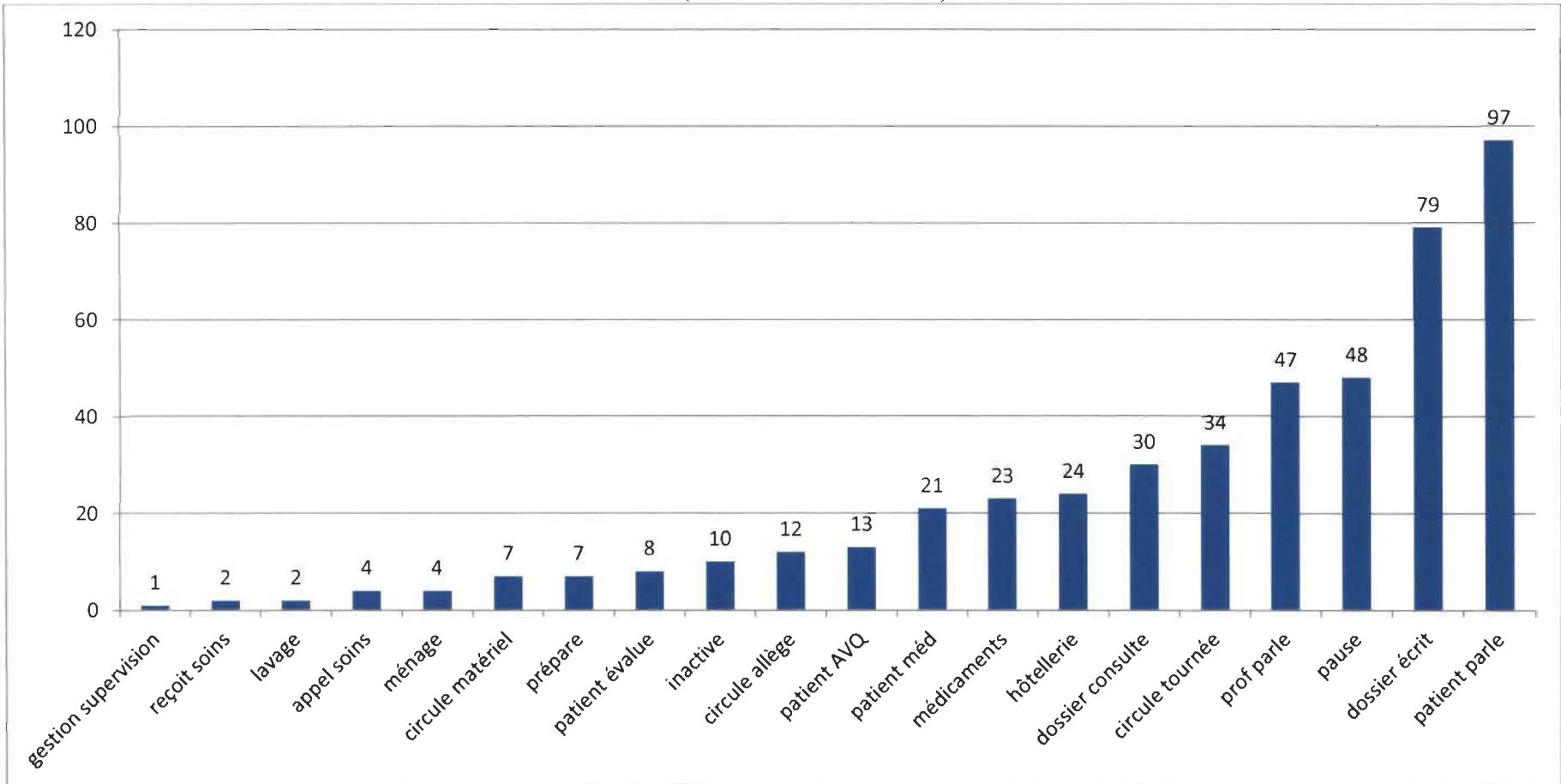
**Graphique 12: Nombre de minutes totales selon l'activité
(par employé sur une période de huit heures)**
Infirmière (soir et semaine)



patients (14 minutes), ce qui est un point positif considérant qu'il s'agit d'un aspect essentiel de la pratique infirmière. Elle assume 37 minutes d'hôtellerie reliées au souper et au coucher. Accompagnant les moments d'évaluation et d'hôtellerie, l'infirmière comptabilise 43 minutes de discussion avec ses patients. Elle prépare ses interventions pour un total de 27 minutes et elle pratique des activités en lien avec la médication pendant 19 minutes. Finalement, elle assure 15 minutes de tournées.

Dans le graphique 13, le soir la fin de semaine, l'infirmière occupe la majorité de son temps aux discussions avec les patients (97 minutes) et à la rédaction de notes au dossier (79 minutes). De plus, les discussions professionnelles sont très présentes (47 minutes). Toutefois, il est possible de constater que l'infirmière ne prend pas la totalité du temps prévu pour les pauses. (48 minutes) et n'a que 10 minutes d'inactivité pendant son quart de travail contrairement aux infirmières auxiliaires qui en totalisaient 40.

**Graphique 13: Nombre de minutes totales selon l'activité
(par employé sur une période de huit heures)**
Infirmière (soir et fin de semaine)



5.2 Activité Kaizen

Suite à la présentation des résultats de l'étude et des différentes pistes de solution, un comité de travail pour l'optimisation de l'organisation du travail à l'unité de soins psychiatriques a été mis sur pied. En avril 2011, les travaux ont été amorcés. Le comité a défini le but du projet d'optimisation soit mettre en place une structure de postes où les rôles et les tâches de l'équipe de soins permettront de maximiser les compétences de chacun. Un plan d'action a été élaboré, en a assuré le suivi ainsi que l'évaluation. En mai 2011, une activité Kaizen, dont le déroulement est en annexe 1, a été la pierre angulaire du plan d'action. Les descriptions de fonction pour les services de courte durée, inspirées de la Loi 90, travaillées par la direction des soins infirmiers du CSSSAE, ont servi de base pour les travaux de l'activité. La présentation des résultats de la première collecte de données a été d'un grand support afin d'amorcer ce changement.

L'activité Kaizen a permis d'entendre les employés de l'unité de psychiatrie face à leur irritants. Ces derniers sont présentés à l'annexe 4. En lien avec les irritants, une activité « Lunettes Roses » a été faite. Cette dernière avait pour but de faire nommer à chaque représentant ce qui dans leur travail, dans leur quotidien, serait idéal (annexe 5). Basées sur ces activités et sur les résultats de la première collecte de données, des priorités ont été établies afin d'optimiser l'organisation du travail.

Une structure de poste réaliste et réalisable, permettant le travail d'équipe et l'approche en soins partagés, a été développée avec la collaboration de la direction des ressources humaines et la direction des ressources financières, et ce suite à de nombreuses discussions lors de

l'activité Kaizen. Basé sur ce que devrait être le rôle de l'infirmière en santé mentale, soit un rôle d'évaluation, ainsi que sur les activités à valeur non ajoutée pratiquées par ce titre d'emploi, il a été démontré que l'infirmière n'était pas utilisée à son plein potentiel. L'activité Kaizen a permis de tracer des frontières entre le rôle de l'infirmière auxiliaire et le rôle de l'infirmière. Cela a sans conteste favorisé l'approche en soins partagés. La nouvelle structure de poste a été expérimentée en juillet 2011 et les constats ont été jugés suffisamment concluants pour le CSSSAE. Un processus d'affichage des nouveaux postes s'est effectué au début de l'automne 2011.

Plusieurs actions et ajustements ont été réalisés pour favoriser le changement tels que :

- ✓ -l'élaboration de nouveaux plans de travail pour chaque titre d'emploi;
- ✓ -la modification de la transmission des rapports;
- ✓ -le réaménagement du poste des infirmières;
- ✓ -la présence régulière de la coordonnatrice au poste des infirmières;
- ✓ -la diffusion des réalisations.

Les membres du comité ont été impliqués pendant toute la durée du projet, l'objectif étant d'identifier des solutions rapidement aux différentes difficultés rencontrées.

5.3 Résultats

5.3.1 Portrait de l'unité psychiatrique (après)

Toutes les données inscrites dans cette section proviennent du CSSSAE pour l'année financière 2009-2010 et l'année financière 2010-2011. L'ASI a des tâches de gestion, un rôle clinique et est responsable de l'équipe qui travaille sous sa supervision. La répartition des patients de l'unité est faite par l'ASI et chaque infirmière ou infirmière-auxiliaire s'occupe d'un nombre égal de patients. La commis a des tâches cléricales et travaille de concert avec l'ASI. Le poste de commis se trouve uniquement sur le quart de travail de jour. Le PAB travaille maintenant sur les trois quarts. Il est disponible pour tous les patients, il est responsable de la surveillance de ceux-ci et il fait aussi les tournées régulières. L'infirmière lui demande de l'aide selon les besoins de chaque patient.

5.3.2 Répartition des postes selon les horaires de travail

Suite au premier rapport de la Chaire IRISS et à l'activité Kaizen, la structure de poste à l'unité de psychiatrie a été revue. La structure d'origine est présentée au tableau 4 (p.71). Cette structure varie d'un quart de travail à l'autre. De plus, celle-ci n'est pas la même pendant la semaine et pendant la fin de semaine. Le tableau 5 illustre la nouvelle structure mise en place.

Tableau 5 : Nouvelle structure de poste à l'unité de psychiatrie

	Nuit (sem. et fds)	Jour (semaine)	Soir (semaine)	Jour (fds)	Soir (fds)
PAB	1	1	1 (4 soirs sur 5)	-	-
Commis		1	-	-	-
Infirmière auxiliaire	-	2	2	2	2
Infirmière	1	2	1	1	1
Assistante du supérieur immédiat	1 avec patient	1	1 avec patient	1 avec patient	1 avec patient

La deuxième collecte de donnée s'est effectuée pendant que les travaux étaient en cours. Le plan d'action du projet Optimisation du travail au 6^eA présentait les 10 objectifs suivants :

1. Faciliter l'utilisation du matériel et équipements
2. Développer les compétences
3. Stabiliser les équipes de travail
4. Favoriser le travail d'équipe
5. Rendre les lieux physiques plus fonctionnels
6. Maximiser l'utilisation des compétences de l'ASI, de l'infirmière, de l'infirmière auxiliaire, du PAB et de la commis (en se basant sur les descriptions de tâches de chacun de ces titres d'emploi)
7. Apporter du soutien clinique au nouveau personnel
8. Optimiser l'organisation du travail
9. Harmoniser les outils de travail
10. Mettre à jour le Guide des politiques et procédures de l'unité du 6e A

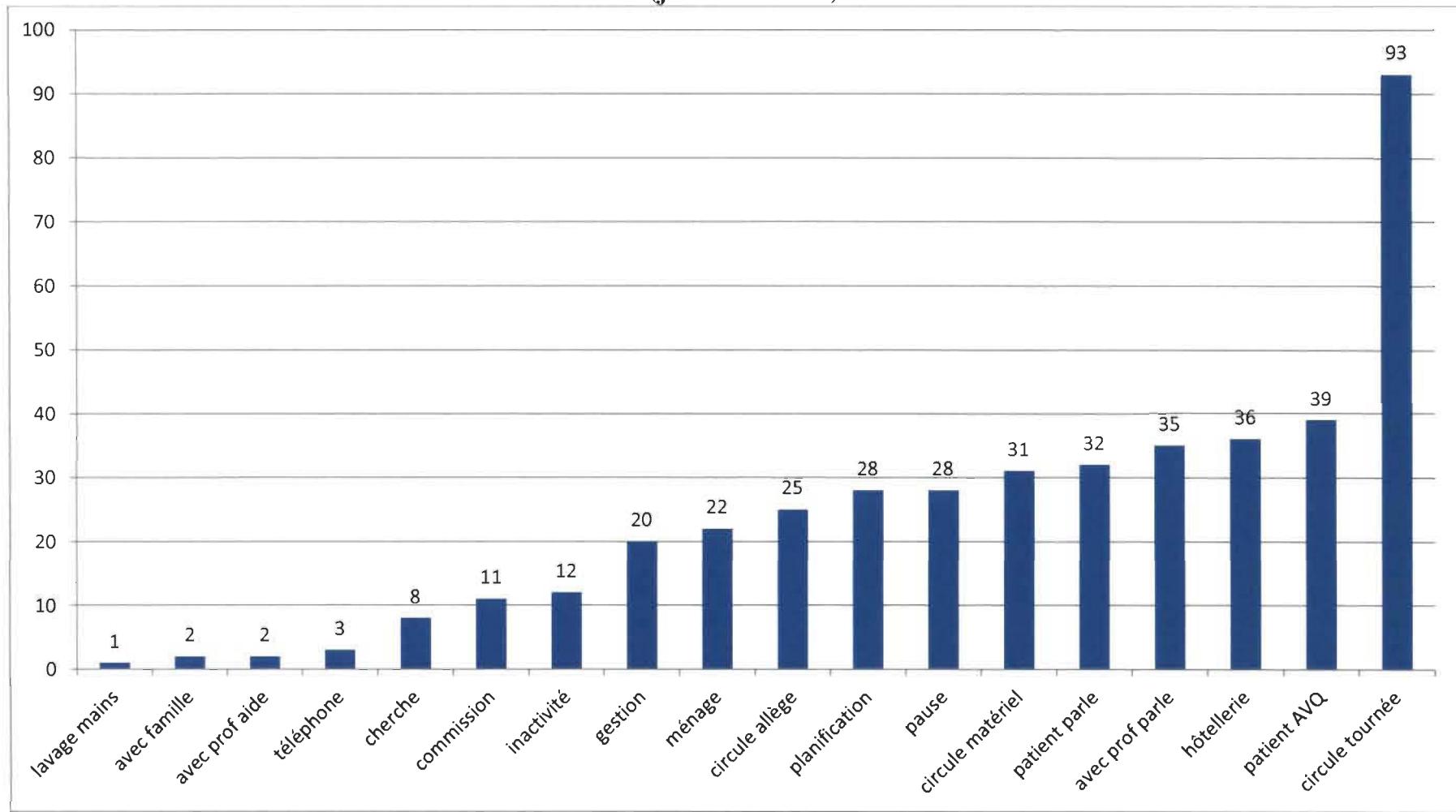
Une évaluation a été faite tel que prévu au plan d'action. Le CSSSAE identifiait à ce moment la majorité des objectifs comme atteints ou devant l'être dans les mois suivants. Les révisions au niveau de la structure de poste de l'équipe visant à favoriser le travail en soins partagés ont permis de passer de : 8.3 postes infirmiers équivalent à temps complet à 6.4. Les postes équivalents à temps complet pour les infirmières auxiliaires sont passés de 4.2 à 3.4 et ceux pour les PAB de 1.4 à 3.4.

