

UNIVERSITÉ D'ÉTAT D'HAÏTI
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

DESS-MGSS

**Vers l'Amélioration de la continuité des soins à l'hôpital
Saint François de Sales (HSFS):**

**Analyse des processus de dispensation des services et
propositions d'intervention**

**Projet D'intervention pour l'obtention du Diplôme d'Études Supérieur
Spécialisées en Management et Gestion des Services de la Santé.**

(DESS/MGSS)

Préparé par : **Le groupe 3**

Dunia V, Evelyne S, Jean Edgard A, Rose Francesse P, Valery B

PLAN

- ❖ **TABLE DES MATIERES**
- ❖ **LISTE DES ABREVIATIONS ET DES SIGLES**
- ❖ **LISTES DES TABLEAUX ET GRAPHES**
- ❖ **MOT DE REMERCIEMENTS**
- ❖ **RESUME DU PROJET**
- ❖ **INTRODUCTION**
 - **CONTEXTE**
 - **PROBLEMATIQUE**
 - **FINALITE**
- ❖ **REVUE DE LITTERATURE**
- ❖ **MODELE CONCEPTUEL**
- ❖ **CADRE D'ANALYSE**
- ❖ **METHODOLOGIE**
- ❖ **PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS**
- ❖ **RECOMMANDATIONS**
- ❖ **CONCLUSION**
- ❖ **BIBLIOGRAPHIE**

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ADT: Admission Depart Transfert

ANDEM: Agence Nationale pour le développement de l'Évaluation Médicale

CA: Conseil D'Administration

CRS: Catholic Relief Services

DM: Direction Médical

DA: Direction Administratif

DESS : Diplôme d'Études Supérieur Spécialisées PARC

DG: Direction Générale

HSFS: Hôpital Saint François de Sales

MGSS : Management et Gestion des Services de la Santé.

MSPP: Ministère de la Sante Publique et de la Population

PEC : Prise en Charge

SIG : Système D'Information de gestion

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquis

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLES DES MATIERES

I) Liste des abréviations et des sigles.....	3
II) Liste des tableaux et Graphes.....	4
III) Mot de remerciement.....	5
IV) Introduction.....	6
• Contexte.....	7-8
• Buts et Objectifs.....	9
• Problématique.....	10
• FINALITE.....	10
V) Revue de littérature.....	1-18
VI) Modèle Conceptuel.....	18

VII) Cadre d'Analyse.....	19-20
VIII) Méthodologie.....	21-23
IX) Présentation et Analyse des résultats.....	24-26
X) Recommendations.....	27
XI) Conclusion.....	33
XII) Bibliographie.....	34

Le projet d'intervention intitulé “_Vers L'amélioration de la Continuité des soins à l'hôpital Saint François de Sales : Analyse des processus de dispensation de services et proposition d'intervention ” est un travail réalisé par le groupe 3, promotion 2009-2010. Il nous a été assigné en vue de répondre à un besoin de l'Hôpital Saint François de Sales (HSFS). En effet l'étude a été sollicitée par la direction médicale de l'hôpital. Elle traite de la continuité des soins, sujet qui constitue une préoccupation pour la direction. Selon le mandant des problèmes liés à l'accueil, à la prise en charge et l'insatisfaction des patients sont perçus comme étant cruciaux pour un hôpital en reconstruction en quête d'excellence.

Notre mandat consiste donc à dresser un tableau du processus d'ADT à HSFS, Identifier des problèmes de continuité au sein du processus, analyser le processus ADT et proposer des pistes de solutions en vue d'améliorer la dispensation des services au niveau de l'institution. Pour la réalisation nous avons emprunté du Dr Avedis Donabedian les trois (3) éléments principaux : Structure, Processus et Résultats qui figurent dans le modèle conceptuel où seront mesurées les cinq (5) dimensions de la continuité trouvées dans la littérature soit la continuité informationnelle – relationnelle – temporelle – géographique et la coordination à travers des indicateurs.

Notre approche méthodologique privilégie l'approche participative et met par conséquent, l'emphase sur la participation de décideurs, cadres administratifs, médecins, infirmières, patients, intéressés à la continuité des soins. Nous avons procédé à des entretiens semi structurés à l'aide des guides d'entretien administrés à certains informateurs-clés, l'observation dissimulée et ouverte, des enquêtes avec les patients, des grilles d'évaluation ont été utilisées et une étude documentaire portée sur une revue de la littérature.