5.4 Étude de temps et mouvements après la réorganisation

Suite aux divers changements effectués à l'unité de soins psychiatriques, une deuxième collecte de données a été effectuée en décembre 2011. La prochaine partie illustre les données recueillies dans les graphiques 14 à 25. Les mêmes conditions de prises de données ont été appliquées. Considérant qu'aucun changement n'a été effectué au sein de l'équipe de nuit, les données ont été recueillies de jour et de soir. Elles sont présentées par quart de travail, par titre d'emploi. Les données de la première collecte ont été jumelées à celle de la deuxième dans les graphiques afin de favoriser les comparaisons entre les résultats suite aux changements opérés sur l'unité. L'ajout de PAB le jour et le soir donne place à des graphiques faisant l'objet d'une seule collecte.

Dans le graphique 14, comme il s'agit d'un ajout, il n'est pas possible de faire un comparatif avec la structure antérieure. Toutefois, il est possible de remarquer que la majorité des tâches effectuées par le préposé est en lien avec la surveillance de la clientèle par le biais de tournées (93 minutes). Les graphiques suivants permettent aussi de constater que les fonctions de

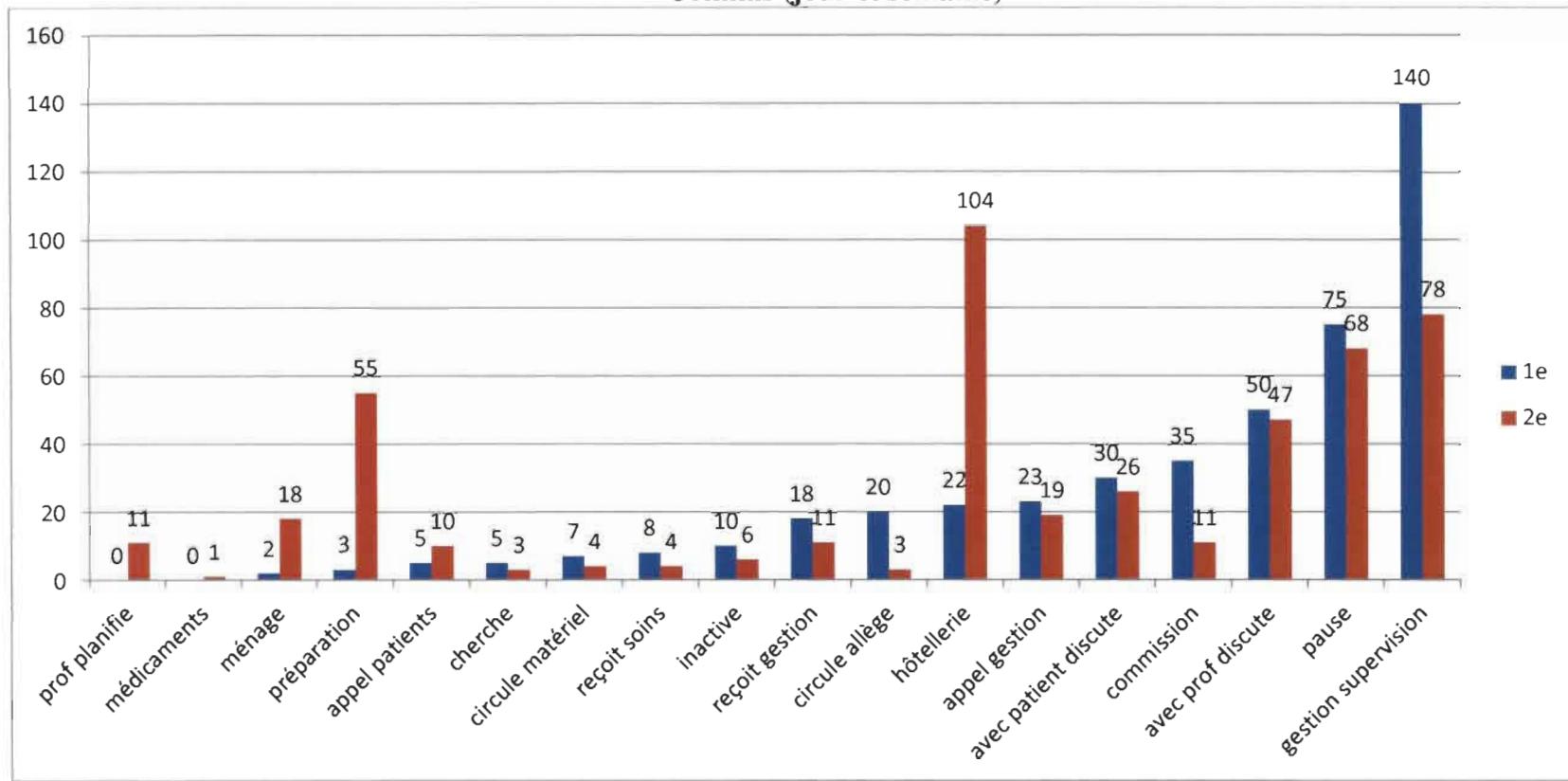
**Graphique 14: Nombre de minutes totales selon l'activité
(par employé sur une période de huit heures)**
PAB (jour et semaine)



tournée et d'hôtellerie sont à la baisse chez les infirmières et infirmières auxiliaires du quart de jour depuis la création de ce poste.

Dans le graphique 15, il est possible de noter que suite aux changements survenus sur le département, la commis assure maintenant davantage de tâches en lien avec l'hôtellerie (104 minutes pour 22 auparavant) et moins en lien avec la gestion et la supervision (78 minutes pour 140 auparavant). Ici, il est nécessaire de comparer le travail de gestion et de la supervision de la commis avec celui de l'ASI. La gestion effectuée par la commis est davantage en lien avec les dossiers (gestion de classement et de préparation), alors que pour l'ASI il s'agit de gestion clinique. Ensuite, l'hôtellerie effectué par la commis diffère de celle des PAB. La commis est toujours au poste infirmier et elle est davantage sollicitée par les patients pour leur remettre leur argent, leur cigarette, leur savon, bref leur effets personnels. Les PAB sont davantage sollicités lors des repas lorsqu'il est question d'hôtellerie. Le classement (ménage) a pris plus d'importance lors du quart de travail passant de 2 minutes à 18 minutes, sans doute en lien avec l'objectif de libérer le poste et de favoriser l'organisation des lieux physiques. Il est possible de remarquer que la commis circule moins (20 minutes auparavant pour 3 minutes lors de la deuxième collecte) et effectue moins de commission (35 minutes avant pour 11 minutes). Elle a donc plus de temps pour la préparation des documents, soit 55 minutes comparativement à la première collecte qui identifiait 3 minutes pour cette tâche.

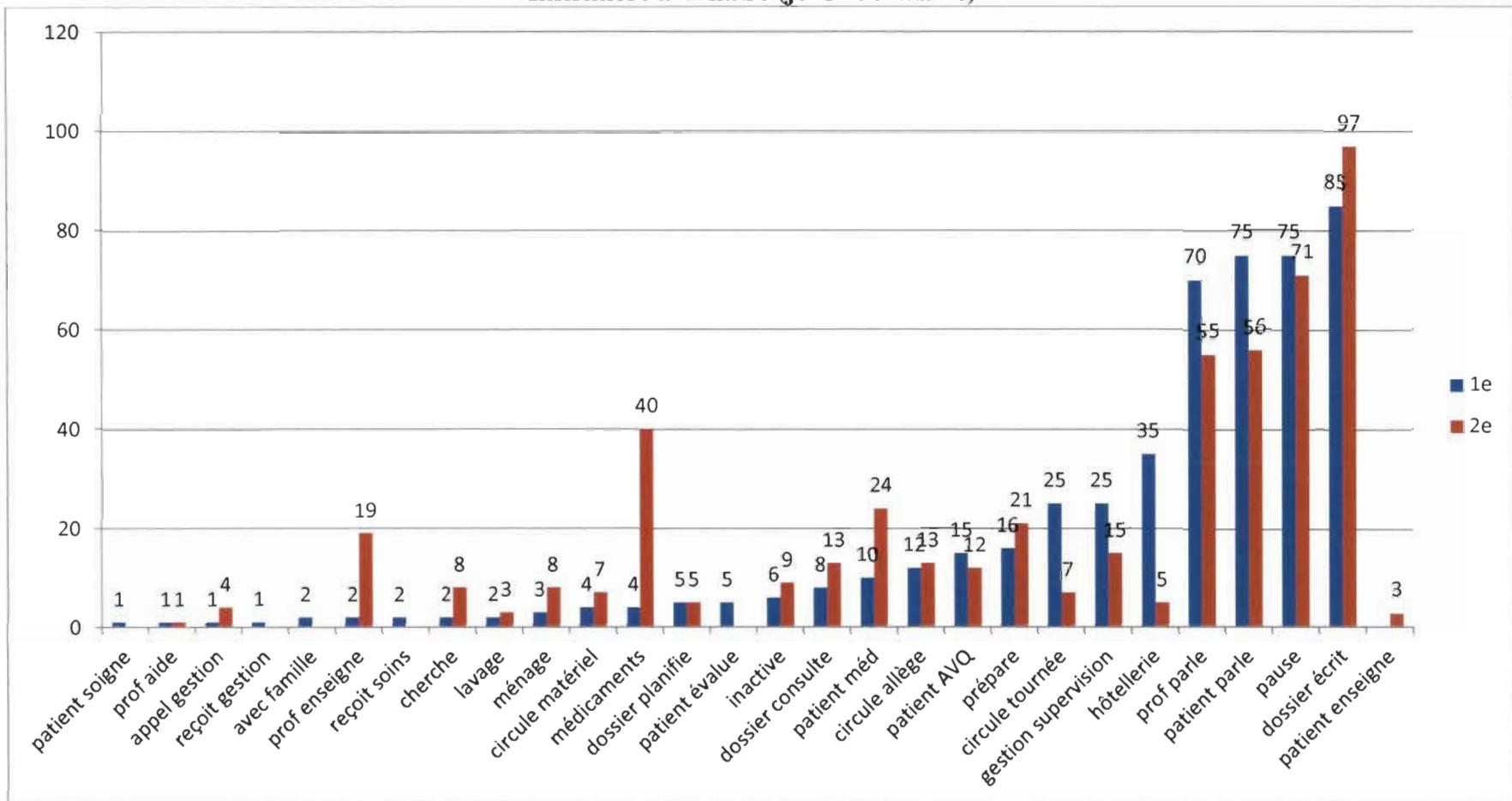
Graphique 15: Nombre de minutes totales selon l'activité
 (par employé sur une période de huit heures)
Commis (jour et semaine)



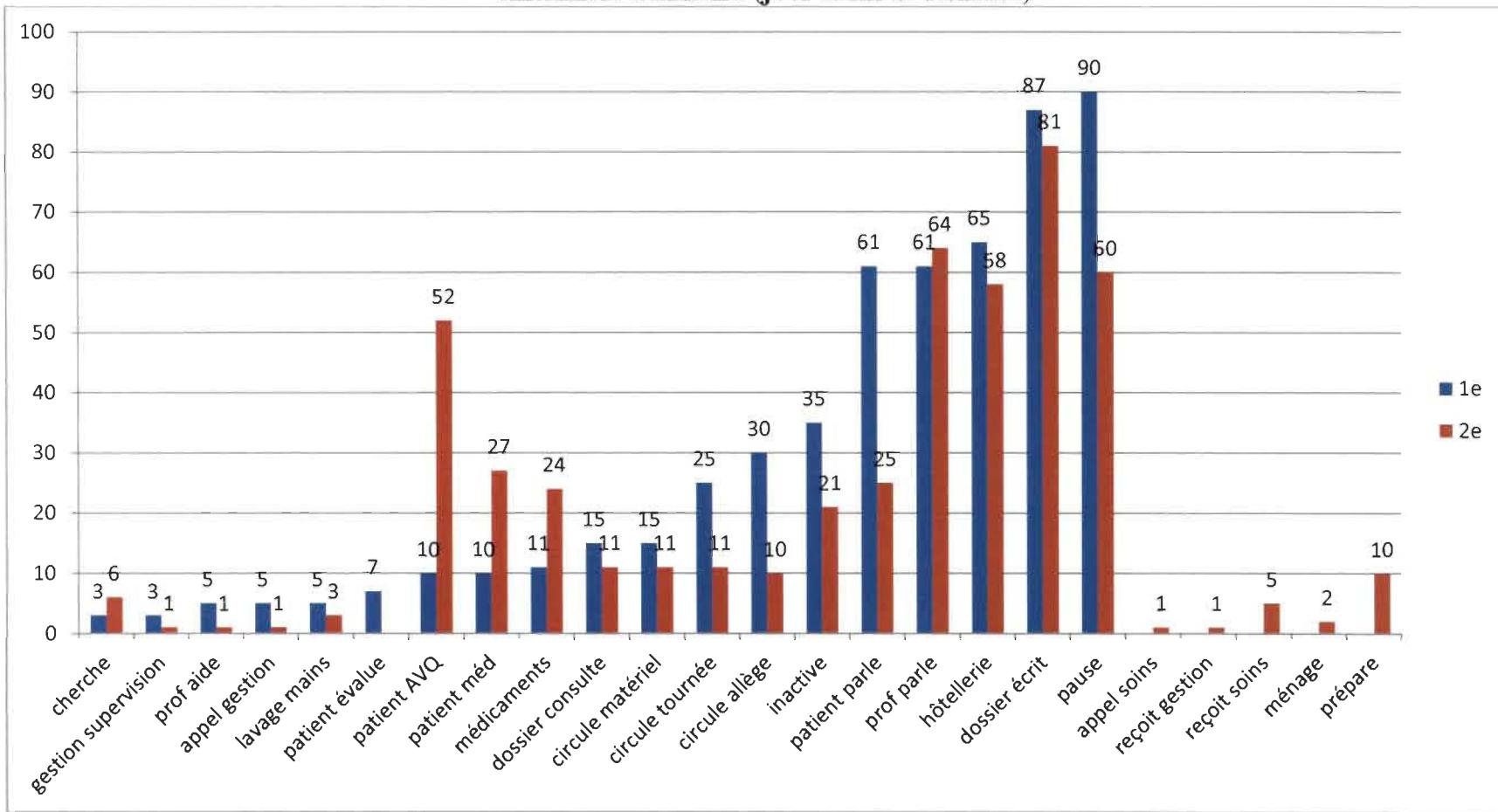
Dans le graphique 16, considérant que le mode de transmission du rapport a été modifié, l'infirmière auxiliaire du quart de jour la semaine a vu son temps de discussion avec les autres professionnels diminué de 15 minutes par quart, passant de 70 à 55 minutes. Ce nombre correspond au temps que prenait la transmission orale du rapport. Le temps alloué à la distribution des médicaments a augmenté de 36 minutes passant de 78 minutes à 134. Cela s'explique par le fait que les soins sont passés d'intégraux à partagés. De ce fait, la distribution des médicaments est maintenant une tâche attribuée à l'infirmière auxiliaire. Il est aussi possible de constater que le temps d'hôtellerie et de circulation pour des tournées a diminué de 48 minutes, cette tâche étant maintenant assumée par le PAB.

Dans le graphique 17, l'assistance aux AVQ du patient a augmenté de façon significative et peut être jumelé au temps d'hôtellerie pour totaliser 59 minutes. Le jour, la fin de semaine, il n'y a pas de commis et de PAB. L'infirmière auxiliaire pallie donc à ces fonctions pendant que l'infirmière fait des tâches reliées à l'évaluation, aux dossiers et aux soins. De plus, il est possible de constater qu'une nouvelle donnée s'est ajoutée pour l'infirmière auxiliaire en lien avec la préparation. Depuis que les soins sont partagés, cette dernière prend 10 minutes de son temps pour préparer de la médication. L'administration et la distribution de celle-ci sont passées de 21 minutes à 51 minutes.

**Graphique 16: Nombre de minutes totales selon l'activité
(par employé sur une période de huit heures)**
Infirmière auxiliaire (jour et semaine)



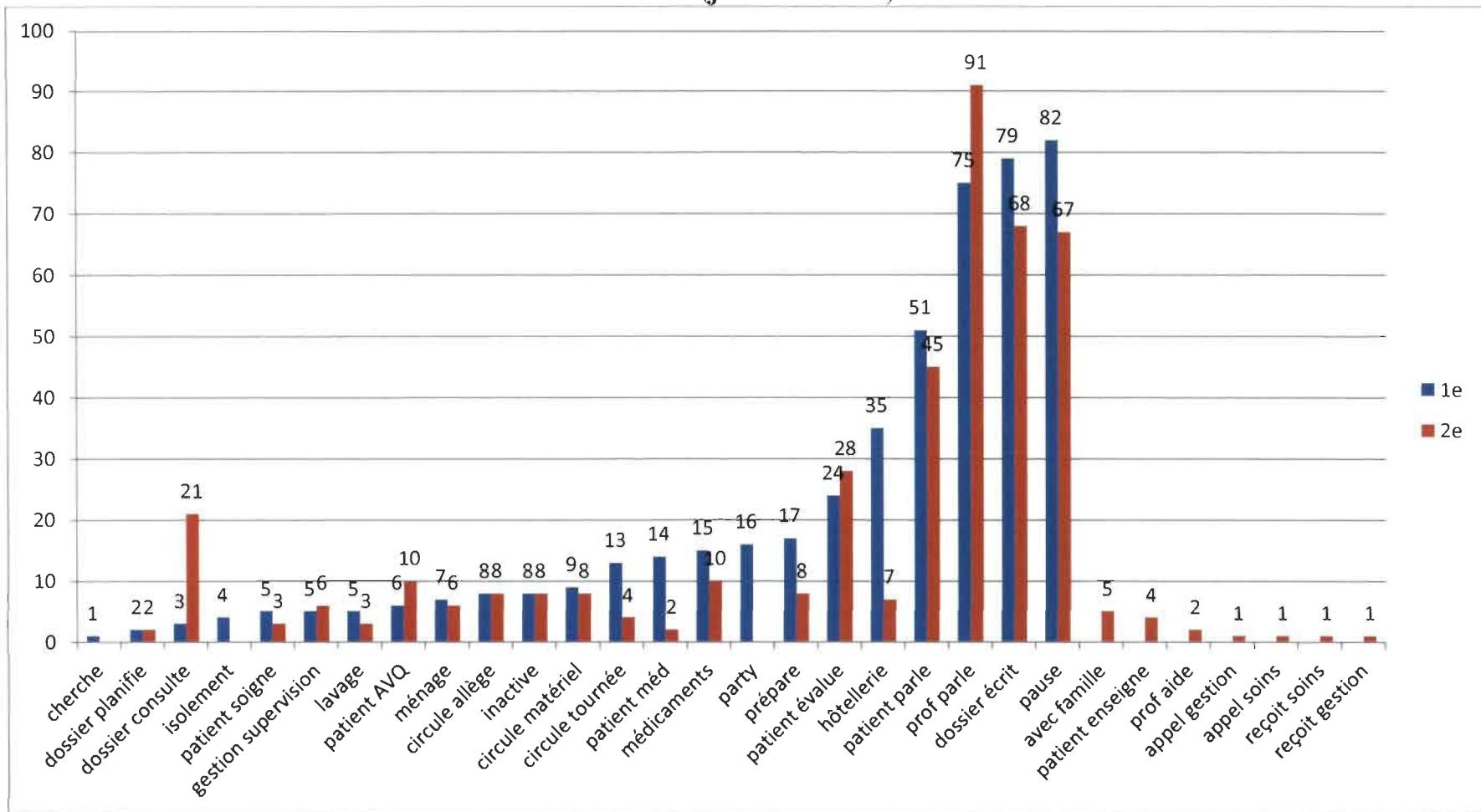
**Graphique 17: Nombre de minutes totales selon l'activité
(par employé sur une période de huit heures)**
Infirmière auxiliaire (jour et fin de semaine)



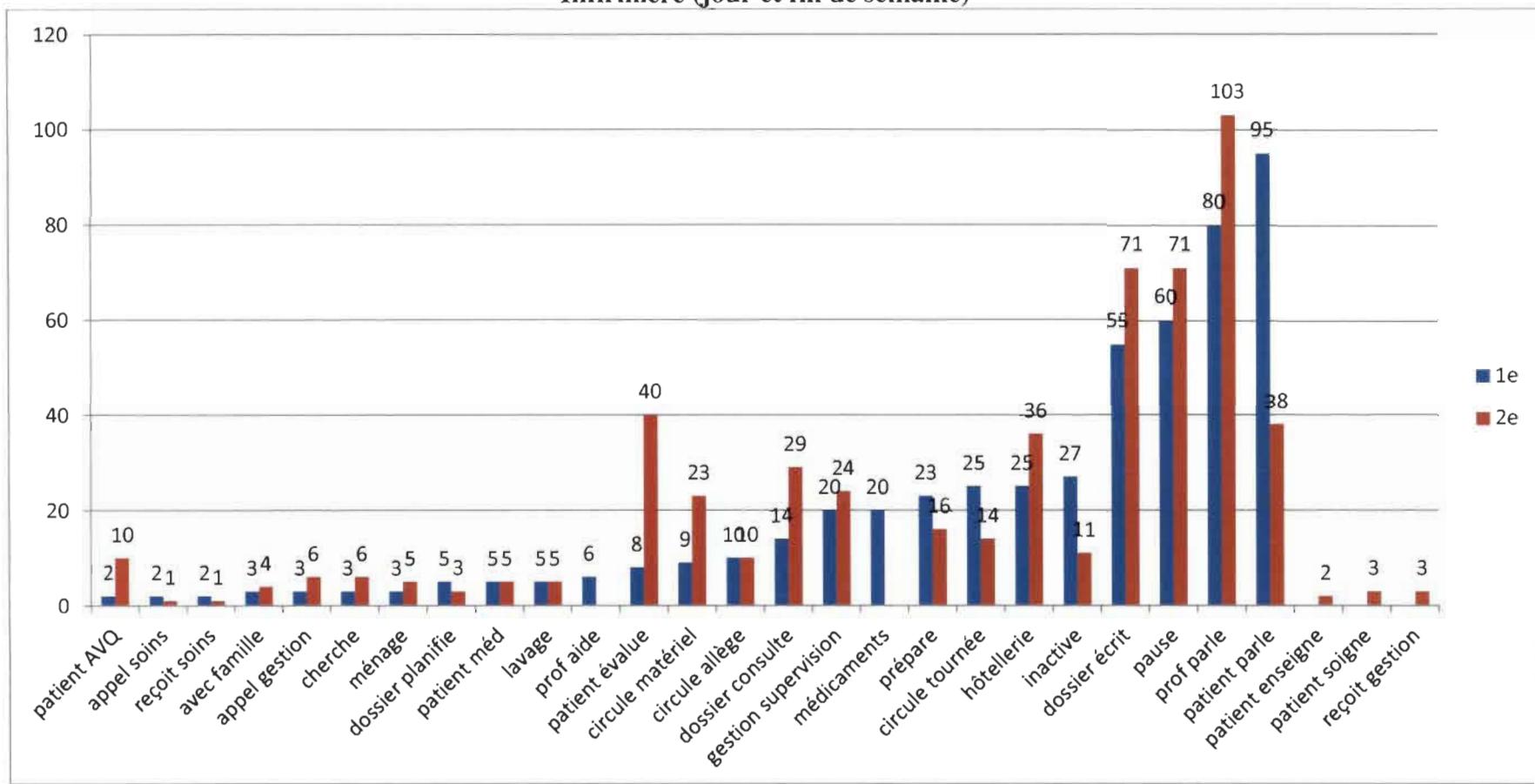
Dans le graphique 18, le mode de prestation des soins étant passé d'intégral à partagé, l'infirmière assume maintenant 10 patients avec l'infirmière auxiliaire plutôt que cinq toute seule. Il lui est donc possible d'avoir plus de discussions professionnelles avec les autres intervenants et les médecins présents sur l'étage le jour la semaine, soit 16 minutes de plus, passant de 75 minutes à 91 minutes. Elle assume moins de rédaction de notes, une diminution de 11 minutes et elle fait plus de consultation aux dossiers des patients (3 minutes auparavant pour 21 minutes lors de la deuxième collecte) et d'évaluation (4 minutes de plus). Elle rédige son PTI alors que l'infirmière auxiliaire rédige plus de notes ce qui permet moins de temps de planification des interventions. À noter qu'il n'y avait pas de party des Fêtes lors de la deuxième collecte.

Le graphique 19 indique que l'infirmière de jour la fin de semaine consulte davantage ses dossiers (29 minutes maintenant pour 14 minutes auparavant) et prend plus de temps pour la rédaction, notamment en lien avec l'élaboration des PTI (71 minutes maintenant pour 55 minutes auparavant). Ces aspects ont sans doute un lien avec le temps d'évaluation qui est aussi augmenté, ce qui est positif considérant qu'il s'agit de la base de ce que devrait être le travail infirmier. Le temps d'évaluation est passé de 8 minutes à 40 minutes. Le temps de discussion avec les professionnels a augmenté de 23 minutes, surtout pour favoriser l'adaptation aux nouvelles façons de procéder. Les discussions avec les patients ont significativement diminuées passant de 95 minutes à 38. Ce résultat s'explique par le fait que les soins étant partagés, c'est

**Graphique 18: Nombre de minutes totales selon l'activité
(par employé sur une période de huit heures)**
Infirmière (jour et semaine)



**Graphique 19: Nombre de minutes totales selon l'activité
(par employé sur une période de huit heures)**
Infirmière (jour et fin de semaine)



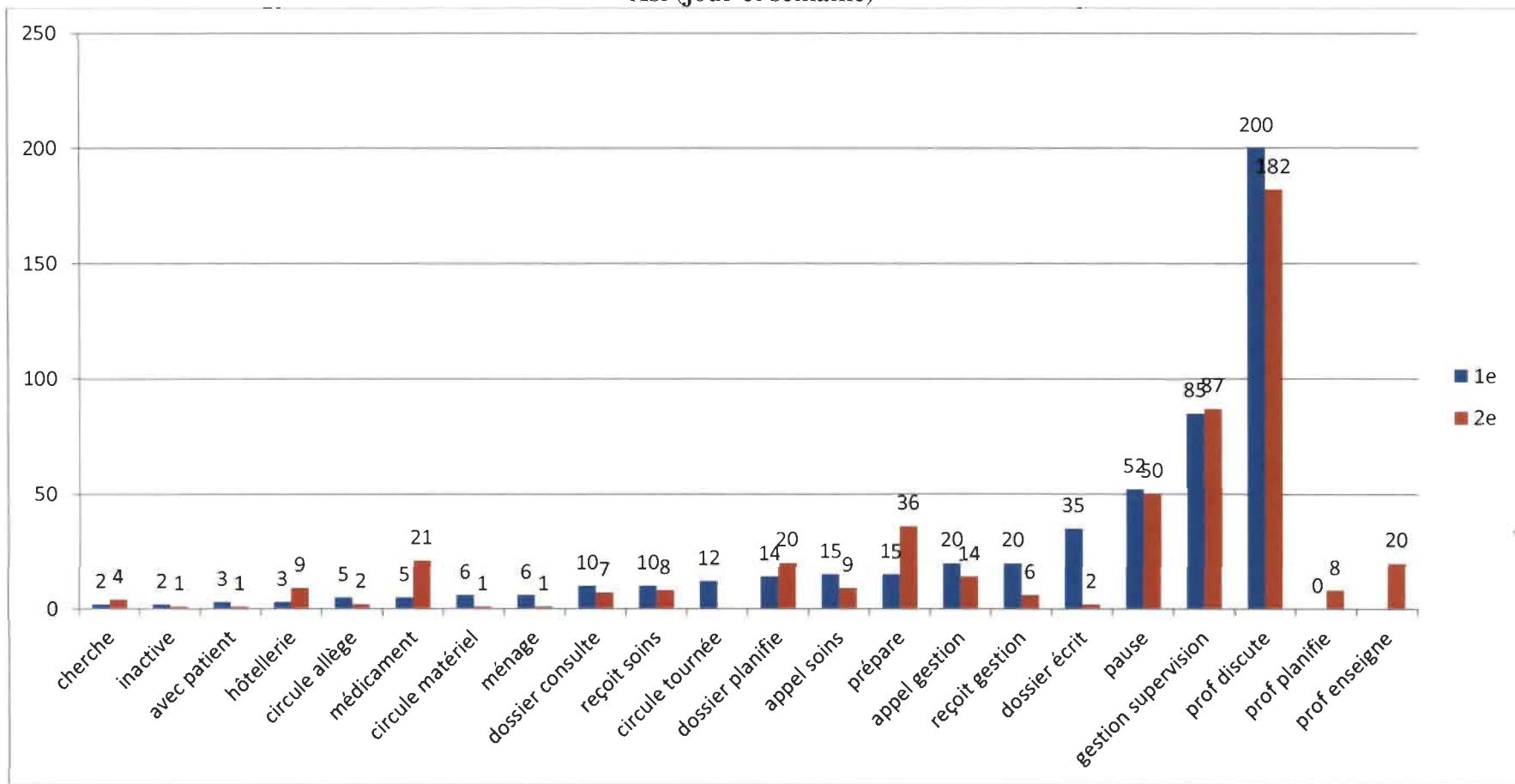
maintenant l'infirmière auxiliaire qui passe plus de temps à prodiguer les soins directement au patient.