L'analyse des résultats a permis de relever des faiblesses de la continuité des soins à tous les niveaux, les unes plus importantes que les autres, les unes entraînant les autres. Arriver au terme de l'étude des suggestions pour l'amélioration de l'offre des services au niveau de l'Hôpital ont été proposées.

Remerciements

Le document final du Projet d'Intervention relatif à l'Hôpital Saint François de Sales de Port-au-Prince est devenu une réalité grâce aux appuis, aux contributions et aux attentions de nombreuses personnes envers qui nous souhaitons exprimer notre plus grande gratitude.

Le groupe 3 de la promotion 2009-2010 du DESS tient à adresser ses plus vifs remerciements à l'endroit des encadreurs :

- **Dr Mario Laroche** pour son appui de proximité, son accompagnement approprié et ses pertinentes recommandations.
- **Le Professeur Lambert Farand** pour son support et son encadrement.

Le groupe remercie le **Révérénd Père MEDE Vital** du conseil d'administration de l'Hôpital Saint François de Sales (HSFS) pour sa disponibilité et sa collaboration dans la communication des informations nécessaires à la réalisation de notre travail.

Le groupe doit beaucoup au **Dr Caidor Jean Mary**, Directeur médical de l'Hôpital Saint-François de Sales (HSFS) pour sa disponibilité, son ouverture d'esprit.

Nous remercions le **Dr Wilfrid CADET** de la CRS pour avoir accepté de discuter avec nous et de nous donner de pertinentes informations concernant notre travail, le **Dr Sosthène PIERRE**, coordonnateur de la clinique externe, le **Dr Rodrigue CLERIN** chef de service de la pédiatrie, le **Dr Roger VILFORT** Interniste, le **Dr Hans Muller THOMAS**, coordonnateur du programme VIH/Sida, l'infirmière chef de service, les infirmières de lignes des services de : Pédiatrie, Chirurgie et de Médecine interne de L'Hôpital Saint François de Sales.

Nous Tenons à remercier de façon toute particulière **Miss Adeline LAURORE, Infirmière en chef** de l'HSFS qui n'a pas ménagé d'effort chaque fois qu'il fallait nous guider a travers l'institution soit en nous donnant des informations indispensables a la réalisation du travail soit en nous mettant en contact avec des informateurs clés. Sa grande disponibilité a contribue dans une large mesure a la réalisation et au succès de nos nombreuses visites de terrain.

Le groupe tient aussi à remercier tous les patients qui ont accepté de nous accorder de leur temps pour répondre à nos différentes questions.

Nos remerciements vont à l'endroit de : Dr Junot FELIX pour sa disponibilité, Madame Arnelle Thélusma, la directrice adjointe du projet PARC, Madame Florence Sylvain, la responsable de formation du DESS/MGSS, les autres membres de la direction du programme ; au personnel de l'HSFS, nos coaches et nos collègues du DESS (Promotion 2009-2010).

Enfin le groupe exprime sa gratitude envers les membres de nos familles qui nous ont accompagnés et soutenus durant cette année de dur labeur.

I.- INTRODUCTION

Parmi les composantes d'un système de soin, l'hôpital est considéré comme un élément central. Le bon fonctionnement d'un hôpital dépend largement de certaines caractéristiques organisationnelles telles que : les modes de gestion, l'existence et l'efficacité des procédures et protocoles, la technologie utilisée, l'adéquation entre la structure organisationnelle, la structure physique et les différents processus etc. Autant de facteurs qui contribuent aux performances que ce soit du point de vue de la prestation de service, mais aussi du point de l'efficacité. Le plein succès d'un hôpital repose aussi dans une large mesure sur les caractéristiques de l'environnement externe : la démographie, le paysage épidémiologique, la disponibilité des ressources qu'elles soient humaines et financières etc. La capacité qu'a un hôpital de s'adapter à son environnement est justement un élément déterminant de sa performance.

Elle est d'ailleurs considérée par plus d'un comme un critère de performance. Pouvoir s'adapter à un environnement aussi complexe et instable que le notre constitue un véritable défi pour nos hôpitaux. Parmi les enjeux la continuité des soins est parmi les plus énormes. « Vers l'amélioration de la continuité des soins à l'hôpital Saint François de Sales : Analyse des processus de dispensation de services et proposition d'intervention. », tel est le titre de notre travail. Celui-ci se propose de mettre en évidence certains problèmes de discontinuité au sein du processus d'ADT à l'hôpital Saint François de Sales et de proposer des pistes de solution à ces problèmes.