Le graphique 20 illustre que les communications avec les autres professionnelles ont diminué, légèrement passant de 200 à 182 minutes, mais il s'agit d'une belle amélioration dû au rapport écrit et au fait que l'ASI oriente davantage les médecins vers les infirmières. Contrairement à la première prise de données, l'ASI de jour la semaine participe à des périodes d'enseignement entre professionnels ce qui est un plus pour l'équipe puisqu'elle peut faire bénéficier cette dernière de son expertise clinique. Ces périodes totalisent 20 minutes. Il est possible de constater qu'elle ne rédige pratiquement plus de notes aux dossiers, soit 2 minutes versus 35 lors de la première prise de données, laissant la tâche au professionnel à qui elle revient. L'ASI consacre 21 minutes de son temps aux tâches reliées aux médicaments versus 5 lors de la première collecte et cet aspect peut s'expliquer en lien avec le support qu'elle offre aux infirmières auxiliaires suite au partage des tâches. Ce lien s'applique aussi au temps de préparation qui est passé de 15 minutes à 36. Ces aspects sont positifs puisqu'ils démontrent que l'ASI passe plus de temps à soutenir cliniquement son équipe.

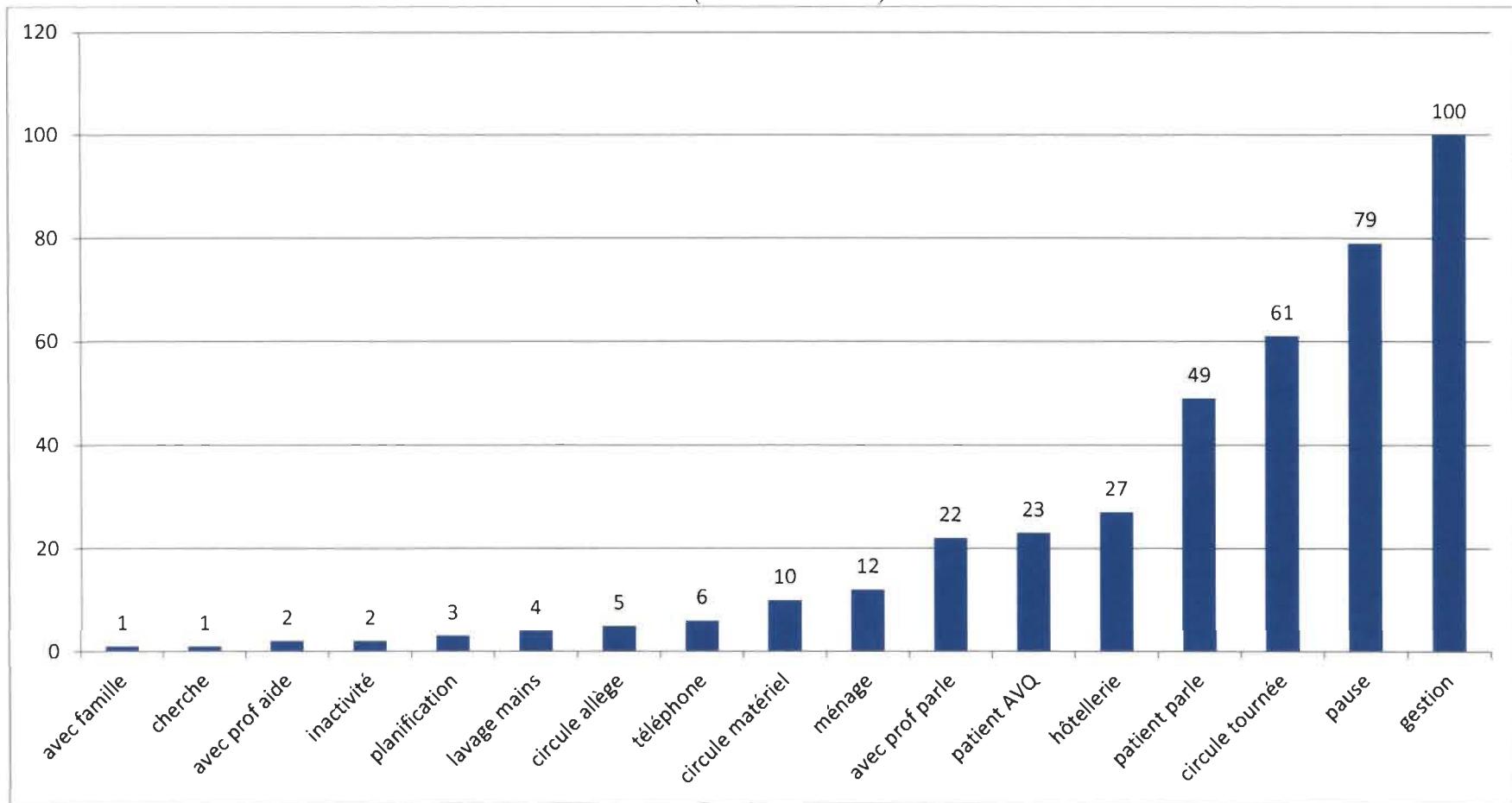
Le graphique 21 indique que l'ajout d'un préposé de soir a permis de combler une partie de la gestion administrative qui était effectuée par les infirmières. De plus, la surveillance de type tournée est une fois de plus accomplie par ce titre d'emploi (61 minutes). Les tâches de type hôtellerie totalisent 27 minutes et accompagnent celles en lien avec l'aide aux patients lors de

leurs AVQ qui s'élèvent à 23 minutes. Il est possible de constater sur les prochains graphiques une diminution de cette fonction chez les infirmières et infirmières auxiliaires du quart de soir.

**Graphique 20: Nombre de minutes totales selon l'activité
(par employé sur une période de huit heures)**
Asi (jour et semaine)



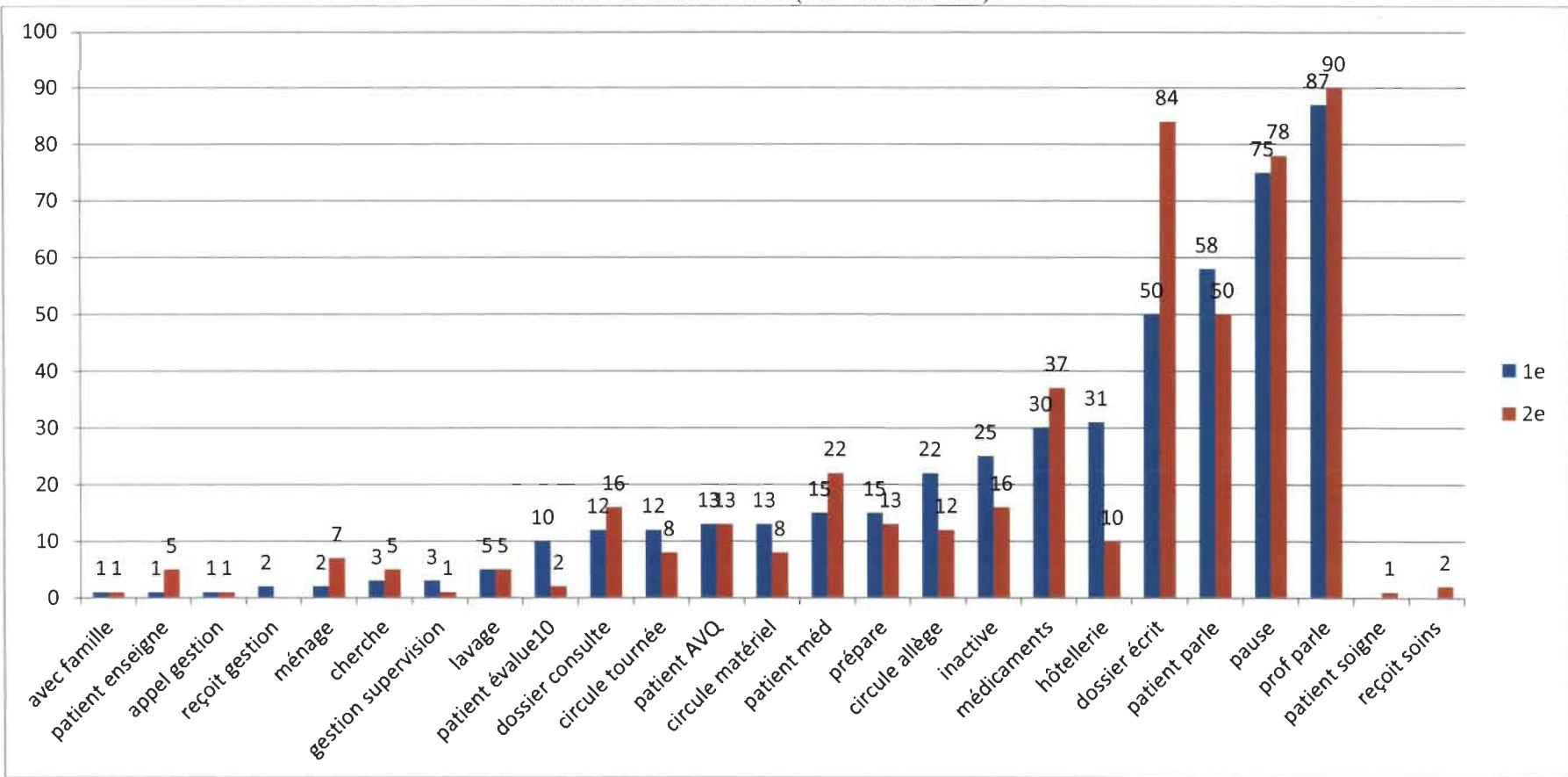
**Graphique 21: Nombre de minutes totales selon l'activité
(par employé sur une période de huit heures)**
PAB (soir et semaine)



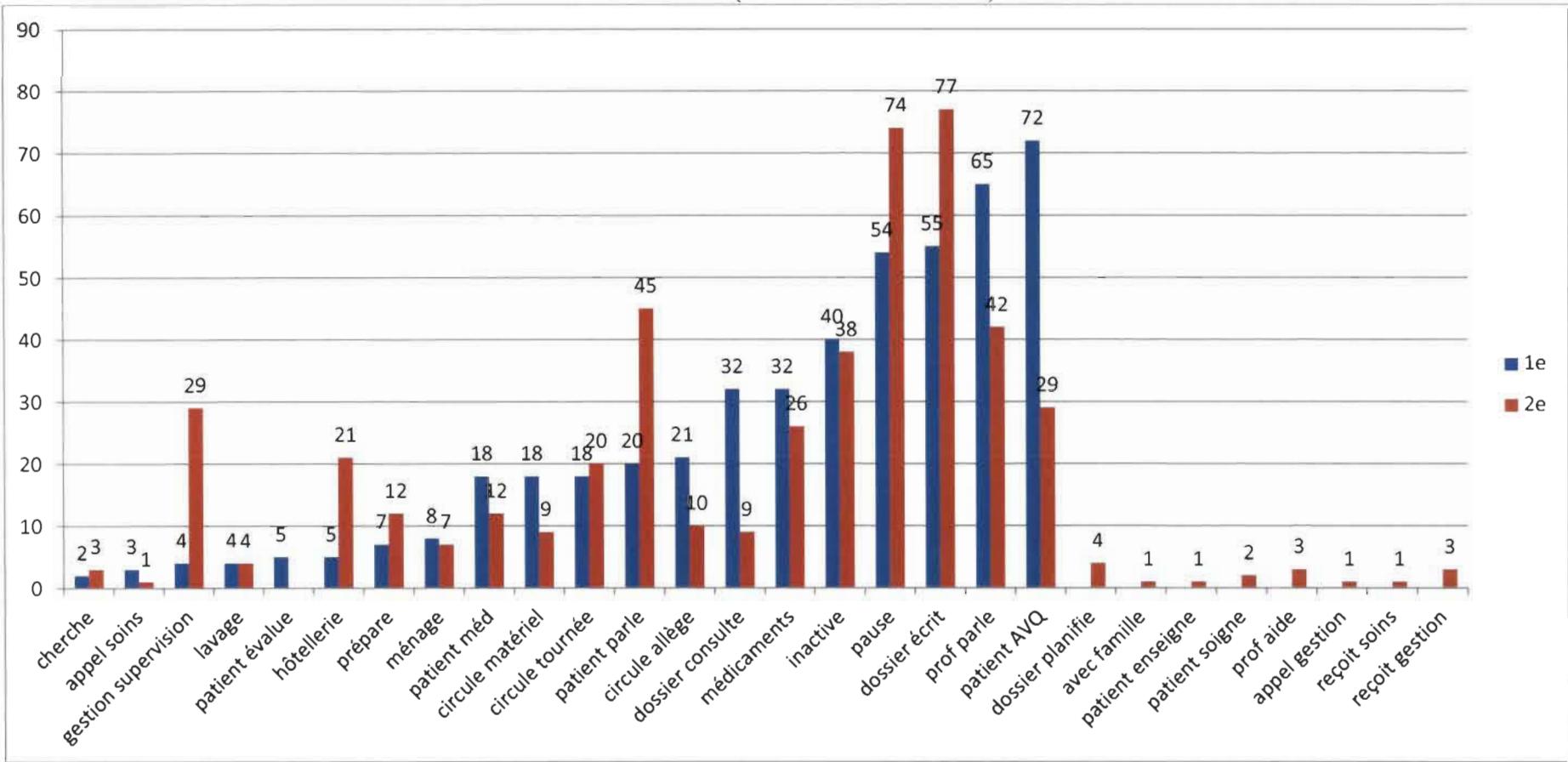
Remarqué sur le graphique 22, l'infirmière auxiliaire de soir la semaine a vu augmenter son temps de rédaction de notes au dossier passant de 50 à 84 minutes en lien avec le nouveau partage des cas avec les infirmières. Elle passe plus de temps à distribuer des médicaments (15 à 22 minutes) et à en faire l'administration (30 à 37 minutes). Les déplacements pour les tournées ont été diminués de 4 minutes et ceux pour le matériel de 5 minutes. Les moments d'inactivité ont diminué de 9 minutes. Les discussions entre professionnels sont plus nombreuses (3 minutes de plus), contrairement à celle avec les patients (3 minutes de moins). La fonction d'hôtellerie est passée de 31 à 10 minutes depuis la création du poste de PAB.

Dans le graphique 23, l'infirmière auxiliaire de fin de semaine travaillant sur le quart de soir passe plus de temps à rédiger des notes (soit 77 minutes pour 55 auparavant), toujours en lien avec les soins partagés. Toutefois, elle accompagne moins les patients dans leurs AVQ passant de 72 minutes à 29 minutes. Il est possible d'expliquer ce fait par de nombreux congés de fin de semaine octroyés aux patients de l'unité lors de la prise de données et ainsi que par le partage des soins. Cela explique aussi qu'elle arrive à prendre sa pause. Elle discute moins avec les autres professionnels grâce au rapport écrit sur lequel l'essentiel de l'information se retrouve. Ces discussions passent donc de 65 minutes à 42 minutes. Les communications avec les patients sont augmentées de façon importante (de 20 à 45 minutes) en lien avec la diminution, entre autre, de communication entre professionnels et de la consultation de dossier (de 32 à 9 minutes). La gestion de ses dossiers est plus importante, passant de 4 minutes à 29 minutes.

**Graphique 22: Nombre de minutes totales selon l'activité
(par employé sur une période de huit heures)**
Infirmière auxiliaire (soir et semaine)



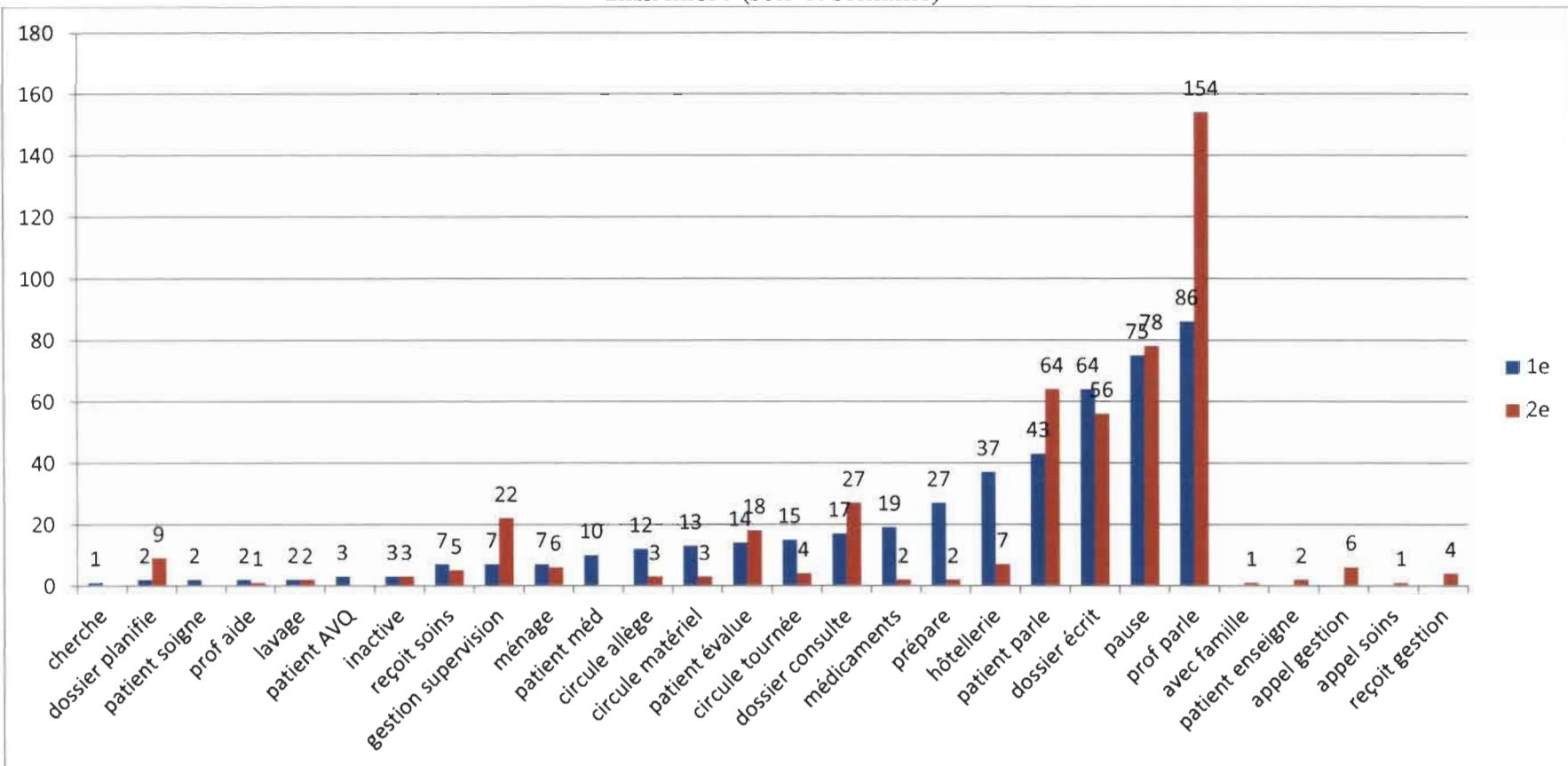
**Graphique 23: Nombre de minutes totales selon l'activité
(par employé sur une période de huit heures)**
Infirmière auxiliaire (soir et fin de semaine)



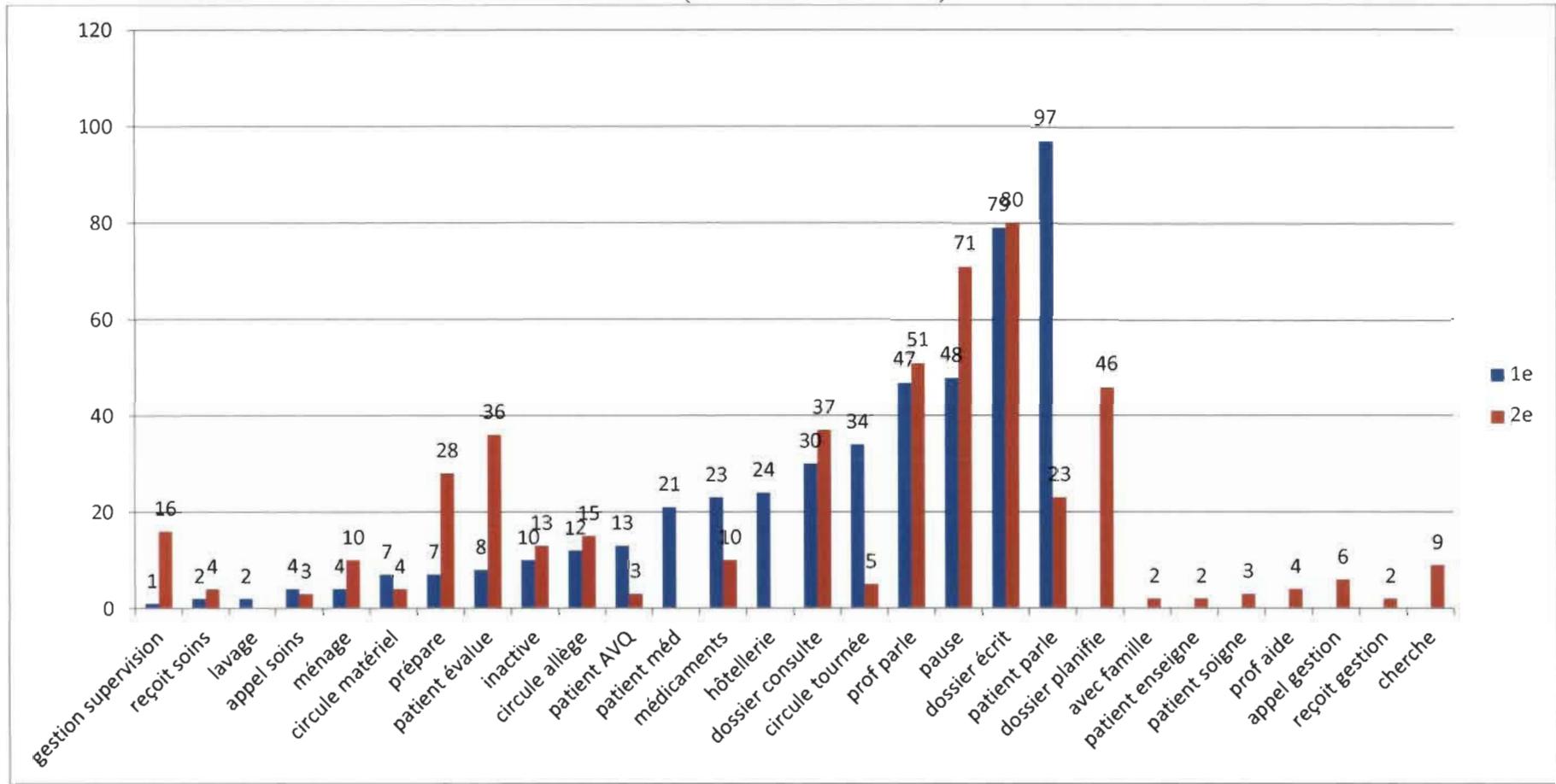
Dans le graphique 24, les discussions avec les autres professionnels ont pratiquement doublées sur le quart de soir, passant de 86 minutes à 154. Cela se produit notamment parce qu'avec la nouvelle organisation, le médecin ne s'adresse pas qu'à l'ASI, mais aussi aux infirmières. Il est possible de remarquer que le nouveau mode de fonctionnement partagé fait en sorte que l'infirmière ne s'occupe plus de la médication, passant de 29 minutes à 2 minutes. De plus, avec la création d'un poste de PAB, ses déplacements (de 13 à 3 minutes), tournée (de 15 à 4 minutes) et fonction d'hôtellerie (de 37 à 7 minutes) sont diminués.

Le graphique 25 indique que l'augmentation des moments d'évaluation du patient sur le quart de soir la fin de semaine est significative, passant de 8 minutes à 36 minutes. Cela démontre que les compétences de l'infirmière sont utilisées en lien avec son champ d'exercice. La diminution des communications avec les patients (de 97 à 23 minutes) peut s'expliquer par le fait que la fin de semaine, plusieurs patients sont en congé temporaire, mais aussi en lien avec les soins partagés qui font en sorte que c'est l'infirmière auxiliaire qui passe plus de temps en compagnie du patient. Ce même aspect est aussi remarqué au niveau de la médication. L'infirmière passant auparavant 44 minutes aux activités en lien avec la médication pour 10 minutes lors de la deuxième collecte de données. De plus, il est possible de remarquer 15 minutes de gestion et supervision supplémentaire, surtout reliées aux ordonnances médicales à relever. L'activité de préparation est passée de 7 minutes à 28 minutes. Il s'agit de temps utilisé à la réflexion et à la consultation de documents dans le but de rédiger adéquatement certains documents comme le PTI.

**Graphique 24: Nombre de minutes totales selon l'activité
(par employé sur une période de huit heures)**
Infirmière (soir et semaine)



**Graphique 25: Nombre de minutes totales selon l'activité
(par employé sur une période de huit heures)**
Infirmière (soir et fin de semaine)



CHAPITRE VI

DISCUSSION

Le chapitre suivant présente la discussion concernant les résultats et les constats obtenus lors de cette étude. Il permet de faire le lien avec les données recueillies, le cadre de référence et la littérature portant sur le sujet de l'étude.

Dans un souci d'amélioration continue, principe soutenu par la philosophie Lean, l'étude réalisée au CSSSAE sur l'unité de psychiatrie s'est fait en deux temps. Les données recueillies lors des deux collectes de données peuvent servir de base dans la recherche de solutions dans les changements possibles dans l'organisation du travail de cette unité. Pendant la durée de l'étude, plusieurs recommandations ont été nommées entre autre en lien avec les ressources humaines, la formation, le matériel et les équipements, les formulaires, les lieux physiques, l'interdisciplinarité et l'intervention des professionnels. Les changements de structure sont ceux qui ont le plus influencé le changement lors de la deuxième collecte de données. L'implication des employés s'est faite dès le départ, ce qui a favorisé les changements.

6.1 Ressources humaines

En premier lieu, il a été proposé de définir de façon claire et connue les rôles et responsabilités de chacun des professionnels. Cette définition supportait l'optimisation du rôle clinique de l'ASI et de l'infirmière ainsi que l'utilisation de la Loi 90. De là le changement d'un mode de soins intégraux à partager. L'infirmière en santé mentale a un rôle d'évaluation, de planification et de suivi. De part une rédaction adéquate de son PTI, elle est en mesure de déléguer une quantité importante de soins à l'infirmière auxiliaire mais demeure responsable de

son client. Procéder à un changement de mode de dispensation des soins permet, comme le démontrent les résultats, d'utiliser davantage les compétences de l'infirmière.

En second lieu, il a été question de travail d'équipe valorisé et défini en équipe, par l'équipe et pour le patient. Cela permettait aussi l'uniformisation de la structure de travail (semaine et fin de semaine) en considérant que certains clients obtiennent des congés la fin de semaine. Donc, cet aspect explique le fait qu'il n'y a pas de préposé avec l'équipe de fin de semaine.

En troisième lieu, il a été identifié qu'il pourrait être intéressant de convenir d'une entente pour le prêt d'un brancardier à des moments stratégiques la semaine, puisqu'il arrive que le préposé doive quitter avec des patients pour certains traitements ou examens. Cet aspect augmente le temps infirmier et infirmier auxiliaire passé à surveiller, à effectuer des tournées ou à assumer l'hôtellerie.

Ensuite, la non-obligation de dépasser les heures régulières de travail a été clarifiée. Le changement d'un rapport oral à un rapport écrit a favorisé cet aspect. De plus, l'identification du temps supplémentaire de l'ASI est venue supporter cette clarification.

Pour terminer, les médecins œuvrant sur l'unité de psychiatrie ont nommé qu'ils souhaitaient collaborer au projet, ce qui a permis à l'ASI de les rediriger vers les infirmières. Cet

aspect du travail permet le développement d'habiletés de communication chez les infirmières et favorise sans conteste l'évaluation infirmière.