Le Projet d'Intervention que voici s'applique donc à l'Hôpital Saint François de Sales et porte essentiellement sur le thème de la Continuité des Soins. Le présent document comporte quatre (4) grandes parties :

- La Présentation d'une Approche Méthodologique détaillée ;
- Une Brève Revue de Littérature ;
- L'Établissement et l'Analyse des Principaux Résultats de l'Étude ;

- Des Propositions d'Intervention pour à l'amélioration du fonctionnement des performances de l'HSFS.

III.- CONTEXTE

L'Hôpital Saint François de Sales, est un des hôpitaux du pays sévèrement touché par le violent séisme du 12 janvier 2010. Depuis cet hôpital vit une situation nouvelle et s'inscrit dans une dynamique de relocalisation provisoire avec en perspective la reconstruction. Le principal enjeu pour les responsables est de continuer de donner des soins à la population tout en améliorant la qualité des services. Dès notre première rencontre avec le mandant celui-ci reconnut que l'hôpital était le siège de nombreux problèmes de discontinuité et identifia le « circuit du patient » pour employer ses propres mots, comme étant très problématique. Le groupe comprit dès lors qu'il fallait mettre le processus d'ADT sous analyse en vue de mettre en évidence les problèmes de discontinuité. L'intérêt pour ce processus est donc double : d'une part il s'agit d'une préoccupation du mandant lui-même, d'autre part le caractère transversal de ce processus permet de scruter d'autres qui lui sont connexe et ainsi avoir une idée très large du fonctionnement général de l'institution. Les responsable du DESS et la direction de l'HSFS attribuèrent donc au groupe 3 le mandat de trouver et d'analyser les problèmes de discontinuité au sein du processus d'ADT et de proposer des pistes de solution tout en ayant en perspective la relocalisation et la reconstruction future de l'Hôpital.

3.2 Présentation de l'hôpital

L'hôpital Saint François de Sales (HSFS), vieux de 129 ans fut créé en 1881 par une association de Dames bourgeoises dénommées « Dames de Saint François de Sales » dans le but d'aider les plus démunis. C'est une entreprise privée, à but non lucratif selon le vœu des Dames fondatrices.

D'Hospice dans un premier temps, ou étaient regroupés, nourris et soignés gratuitement des estropiés, indigents, les plus pauvres globalement, l'HSFS a évolué en hôpital qui aurait une vocation universitaire et est devenu la propriété de l'Archevêché de Port-au-Prince qui jouit de tous les pouvoirs (autorité suprême). Avant le séisme du 12 janvier l'hôpital comptait 250 employés environ, repartis en personnel administratif, prestataires de soins et personnel de

soutien Le financement, assuré au tout début par les Dames fondatrices, reposait uniquement avant le séisme sur les recettes à partir des salles privées, du labo, de la radiologie, de la pharmacie et des honoraires pour services rendus à d'autres institutions. Il n'a pas une population cible ni une zone de desserte définie.

3.2.1 Mission et Objectifs de l'Organisation

A sa conception L'HSFS avait pour devise : Tout par amour et se donnait la mission de « servir les plus pauvres ».

L'objectif général de l'institution est de prodiguer des soins de qualité tout en diminuant les coûts pour les petites bourses. A noter que la mission, les objectifs et les priorités ne figurent ni dans les statuts de l'institution ni ne sont communiqués au personnel.