6.2 Formation

En lien avec l'expertise requise pour travailler dans un service de psychiatrie, la valorisation de la formation en cours d'emploi, l'emploi de la simulation pour pratiquer des situations cliniques et l'utilisation de l'expertise clinique de l'ASI ont été des pistes suggérées. L'état de la deuxième collecte de données indique que l'ASI utilise davantage de temps afin de promouvoir l'enseignement auprès du personnel. Un rôle d'assistante se définit comme étant clinico-administratif et cette dernière doit être une référence pour son équipe. Sa participation aux activités d'enseignement démontre son intérêt et encourage l'équipe à la solliciter lors de problématiques. L'expertise de l'ASI doit aussi être profitable aux infirmières novices de l'unité afin de permettre le développement de leurs compétences cliniques et organisationnelles.

Au début de chaque quart de travail, quelques capsules éducatives sont faites en groupe. Il semble y avoir peu ou pas de formation en cours d'emploi. Des inquiétudes et inconforts ont été verbalisés sur la gestion d'un patient violent. Certains employés éprouvent une crainte en rapport avec les « codes blancs » (code utilisé à l'interne pour faire mention d'un épisode de violence à gérer avec un patient). La psychiatrie étant une spécialité, il serait important d'offrir cette formation en priorité. Par la suite, un programme annuel pourrait être développé.

6.3 Matériel et équipements

Toujours dans l'esprit du Lean, le ménage dans les cartables de procédures et de renseignements disponibles sur l'unité a été identifié. Dans un même ordre d'idées, ce ménage pourrait être fait concernant l'affichage au personnel afin que celui-ci ne concerne que les aspects prioritaires et essentiels. De plus, une identification du matériel dans les armoires de l'unité a été proposée. Dans l'optique de faire une utilisation optimale du matériel et de l'équipement, il a été ciblé de s'assurer que tout le monde soit à l'aise avec le système de contentions. Lors de la deuxième collecte, du temps dans l'horaire de la commis en lien avec le ménage effectué sur l'unité a été identifié.

Certains cartables et protocoles sont désuets, il n'y a pas d'identification du matériel et des armoires. Il est possible de remarquer un manque de proximité du matériel lors des cas d'isolement et le système pour les contentions demeure un peu complexe lors des codes. Par contre, il est possible de constater une nette amélioration depuis la première collecte de données. Le ménage a commencé à être fait et les plans sont faits afin d'atteindre l'objectif portant sur le matériel. Les employés sont encouragés à poursuivre l'identification du matériel et des armoires afin de travailler dans un environnement agréable. Le réaménagement du poste est une valeur ajoutée.

Finalement, il faudrait prévoir l'utilisation d'un chariot pour le transport de matériel lors de l'évaluation des patients. Une autre option pourrait être de retrouver le matériel nécessaire à l'évaluation physique des patients dans une pièce réservée à cet effet. De plus, il faut s'assurer

que l'équipement est utilisé et entretenu de façon adéquate. Par exemple, le pèse-personne doit être calibré et il est important de limiter les déplacements de cet appareil. De plus, la désinfection des outils pour la prise de signes vitaux doit être effectuée entre les clients.

6.4 Formulaires

L'uniformisation des formulaires et des procédures a été proposée ainsi que la possibilité d'informatiser ces derniers. La proposition de favoriser les formulaires à cocher a aussi été retenue. Ces formulaires ont été créés, développés et implantés. Il est possible de constater dans les résultats de l'étude, qu'ils ont favorisé la diminution de rédaction de notes au dossier, permettant plus de contact avec les patients. Afin de répondre aux aspects légaux du travail infirmier, un point de rappel a été fait pour la valorisation de l'utilisation du plan thérapeutique infirmier (PTI) et le travail partagé entre les infirmières et infirmières auxiliaires a permis d'en maximiser l'utilisation. Une nette amélioration a été constatée. Dans un même ordre d'idées, pour favoriser la communication, une nouvelle approche pour les rapports interservices a été instaurée. Plusieurs résultats de la collecte de données montrent que le rapport écrit comprenant des informations suggérant un changement ou une anormalité a fait diminuer le temps de discussion entre professionnels pour favoriser d'autres tâches ayant un lien direct avec le patient.

Beaucoup de documents sont toujours laissés un peu partout sur les espaces de travail. L'information est redondante dans plusieurs formulaires. Le PTI n'est pas toujours à jour ou complété pour tous les patients. Les professionnels font beaucoup d'écriture à la main. Il est possible de remarquer de l'affichage non ordonné et de retrouver des protocoles et des

procédures laissés à différents endroits. Le rapport verbal est long et très détaillé. Finalement, la préparation de dossier vierge ou l'identification de dossiers pour de nouveaux patients n'est pas une tâche infirmière, mais elle est souvent faite par cette dernière. Il serait intéressant de réfléchir à l'utilisation du génogramme/écocarte afin de diminuer le temps requis à compléter cet outil. En effet, les résultats obtenus lors des collectes de données démontrent que très peu de contacts ont lieu avec les familles des patients. Or, les patients admis sur l'unité sont pour la plupart en épisode aigüe de leur maladie, donc très peu enclins à compléter ce genre d'outil. Afin de s'assurer d'avoir les renseignements exacts, il serait pertinent de le compléter avec la famille. Bien que le génogramme/écocarte puisse être un outil pour favoriser la prise de contact avec le patient, sa rédaction est fastidieuse considérant l'état clinique des patients.

Plusieurs points ont été améliorés dont la compléction du PTI et l'affichage sur les murs. Le choix des formulaires à compléter est plus clair et l'arrivée (à la fin janvier) d'un formulaire à cocher pour le dossier patient a fait la différence dans le travail du personnel (principalement les infirmières-auxiliaires). L'utilisation des méthodes de soins informatisées doit être encouragée afin d'être certain de toujours utiliser la bonne méthode de soins (ex. protocole d'insuline, bronchodilatateurs).

La valorisation du PTI passe par le support clinique pour ce dernier. La révision et l'évaluation des PTI devraient être fait sur des bases régulières par l'ASI afin d'assurer l'utilisation optimale et adéquate de ces derniers et pour prévoir le support clinique nécessaire aux professionnels.

6.5 Lieux physiques

Afin de favoriser le travail des professionnels, un réaménagement du poste infirmier a été suggéré. Par le fait même, il serait possible de faire le ménage de ce même poste. De plus, il y a eu une proposition en lien avec l'obtention d'un bureau fermé pour les professionnels. La demande a été faite et elle est en attente d'une réponse. Finalement, il a été proposé d'établir un local privé pour les rencontres avec les patients.

Le poste infirmier est encombré et pourrait être plus fonctionnel. On y retrouve peu de rangement pour les clients et beaucoup de matériel du personnel. Le dessus des armoires est encombré. Un manque d'espace est observé lorsque tous les professionnels sont présents. De plus, il peut être difficile de se concentrer car l'endroit est bruyant lors des périodes névralgiques. Un local pour rencontrer les clients en privé n'est pas disponible. Tous ces aspects ont pu être constatés lors d'observations directes et ils ont été nommés lors de l'activité Kaizen comme des irritants majeurs. Lors de la deuxième prise de données, il est à noter que le poste infirmier était en réorganisation pour contrer les problématiques décelées lors de la première collecte.

6.6 Équipes interdisciplinaires

Il a été identifié que le travail en équipe pourrait être plus formalisé. Chaque professionnel devrait être en mesure d'exploiter son plein potentiel et d'utiliser ses compétences au maximum. Toutefois, cette façon de faire demande un travail sur les rôles, tâches et responsabilités dévolus à chacun. Un travail de coaching pourrait alors être envisagé. Le travail

d'équipe s'est vu amélioré avec la pratique en soins partagés. Le rôle de coaching est davantage défini pour l'ASI. Il se reflète dans les aspects formation, support et communication. De plus, il est possible de remarquer un effet sur les médecins. L'ASI oriente ces derniers dans le nouveau mode de fonctionnement. Il n'y avait pas de distinction entre le travail infirmier et le travail infirmier auxiliaire. La pratique en soins partagés a permis de constater lors de la prise de données que l'infirmière assume davantage un rôle d'évaluation, de planification de relation d'aide et de communication. De ce fait, l'infirmière auxiliaire complète davantage les dossiers et octroie les soins directs.

6.7 Ressources humaines

6.7.1 Utilisation optimale des compétences du personnel

Une amélioration significative a été notée grâce à l'ajout d'un poste de PAB de jour (semaine) et de soir (4 soirs sur 7). En effet, le temps de tournée et d'hôtellerie réparti entre les différents professionnels est maintenant comblé par cet employé. Toutefois, des améliorations sont à envisager si jamais il devient possible d'avoir un PAB sur tous les quarts de travail puisque du temps d'hôtellerie est toujours présent pour les autres titres d'emploi.

Bien que l'interdisciplinarité soit prônée, plusieurs professionnels de différentes disciplines œuvrent auprès du patient, mais chacune dans des sphères différentes. Une amélioration a été notée quant au travail de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire dans la plupart des équipes et la standardisation du travail des équipes permettra d'améliorer encore davantage ce point. Le psychiatre responsable de l'unité travaille avec les équipes et se réfère

aux membres. Ces échanges avec les professionnels sont très appréciés et le partage de son expertise permet aux équipes d'améliorer leurs connaissances ainsi que d'améliorer les soins offerts aux patients. Il serait important que les autres psychiatres adoptent cette pratique.

6.7.2 Connaissances des rôles et responsabilités de chacun

Une amélioration a été notée depuis la première collecte de données puisque les rôles et tâches du personnel ont été rappelés aux employés lors de l'activité Kaizen et par la suite. Il faut toutefois préciser que la nouvelle structure amène des questionnements chez les divers professionnels. Bien que l'expertise de l'unité soit la santé mentale, il est important que le personnel se tienne à jour sur les soins de santé physique à prodiguer aux patients. Assurer un lien avec la conseillère de l'établissement pour les maladies chroniques serait pertinent (par exemple, diabète ou encore emphysème). Comme mentionné dans la problématique de la présente étude, la population est vieillissante et fait face de plus en plus à des situations de chronicité. La clientèle en santé mentale n'échappe pas à cette réalité. Comme l'expertise des infirmières de cette unité se situe davantage au niveau de la psychiatrie, il arrive que des comorbidités ne soient pas prises en charge adéquatement. Il faut aussi encourager les meilleures pratiques en terme de prévention des infections.

Il est important de se questionner sur l'évaluation physique des patients et la place qu'elle occupe dans l'organisation d'une journée. Il faudrait envisager la possibilité d'évaluation hebdomadaire sauf pour les évaluations ayant une raison clinique. Ce questionnement permet de

revoir les priorités et de promouvoir l'examen clinique et les tâches infirmières ainsi que la valorisation de la profession par le fait même.

6.7.3 Optimisation de la supervision clinique et administrative

Le travail de soutien et d'accompagnement commence doucement à faire partie du travail quotidien de l'assistante. Toutefois, cet encadrement mérite d'être encore plus présent. En effet, les compétences cliniques de l'ASI de même que son expérience et son expertise font d'elle une ressource essentielle pour le nouveau personnel. Lors de la deuxième collecte de données, il a été noté que l'ASI devait accorder beaucoup de temps au travail de la commis. Il faut encourager celle-ci à devenir autonome ce qui dégagera du temps d'encadrement pour les autres membres du personnel. L'ASI est également encouragée à ne plus assumer des tâches dévolues au personnel infirmier ce qui permettra une standardisation et une responsabilisation des employés.

La présence du supérieur immédiat sur l'unité de soins a été supportante pour le personnel et un incontournable dans la réussite du projet. Cette dernière œuvrait comme agent de changement, donc comme leader du projet. Son implication au quotidien avec les gens sur le terrain a été un aspect très mobilisant. L'ouverture aux commentaires du personnel, la souplesse et les ajustements réguliers ont grandement facilité le changement. Le fait de souligner les réalisations et les actions posées pour diminuer les irritants au fur et à mesure a permis de maintenir la motivation du personnel impliqué. La mobilisation et l'implication des assistantes aux soins infirmiers ont favorisé le changement et soutenu le personnel au quotidien. Le comité de soutien au projet a également permis de dénouer les difficultés rencontrées en cours

d'actualisation du plan d'action et de supporter la gestionnaire de l'unité dans les différentes étapes de gestion du changement. Le suivi assidu du processus de changement a également permis de maintenir le cap sur les priorités et sur l'objectif poursuivi.

6.7.4 Travail d'équipe

Chaque employé fonctionnait comme il pensait, aucune ligne directrice n'était établie. L'amélioration est visible, mais elle devrait être davantage formalisée, avec de l'emphase sur le rôle de l'ASI. De plus, la standardisation des rôles permettra aux nouvelles recrues qui se joignent à l'équipe une meilleure appropriation de leur rôle. Toutefois, beaucoup de travail a été fait pour améliorer ce point, entre autre, la revue de la structure. L'ajout d'un PAB de jour a permis une amélioration quant au déplacement des autres types d'emploi avec les patients. Le rôle de l'infirmière auxiliaire a aussi été revu de façon importante. Elle devient davantage une exécutante, ce que le champ d'exercice prévoit. Toutefois, elle était habituée à effectuer les mêmes tâches que l'infirmière. Pour favoriser le travail d'équipe, beaucoup de soutien doit être offert aux infirmières auxiliaires.

Il y avait aussi une différence entre les heures d'arrivée et de départ entre certains membres du personnel. Une amélioration a été remarquée à cet effet grâce à l'ajout d'un quinze minutes rémunéré. Le rapport entre professionnels peut alors être donné et le personnel quitte à l'heure prévue. Toutefois, il est impossible de passer sous silence le travail fait par l'ASI et ses heures de départ et d'arrivée. Cette dernière commence avant son quart de travail, ne prend

jamais son temps de pause en entier et finit souvent plus tard que prévu sa journée. Ici, un encadrement direct du chef de service est requis.

La première collecte de données a toutefois fait ressortir la longueur du rapport verbal. Ce rapport est encore très long et il a été observé que certains employés font autre chose lorsque le rapport ne porte pas directement sur leur patient. Étant donné la longueur, les employés veulent débuter leur travail. Lors de la deuxième collecte, une feuille de rapport écrit a été instaurée et elle est utilisée par les employés afin d'optimiser le temps passé en rapport. Le rapport entre les professionnelles (lors du 15 minutes rémunéré) est important et bien fait. Un rapport verbal devrait être utilisé uniquement pour les quelques cas spéciaux qui se trouvent sur l'unité et non pour tous les patients. Lorsque l'équipe veut connaître les patients d'une autre équipe, elle peut consulter le rapport écrit.

6.13 Réorganisation

Aucun budget n'a été prévu pour l'ajout de ressources lorsque les besoins du service le nécessitent. Cette réorganisation ne répond qu'aux besoins de base de l'unité de soins. Selon le CSSSAE (2012), l'ajout d'un préposé aux bénéficiaires et une répartition des tâches selon les compétences de chacun des titres d'emploi a facilité la réponse aux soins de la clientèle lorsque l'unité compte 21 à 22 patients hospitalisés. Par contre, le taux d'occupation étant souvent plus élevé, soit de 25 à 28, et le fait que les différentes adaptations de l'environnement se font graduellement font en sorte qu'il a été difficile pour le personnel de constater les éléments

positifs du travail en soins partagés. Malgré tout, il est possible de constater une diminution des heures travaillées comparativement aux années antérieures.

L'unité de psychiatrie a tout de même effectué de nombreux changements, qui même s'ils sont difficiles à constater pour l'équipe, ont eu un impact identifiable lors de la prise de données. Cette réorganisation sous la philosophie Lean a respecté plusieurs conditions de succès dont l'engagement de la direction et son désir de fournir les ressources et le support nécessaire ainsi que la volonté d'impliquer les employés dans la prise de décision. La disponibilité de ressources de support en gestion de changement, c'est-à-dire, la disponibilité de la chef de service, la leader du projet, l'implantation rapide de solution de réorganisation, ainsi que le lien avec diverses parties prenantes, tel que le syndicat, ce sont avérés des aspects positifs non négligeables.

Le Lean favorisant le développement d'une organisation apprenante, l'activité Kaizen a permis le retour sur des aspects de base de l'organisation du travail, entre autre les rôles, tâches et fonctions du personnel, mais a aussi permis le développement de l'équipe pour être en mesure d'opérer elle-même ses changements selon ses priorités.

Finalement, les collectes de données ont favorisé des constats appuyant une vision commune au sein de l'équipe en ce qui a trait aux meilleures pratiques à adopter. Cette réorganisation a eu un impact au niveau du travail infirmier qui favorisera le développement d'expertise et de compétences.

CONCLUSION

Afin de conclure cette recherche, une synthèse des résultats sera faite tout en exposant les limites de l'étude et son implication pour la pratique et la recherche.

Synthèse des résultats

Lors de ce projet, une approche de recherche-action a été favorisée pour permettre d'adapter l'étude à des problématiques concrètes dans un milieu de travail réel et d'en adapter les actions en fonction de l'interaction avec le milieu (Valcarcel-Craig, 2009). Dans ce contexte, certains principes du modèle Lean ont été appliqués dans l'analyse de la situation actuelle à l'unité de psychiatrie du CSSSAE, dans l'élaboration de pistes d'amélioration ainsi que dans l'évaluation des changements organisationnels qui ont pris place pendant l'étude. Pendant cette étude, six principaux changements organisationnels ont eu lieu au sein de l'équipe de l'unité de psychiatrie. Ce projet de réorganisation du travail a sollicité de façon importante l'implication, l'ouverture et a mis à l'épreuve les stratégies d'adaptation aux changements de l'ensemble du personnel.

L'approche en soins partagés a permis une délégation adéquate des bonnes tâches au bon professionnel ou non professionnel. La définition des rôles, tâches et fonctions des membres de l'équipe a permis une meilleure adaptation à cette approche et a favorisé la concertation clinique.

Évidemment, suite au travail sur les rôles et responsabilités des différents intervenants, une nouvelle répartition de tâches a eu lieu. Chacun a été encadré afin d'utiliser la bonne ressource, pour le bon client, au bon moment, pour le bon patient. Cette notion de

hiérarchisation, présente dans tout le réseau de la santé, permet une meilleure organisation du travail. Il s'agit d'une étape importante afin d'optimiser les soins.

L'étape précédente et les données recueillies ont permis l'affichage de postes et l'ajout de préposés aux bénéficiaires à l'équipe de travail. Ainsi, les infirmières ont vu une valeur ajoutée à leurs tâches et elles peuvent se concentrer davantage à exercer leur rôle, qui selon le code des professions, s'articule autour de l'évaluation et de la contribution à l'évaluation.

L'optimisation au niveau des communications est passée par l'établissement d'un nouveau mode de transmission des informations lors des rapports entre les quarts de travail. En plus d'une révision du contenu de ces rapports pour avoir le maximum d'informations pertinentes, le fonctionnement a permis aux intervenants de quitter le travail aux heures prévues dans l'horaire.

Basé sur la méthode 5S, l'aménagement des lieux physiques a été revue. L'équipe a procédé à des changements au sein du poste infirmier pour désencombrer et potentialiser l'espace. Plusieurs plans ont été présentés afin de pouvoir se prévaloir d'un local de rencontre pour les clients, ce qui permettrait aussi aux professionnels de se retirer quand, dans le jour, le poste infirmier bourdonne d'intervenants.

Ces changements ont tous eu lieu avec un taux d'occupation très élevé à l'unité, d'importants mouvements de personnel (remplacement de vacances, départ à la retraite, période d'essai des nouveaux détenteurs de poste) et l'accueil des stagiaires.

Les limites de l'étude

L'étude se limitait aux activités de l'unité de psychiatrie du CSSSAE, particulièrement aux infirmières. Il faut noter que les services de psychiatrie sont le résultat d'un effort commun entre différents professionnels de la santé œuvrant sur les différentes lignes en santé mentale. L'influence des autres services sur le fonctionnement infirmier n'est donc pas à négliger.

Implication pour la pratique et la recherche

Ce genre d'étude permet l'établissement des concepts d'amélioration continue. Au CSSSAE, l'implantation de pistes de solutions pour favoriser l'organisation et l'optimisation du travail sur l'unité de psychiatrie a été réalisée par les membres de l'équipe de l'unité. Leur expérience en matière de gestion du changement sera un soutien pour le CSSS qui pourra alors bénéficier des développements de cette présente étude telles que l'étude temps-mouvement et la connaissance des principes Lean lors de projets futurs.

Le Lean est une philosophie de gestion et d'amélioration basée non seulement sur des outils d'analyse et d'optimisation efficaces, mais aussi sur une multitude de concepts d'organisation du travail tous aussi efficaces et éprouvés les uns que les autres. La présente étude a permis de faire découvrir au personnel de l'unité de psychiatrie du CSSSAE ces concepts. Un

autre grand défi en amélioration continue se situe au plan de l'approche d'implantation et de mise en œuvre, phase pour laquelle se retrouve typiquement la plus grande résistance au changement à tous les niveaux. Au CSSSAE, avec le support de l'équipe de recherche, ces aspects ont été considérés et ont contribué de façon favorable aux changements. De plus, ils ont permis de mieux structurer le projet.

Yves Bolduc, médecin et ministre de la Santé du Québec de 2008 à 2012 a dit : «La solution du réseau de la santé, compte tenu des contraintes de ressources et d'argent, ne peut plus être simplement l'ajout de ressources. Il faut sortir des sentiers battus, innover et penser autrement. Le Lean Management nous permet cela car c'est la méthode qui regroupe les meilleures pratiques de gestion reconnues mondialement » (Villeneuve, 2013).

L'implication des infirmières dans la recherche se veut un incontournable, surtout en matière d'organisation du travail. La dernière réforme du système de santé s'inscrit dans une idéologie de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des services. Favoriser l'accessibilité, la continuité et la globalité des services de santé passe par l'harmonisation des pratiques, basée entre autre, sur la Loi 90, la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Ces modifications mettent en évidence l'importance de miser sur les compétences, l'autonomie et la collaboration des professionnels de la santé comme réponse à la réorganisation du système de santé. Il s'agit d'opportunité pour soutenir la valorisation de la profession infirmière à travers de nouveaux rôles qui se veulent à la fois une meilleure utilisation des compétences infirmières, mais aussi une réponse à une

réorganisation du système de santé. (OIIQ, 2006). Il s'agit en fait de promouvoir l'autonomie professionnelle et celle-ci, supportée par les diverses Lois, ne peut être qu'une des nombreuses solutions aux problèmes du système de santé et aux besoins de la population. En somme, le leadership infirmier et l'expertise en organisation du travail sont une combinaison gagnante.

RÉFÉRENCES

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (2010). *Plan stratégique 2010-2015 de la Mauricie et du Centre-du-Québec.*

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (2008). *Le guichet d'accès en santé mentale – Clientèle adulte – Cadre de référence.*

Agence Montréal (2006). *Plan de mise en œuvre à Montréal – Phase 1 en lien avec La force des liens – Plan d'action ministériel en santé mentale 2005-2010.*

Agence Montréal (2006). *Cadre de référence sur les services de première ligne en santé mentale – Plan de mise en œuvre à Montréal – Phase 1.*

Agence 04. (2010). Rapport annuel de gestion 2009-2010: Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

AGIR (2010). *Mémoire présenté par l'AGIR en santé mentale au MSSS dans le cadre de l'évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens.*

Arcand, Michel (2007). *La gestion du changement : Vingt et une questions pour mieux appréhender et gérer les transformations organisationnelles.* Éditions Nouvelles AMS, Montréal.

Assemblée Nationale, Projet de loi #25 (2003, chapitre 21). Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

ASSS (2008). *Plan d'action ministériel en santé mentale 2005-2010 – La force des liens – Planification de la phase II à Montréal – Recueil des synthèses et recommandations, Juin 2008.*

Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (2010). *Avis de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec dans le cadre de l'évaluation de l'implantation du plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens, 8 pages*

Association des CLSC et CHSLD du Québec (2004). *L'offre de services de première ligne en santé mentale, contexte et orientation, 6 cahiers.*

Association québécoise d'établissement de santé et de services sociaux. (2009). Le modèle ÉGIPSS : La performance des établissements de santé du Québec. *Rapport final.* Document consulté le 2011-04-19 de www.aqesss.qc.ca/docs/pdf/media/20091022/presentation_rapport_performance.pdf

Ballé, M. and A. Régnier (2007). "Lean as a learning system in a hospital ward." *Leadership in Health Services* 20 (1): 33.

- Benitez, Y. Forrester, L. Hurst, C. Turpin, D. (2007). Hospital Reduces Medication Errors Using DMAIC and QFD. *Quality Progress*.
- Ben-Tovim, D., I., Bassham, J., E., Bolch, D., Martin, M., A., Dougherty, M., & Szwarcbord, M. (2007). Lean thinking across a hospital: redesigning care at the Flinders Medical Centre. *Australian Health Review*, 31 (1), 10.
- Blais, M-C., Lagacé, D. (2010). L'implantation du Lean dans un processus hospitalier non-séquencé: une méthode à revoir. GISEH.
- BOYER, R. et al. (2004). *Épidémiologie des troubles mentaux au Canada et au Québec : résultats préliminaires de l'ESCC 1.2*, Centre de recherche Fernand Séguin : Axe de psychiatrie sociale et organisationnelle, Document inédit d'une conférence donnée à Louis-H. Lafontaine.
- Cacioppe, R. (1997). Implementing successful change. *Management* (juin), 25-28.
- Centre de santé et des services sociaux d'Arthabaska et de l'Érable. (2012). Plan d'action du projet Optimisation du travail au 6^e A.
- Centre de santé et des services sociaux de Saint-Léonard et St-Michel (2006). Santé mentale – *Clientèle adulte – Projet clinique – Document préliminaire*, 29 novembre 2006.
- Champagne F., (2002). *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé*, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Étude numéro 39, 1-40.
- Clair, M. (2000). Les solutions émergentes. *Rapport et recommandations, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*, Gouvernement du Québec.
- Cloutier, E., David, H., Ledoux Cloutier, E., David, H., Ledoux, E., Bourdouxhe, M., Gagnon, I., & Ouellet, F. (2008). Effects of government policies on the work of home care personnel and their occupational health and safety. *Work*, 30 (4), 389-402.
- CORIN, Ellen (1992). *Priorités pour une politique de santé mentale*, dans Santé mentale au Canada, mars 1992, pp. 34-36.
- Douglas. (2013). Rétablissement dans les services cliniques – Comment les services de santé mentale intègrent-ils le rétablissement ? Document consulté le 2013-10-14, adresse URL : <http://www.douglas.qc.ca/info/retablissement-services>
- Enquête sur la santé mentale des Montréalais, Volume 1 : *La santé mentale et les besoins des soins adultes*, 250p. Tiré du résumé.

- Fillingham, D. (2007). Can Lean save lives? *Leadership In Health Services* (Bradford, England), 20 (4), 231-241.
- Fleury, M.-J., Tremblay, M., Nguyen, H. & Bordeleau, L. (2007). *Le système sociosanitaire au Québec; Gouvernance, régulation et participation*. Montréal : Gaétan Morin, éditeur.
- Fréchette, F. (1999). *Prévalence des troubles mentaux dans la population : mise à jour des données récentes et compte-rendu de la littérature*, Équipe santé mentale, CLSC de Saint-Léonard.
- Gouvernement du Québec (1989). *Politique de santé mentale*, Québec.
- Gouvernement du Québec (1998). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, MSSS.
- Gouvernement du Québec (2002). *Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intégrés en santé mentale*.
- Gouvernement du Québec. (2009). Démographie. Page consultée de <http://www.gouv.qc.ca/portail/quebec/pgs/commun/portrait/demographie/?lang=fr>.
- Gendreau, Francois (mars 2010). *L'approche du rétablissement en santé mentale – Sommes-nous liés à des compétences innovatrices lors de l'implantation d'un paradigme innovateur*, 26 pages.
- Graban, M. (2009). *Lean Hospitals : Improving Quality, Patient Safety, and Employees Satisfaction*. New York: Productivity Press Book.
- Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale (2003). *Avis, recommandations pour les services aux enfants et aux jeunes ayant un trouble mental et leur famille*, mars 2003.
- Grove, A. L., Meredith, J. O., Macintyre, M., Angelis, J., & Nealey, K. (2010). Lean implementation in primary care health visiting services in National Health Service UK. *Quality & Safety in Health Care*, 19 (5), e43-e43.
- Hohmann, C. (2009). Performance Industrielle et logistique, Management et Qualité. Page consultée le 2011-04-12 de <http://chohmann.free.fr/5S/index.html>.
- Holosko M.J. (2009). Social Work Leadership : Identifying Core Attributes. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 19 (4), 448-459.
- Institut de la statistique du Québec. (2009). Les maladies chroniques au Québec: Quelques faits marquants.

Institut national de santé publique du Québec (2008). *Étude contextuelle sur les services de santé mentale au Nunavik.*

Jacobsen, J. (2008). St.Luke's Hospital Breaks out of the Pack to Improve Patient and Physician Satisfaction. *The American Society for Quality.*

Johnson, G., Scholes, K., Wittington, R. et Fréry, F. (2011). *Stratégique* (9^e édition). Paris: Pearson Education France, ISBN : 978-2-7440-7520-9

Jones-Roberts, A. (2008). Change management in a home care nursing service: a partnership to improve organization performance. *Home Health Care Management & Practice*, 21 (1), 54-60.