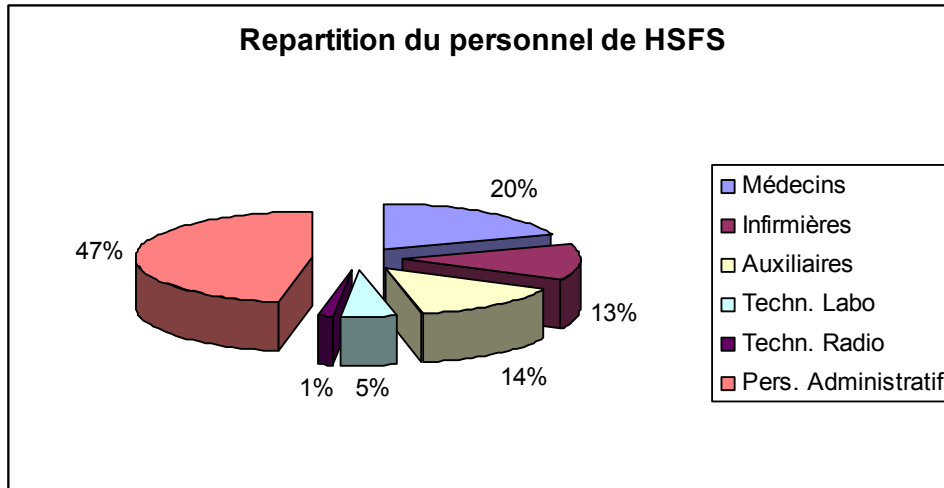
3.2.3 Structure organisationnelle

Au sommet stratégique, se trouve l'Archevêché de Port-au-Prince, puis un *Conseil d'Administration (CA)* de 8 membres et un conseil de Direction formé de 3 membres, le Directeur général qui coiffe le Directeur médical en horizontal avec l'administratif. **(Voir Organigramme en Annexe)**

Ce conseil n'a pas vraiment de marge de manœuvre, tous les pouvoirs sont concentrés aux mains des responsables de l'église catholique qui seuls nomment, révoquent, autorisent.

Le personnel de l'hôpital est constitué de 313 personnes dont 62 médecins, 40 infirmières, 44 auxiliaires, 16 techniciens de laboratoire, 4 techniciens de radiologie et 147 personnels administratifs.

Figure 1 : Répartition du personnel de l'hôpital



Source : Document de HSFS.

3.2.2 Services Offerts par l'Organisation

Les services de L'HSFS sont offerts à travers deux pôles de prestation : une section hospitalisation privée et une section publique. La première est représentée par des salles d'hospitalisation où les médecins privés de la place peuvent hospitaliser leurs patients moyennant que ceux-ci soient en mesure de payer à l'hôpital les frais d'hospitalisation. Il s'agit en fait d'un service d'hôtellerie médicale et la qualité des soins offerts par les médecins échappe quasi totalement à la direction de l'hôpital. La deuxième section est représentée par l'hospitalisation en salle commune dont l'accès se fait uniquement à partir d'une clinique externe elle-même aussi de type communautaire. Dans les deux cas les soins offerts sont spécialisés. Les quatre services de base sont présents de même que toute la gamme des spécialités disponibles localement.

Grace à un partenariat avec les Médecins Sans Frontières un service d'urgence a été ouvert au public en 2004 mais ce dernier n'a duré que 6 mois.

L'HSFS, sévèrement endommagé après le séisme du 12 janvier 2010, **est passé** de 120 à 60 lits et un effectif d'infirmières de 40 à 28 maintenant. Des services il ne reste actuellement que des soins ambulatoires dans le cadre de la clinique externe.

Les médecins affectés à la clinique externe fonctionnent sur une base de bénévolat selon un horaire bien défini (2 ou 3 jours par semaine en alternance chaque mois). Le personnel paramédical est fixe et l'horaire de travail est de 6AM -2hres Pm

3.3 Problématique

Ce projet d'intervention veut répondre à un problème de continuité des soins à l'HSFS. La perception du problème par le mandat se résume comme suit :

- Difficulté à retrouver les dossiers des patients lors des visites subséquentes
- Irrégularité dans l'évolution des patients
- Laxisme dans l'accueil du patient
- Temps d'attente trop long pour les patients

3.4 Finalité

Le groupe espère que son travail pourra contribuer à une démarche visant l'amélioration de la qualité des soins à l'HSFS en proposant des pistes de solutions pour l'amélioration de la continuité à travers le processus d'ADT.

IV. REVUE DE LITTÉRATURE

La synthèse de la revue de littérature faite pour la préparation de ce document met l'emphase sur un certain nombre de concepts de base fréquemment utilisés **en tant que mots-clés** dans le texte. L'objectif de cette synthèse est donc de clarifier les concepts clés tout en évoquant la perspective de différents auteurs. Evidemment l'accent étant mis sur la continuité des soins qui constitue la toile de fond de ce projet d'intervention.