Kim, C. S., Spahlinger, D. A., Kin, J. M., & Billi, J. E. (2006). Lean health care: what can hospitals learn from a world-class automaker? *Journal Of Hospital Medicine: An Official Publication Of The Society Of Hospital Medicine*, 1 (3), 191-199.

Kotter, J. P., & Schleisinger, L. A. (1979). Choosing strategies for change. *Harvard Business Review*, 71-79

Lesage, A., Contandriopoulos, A. P., & Reinhartz, D. (1999). La déinstitutionnalisation dans un grand hôpital psychiatrique québécois depuis 1989: analyse des besoins de soins, des coûts et des aspects organisationnels.

Lewin, K. (Ed.). (1951). *Field theory in social science: Selected theoretical papers*. New York: Harper & Row.

Liker, J. (2009). Le modèle Toyota 14 principes qui feront la réussite de votre entreprise (M. Sperry, Trad.). Paris: Pearson Education France.

Liker, J., & Meier, D. (2008). *Talent Toyota Les hommes au coeur de la réussite*. Paris: Pearson Education France.

Linovati (2012). Formation Lean six sigma niveau *Green Belt* - Tome I; 2012

MacLeod, M. L. P., Misener, R. M., Banks, K., Morton, A. M., Vogt, C., & Bentham, D. (2008). "I'm a different kind of nurse": advice from nurses in rural and remote Canada. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 21 (3), 40-53.

MacPhee, M., (2007). Strategies and Tools for Managing Change. *Journal of Nursing Administration*, 37 (9), 405-413

Mancini, Michael A., Hardiman, Eric R., Lawson, Hal A. (2005). Making sense of it all: Consumer providers' theories about factors facilitating and impeding recovery from psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Vol.29 (1): 48-55

Mazzocato, P., Savage, C., Brommels, M., Aronsson, H., & Thor, J. (2010). Lean thinking in healthcare: a realist review of the literature. *Quality & Safety in Health Care*, 19 (5), 376-382.

Mitton C., Adair C., McKenzie E., Patten Scott B, Perry B., Waye. (2007). Knowledge Transfert and Exchange: Review and Systhesis of the Literature. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 729-768.

Ministère de la santé et des services sociaux. (1997). *Comité de la santé mentale du Québec - Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2004). L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Québec.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2005). Un défi de solidarité :Les services aux aînés en perte d'autonomie. Plan d'action 2005-2010.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2005). *La force des liens – Plan d'action en santé mentale 2005-2010*.

Ministère de la santé et des services sociaux (2007). Projection de la main-d'œuvre infirmière de 2006-2007 à 2021-2022, Québec, MSSS, Direction générale du personnel réseau et ministériel, Direction de la planification et des soins infirmiers.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2008). *Guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS – La force des liens*.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2010). Budget 2010-2011 : Vers un système de santé plus performant et mieux financé. Gouvernement du Québec.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2010). *Plan stratégique 2010-2015 du Ministère de la Santé et des Services Sociaux*.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2012). *Évaluation de l'implantation – Plan d'action en santé mentale 2005-2010*.

Ministère de la santé et des services sociaux. (2014). Rétablissement – Santé mental. Document consulté le 2014-04-11.de http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?retablissement

Nemeth L.S., (2003). Implementing Change for Effective Outcomes. *Outcomes Management*, 7 (3), 134-139.

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. *CJEM: The Journal of the Canadian Association of Emergency Physicians*, 12 (1), 50-57.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2003). *L'exercice infirmier en santé mentale et en psychiatrie*. Montréal : Auteur.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec/Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (2005). Rapport du Groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2007). *Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers : des choix à faire de toute urgence !* Montréal: auteur

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2009). Rapport du comité d'experts sur la pratique infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques – La pratique infirmière en santé mentale : une contribution essentielle à consolider.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009a). Rapport statistique sur l'effectif infirmier.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2009b). *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière : Compétence initiale*. 2e édition. Montréal: auteur

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2010). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières : Mise à jour du guide d'application publié en 2003*. Montréal: auteur

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2012). *La spécialité infirmière en santé mentale et psychiatrie intégrant la formation relative à l'évaluation des troubles mentaux*.

Pipe T.B., Cisar N.S., Caruso E., Wellik K.E., (2008). Leadership Stratégies, Inspiring Evidence-Based Practice at the Individual, Unit, and Organizational Levels. *Journal of Nursing Care Quality*. 23(3), 265-271.

Province du Nouveau-Brunswick, *Plan d'action pour la santé mentale au Nouveau-Brunswick 2011-2018*.

Régie régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal Centre (1998). *Élaboration et validation d'un outil de mesure de la santé mentale, Étude de validation*, Tomes 1 et 2.

Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Québec, Service des Communications, *Répertoire des ressources en santé mentale*.

Réseau communautaire santé mentale, *Le Plan d'action en santé mentale du Québec (2012-2017)*.

Schermerhorn J.R., Hunt J.G., Osborn R.N. & Billy C. (2010). *Comportement humain et organisation*, Éditions du Renouveau Pédagogique Inc. Saint-Laurent.

Scott, C. D., & Jaffe, D. T. (Éds.). (1989). *Managing organisational change*. Los Altos, California: Crisp Publications.

Shanley C. (2007). Models of Change. *Journal of Nursing Administration*, 37(9), 388-391.

Snyder, K. D., & McDermott, M. (2009). A rural hospital takes on Lean. *Journal for Healthcare Quality: Promoting Excellence in Healthcare*, 31 (3), 23-28.

Stringer, E. (2007). *Action Research in Education* (3th ed.): Sage Publications.

Stichler J.F., (2011). Leading Change; One of a Leader's Most Important Roles. *Nursing for Women's Health*. 15 (2), 166-170.

Thornicroft, G. et M. Tansella, *What are the Arguments for Community-based Mental Health Care*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003.

Tousignant, P., Soderstrom, L., Lavoie, J.-P., Kaufman, T., & Pineault, R. (2000). Impact d'une réduction de la durée de séjour sur les usagers et leur famille. De http://www.chsrf.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/tousignant_final.pdf.

Trainor John, Church Kathryn, et al., (1992). *Élaboration d'un modèle sectoriel d'une politique pour les personnes souffrant de maladies graves*, dans Santé mentale au Canada, mars 1992, pp. 28-33.

Valcarcel-Craig, D. (2009). *Action Research Essentials (Research Methods for the Social Sciences)* San Francisco: Jossey-Bass.

Villeneuve Camil (2013). *La Surdose des Systèmes de Santé*.

Womack, J. P., Byrne, A. P., Fiume, O. J., Kaplan, G. S., & Toussaint, J. (2005). *Going Lean in Health Care. White Paper*. Boston: Institute for Healthcare Improvement.

ANNEXE I

Annexe 1 :
Déroulement – Activité Kaizen Blitz
UCDG – DATES 2011

JOUR 1

1. Lancement du Kaizen BLITZ (8 h 00 – 8 h 15)
 - a. La direction vient montrer son appui à la démarche.
2. Présentation d'introduction de l'activité (8 h 15 – 9 h 30)
 - a. Présentation des participants
 - b. Présentation des objectifs
 - c. Explication des grands principes (Kai, zen, Blitz, métho, objectifs).
3. Présentation des résultats initiaux (9 h30 – 10 h00)

Pause 10 h 00 à 10 h 20

3. (suite) Présenter les processus cartographiés (10 h 20 – 11 h 00)

4. Identification des irritants (11 h 00 – 12 h 00)

Dîner 12 h 00 – 13 h 00

5. Identification des problématiques principale (13h 00 – 13 h 45)
6. Identification des points qui vont bien (13 h 45 – 14 h 30)

Pause 14 h 30 – 14 h 45

8. Réflexion sur le processus idéal (15 h 00 – 16 h 00)
 - a. C'est le jeu des lunettes roses.

Déroulement – Activité Kaizen Blitz
UCDG – DATES 2011

JOUR 2

9. Récapitulation du travail fait la veille (8 h 00 – 8 h 15)
10. Nom d'équipe (8 h 15 – 8 h 30)
11. Jeux des balles (8 h 30 – 9 h)
 - a. Importance de penser « à l'extérieur de la boîte ».
12. Graphique impact-effort (9h– 9h30)
13. Cartographie du nouveau processus (10 h 20 – 12 h 00)
 - a. À partir des idées de solutions aux chantiers, on construit la nouvelle cartographie qui servira de nouveau processus.
 - b. Échanges et discussion.

Dîner (12 h 00 – 13 h 00)

14. Préparation du plan d'action et identification des indicateurs de performance à conserver (13 h 00 – 14 h 45)
 - 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. Faire l'évaluation de l'activité Kaizen Blitz (14 h45 – 15 h 00)
16. Présentation des résultats aux dirigeants (15 h 00 à 16 h 00)

ANNEXE 2

Annexe 2 :

Grille d'observation utilisée pour la recherche et explications pour chacune des actions.

Action observée	Définition
Avec dossier consulte	lire un dossier (cardex, notes d'observation, dossier électronique, pti, etc.)
Avec dossier écrit	écrire dans un dossier (rapport, cardex, notes d'évolution, feuille de signes vitaux, etc.) en lien avec le patient
Avec 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, intramusculaire, 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	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 interservice, rapport lors des pauses, changement d'une ordonnance, etc.)
Cherche	lorsque le personnel est à la recherche d'un objet ou d'un équipement
Circule allège	déplacement avec rien dans les mains
Circule matériel	déplacement avec du matériel
Circule tournée	action faite lorsque le personnel a à faire une tournée pour vérifier si les patients sont en sécurité
Gestion/supervision	tout ce qui est en lien avec les horaires, les remplacements, les changements d'ordonnance, la vérification d'une dose de narcotique à administrer, la supervision des nouvelles recrues, etc.
Hôtellerie	action posée en lien avec les heures de repas (distribuer les cabarets, ramasser les cabarets, faire manger un patient, changer le lit d'un patient, etc.)
Inactivité	ne rien faire, discuter amicalement entre collègues, faire de la lecture personnelle
Lavage de mains	
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 isolements	appliquer les mesures d'isolement avant d'entrer dans une chambre
Surveillance passive	Assurer une présence (ex : quand patient dorme)
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	tous les appels faits et concernant la gestion (horaire, remplacement, surplus, etc.)
Téléphone fait appel /soins	appeler afin d'avoir des informations en lien avec les soins à donner à un patient (médecin, inhalothérapeutes, autre unité, pharmacie, etc.)
Téléphone appel autre	répondre ou recevoir un appel personnel, pour un autre employé ou pour un patient

Annexe 2 :
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)

ANNEXE 3

Annexe 3 :
Certificat d'éthique

ANNEXE 4

Annexe 4 :
Irritants

- Canal de communication (fonctionnement de l'unité) être écouté
- Stabilité des équipes
- Duplicata des notes
- Diminuer les rapports et les écrits
- Environnement poste
- Documentation pas à jour
- Outils de travail non harmonisés et prioriser (pti, psti cardex, collecte de données)
- Paperasse pour gestion des risques (Braden, chutes)
- Brancarderie
- Vérifier les effets personnels des patients + lavage
- Cases patients au poste
- Sécurité (patients objets chambre)
- Rarement surcroit la nuit
- Réserve de matériel pleine
- Poubelle atelier
- Identifier clés + ménage
- Armoires- utilité propre
- Entretien ménager laisse à désirer
- Fumoir
- Iso de contact
- Bain compliqué (préparation et accompagnement)
- Salle de bain du personnel
- Remplacement des services privés
- Service privé
- Code blanc ailleurs dans l'hôpital
- Définition des tâches
- Clarification des rôles
- Complémentarité des rôles
- Travail d'équipe avec infirmière-auxiliaire
- Pas de pause de l'asi de jour + fin tardive
- Rangement table quand iso
- Rangement chambre pour nuit
- Pti pas fait
- Pas d'équipe multi
- Retour inadéquat de la pharmacie
- Feuille de menu par personnel
- Profil pharmacologique hebdomadaire
- Collaboration médecin-équipe (enseignement) pour tous les quarts
- Bruit poste
- Manque chaises (poste de jour)

ANNEXE 5

Annexe 5 :
Lunette roses

ASI

- Temps pour équipe
- Assister rencontre psychiatre-patient-infirmière
- Lien avec agent liaison
- Pas de téléphone du psychiatre
- Avoir moins de patients la nuit
- Équipe stable
- Réunions multi
- Être avisée cas problématiques
- Retour de pharmacie en dedans de 1 heure
- Stats pharmacie en dedans de 15 minutes
- Médecin juste en am
- Admission entre 15h-17h
- Pas écriture mémo médecin
- Médecins responsables
- Enseignement
- Formation
- Encadrement et suivi

Infirmière

- Responsabilité d'un groupe de patients
- Évaluation du patient et suivi régulier et prn
- Avoir médecin (généraliste) disponible 7/7
- Accueil
- Asi disponible
- Assister rencontre psychiatre-patient
- Pas de patient ayant des problèmes de santé physique
- Formation
- Présence avec la famille
- Établissement du plan de traitement et ajustements et informer et inclure le patient
- Enseignement
- Notes lisibles
- Communication avec professionnelles et famille
- Minimum de paperasse (pas de dédoublements)
- Outils pertinents
- Réunions multi (commander et gérer)
- Travail d'équipe (module)
- Parler au psychiatre
- Pas de repas, AVQ, hôtellerie, téléphone

Lunette roses

Infirmière-auxiliaire

- Médicaments
- Signes vitaux
- Collaborer à l'évaluation et accueil et enseignement
- Travail d'équipe
- Communication avec professionnelles et famille
- Pas de repas, AVQ, hôtellerie, téléphone
- Minimum de paperasse (pas de dédoublements)
- Réunions multi (commander et gérer)

Commis

- Pas de demande de patients de 15h à 16h30
- Pas de téléphones avant 8h30
- Pas de téléphones
- Pas de fumoir
- Pas de téléphones des secrétaires des psychiatres
- Écoute de la part des psychiatres
- Pas de boîte vocale (réponse immédiate sur deuxième ligne)
- Asi heureuse
- Pas d'argent patient

PAB

- Pas de brancardage
- Surveillance
- Juste de soir
- Être au courant des pti des patients
- 2e pab si 2 patients sous contentions
- Avoir chambre sécuritaire
- Pas de ménage
- Pas de prise de poids la nuit
- Collaborer à l'évaluation