A.- L'Accueil

Passage obligatoire, l'accueil dans une institution de santé est le premier maillon de la chaîne de soins. Il donne le ton, la première impression et peut faciliter ou compliquer la suite de la relation entre le patient et l'établissement. L'accueil, est représentatif de l'image de l'institution. En ce qui concerne les bâtiments, il a lieu d'éviter l'exiguïté ou une organisation spatiale inadéquate des services pouvant générer des dysfonctionnements au niveau de l'accueil des patients et de leur prise en charge. Des difficultés peuvent également être liées à l'implantation géographique des services au sein d'un établissement d'où un problème dans le d'acheminement du patient.

B.- La Performance d'un Système de Soins

Cette donnée est nécessaire pour faire le lien entre la continuité et la performance qui sont des indicateurs de la qualité des soins.

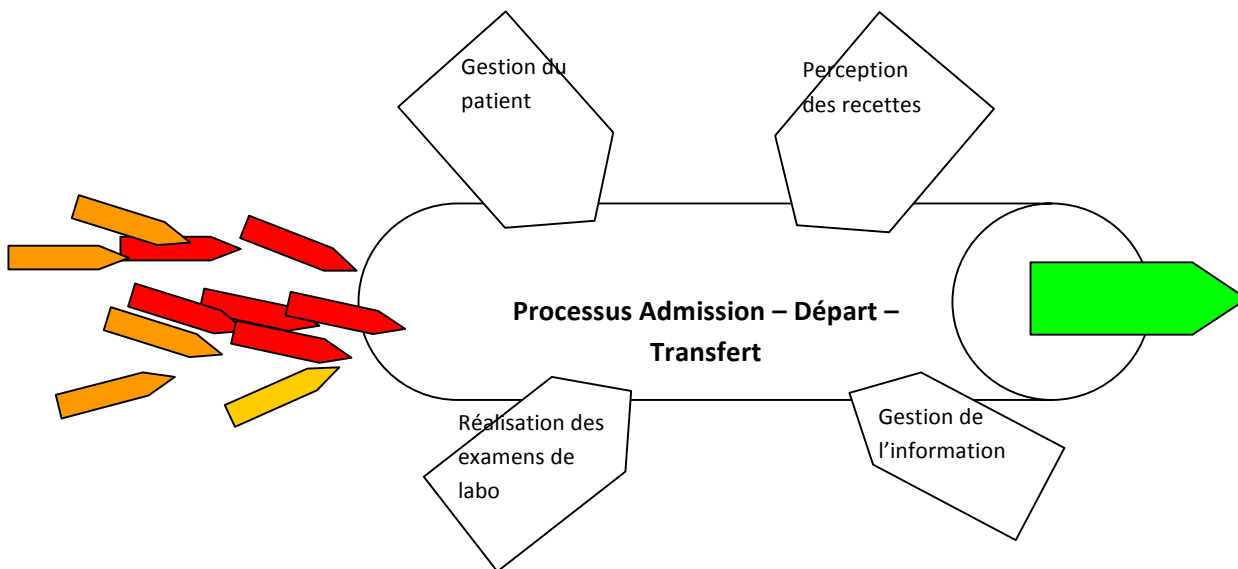
Dans tous les cas, pour juger de la performance d'un système de soins ou de l'une de ses composantes, il faut établir un lien causal entre des structures (ex. : formation, ratio de personnel), des processus (ex. : protocoles de soins), et des résultats effectifs positifs (*outcomes*) ou négatifs (*adverse outcomes*).

Sans ce lien causal, il est impossible de juger globalement un système de soins dont un hôpital est l'une des composantes. Le tout peut être synthétisé dans le schéma relativement simple de Donabedian : Structures (structures ou *inputs*) ® Processus (*process*) ® Résultats (*outputs* puis *outcomes*),

C.- ADT

Par processus d'ADT nous entendons tout le cursus par lequel le patient passe pour obtenir les soins et services que son état requiert et en ressortir amélioré, ou guéri ou transféré vers d'autres structures à capacité résolutive (institution spécialisée, morgue,). C'est un processus complexe, polymorphe qui fait intervenir plusieurs sous-processus tels que : le processus de

perception des recettes, le processus de réalisation des examens paracliniques, le processus de gestion de l'information...



C'est le processus de prise en charge intégrale du patient. Il débute quand le patient franchit l'enceinte de l'hôpital et se termine par son départ vers son domicile ou ailleurs.

D.- La Continuité

La recherche bibliographique nous a permis, entre autres apports, de faire le point objectivement sur le terme principal de notre étude qui est **la continuité des soins**. Vue comme l'un des éléments clés de la qualité des services, elle développe avec celle-ci un certain nombre de liens communs tels **la question relationnelle, l'évaluation de la qualité des soins et la charge en soins**. Aussi, la continuité est- elle souvent étudiée selon des caractéristiques liées à ces trois aspects, de sorte que les auteurs en distinguent trois genres : la continuité informationnelle, la continuité relationnelle et la continuité d'approche. Nous reviendrons sur ce point au terme de cette rubrique relative à la documentation valorisée pour ce travail.

Dans le même ordre d'idées, certains auteurs, traitant des liens existant entre les deux concepts (Continuité et Qualité) font ressortir qu'ils possèdent en commun de multiples facettes dont les critères portent sur trois plans principaux :

a.- le plan relationnel (**La communication** : intervenants/patients, intervenants/intervenants, institutions de santé/institutions de santé spécialisées),

b.- le plan organisationnel : **enquête de satisfaction, analyse des plaintes, données probantes, accroissement de la motivation des personnels, multidisciplinarité.**

c.- et le plan clinique. La coordination est optimale lorsqu'il y a référence et échanges entre tous les intervenants impliqués dans les soins et services à une même personne, cohérence dans les soins prodigués par plusieurs intervenants

En résumé, les accommodements des médecins pour l'accessibilité à différentes structures de santé, et des liens opérationnels et formels avec plusieurs établissements de santé, améliorent la continuité relationnelle qui est la variable la plus fortement liée à une meilleure coordination et ont un impact positif certain sur la continuité des soins.

L'expérience des soins vécue par un patient avec son soignant/sa soignante est le premier élément essentiel de la continuité; le deuxième est le fait que les soins se poursuivent dans le temps (ce qu'on appelle parfois continuité longitudinale ou chronologique). Ces deux éléments doivent être présents pour qu'il y ait continuité, mais leur seule présence ne suffit pas à constituer la continuité.

Ainsi, quand un patient qui rentre dans un service est pris en charge depuis l'accueil à la barrière, est orienté à travers l'institution vers les services compétents, trouve les soins appropriés à ses besoins jusqu'à sa guérison, ou à la garantie de sa référence vers une institution spécialisée avec une capacité résolutive plus importante par rapport au point de service initial, on parle alors de «**Continuité des Soins** ».

La littérature scientifique nous a permis de distinguer une pluralité de définitions du concept de continuité de soins, et révèle divers modes de mesure de cette continuité. Il n'existe pas encore de consensus quant à une définition précise ou à sa mesure, bien qu'elle soit un attribut de la qualité des soins et considérée comme un ingrédient essentiel à l'efficacité d'un système de soins.

Des multiples définitions de la continuité des soins, nous mentionnons ici quelques-unes.

1. Une définition de **P. Schaller et J.-M. Gaspoz** veut que « la continuité des soins est l'un des éléments clés de la qualité des services. La continuité désigne la façon selon laquelle un patient

perçoit la série de services qu'il reçoit, comme une succession d'événements connexes, cohérents et compatibles avec ses besoins et sa situation personnelle. La fragmentation des services de santé ainsi que le manque de coordination entre professionnels entraînent une rupture de ce continuum des soins. »

2.- Selon **Margot Phaneuf**, les deux concepts, qualité et continuité, sont intimement liés, car sans continuité, la qualité se trouve grandement affaiblie. Cependant, prise isolément, pour lui, « la continuité des soins est un concept complexe qui recouvre une notion de suivi dans le temps entre les établissements, les services et les soignants et doit être évaluée à différents niveaux : informationnel, relationnel et plan d'intervention ».

3.- **Hollander (1998)** nous dit que « la continuité est le cheminement ordonné, coordonné et soutenu des personnes à travers les divers éléments d'un système de soins et services ».

4.- Pour **Robert Reid et Col.**, « la continuité des soins, c'est la façon dont les soins sont vécus par un patient comme cohérents et reliés dans le temps; cet aspect des soins est le résultat d'un bon transfert de l'information, de bonnes relations interpersonnelles et d'une coordination des soins ». La continuité des soins est atteinte lorsque des éléments de soins distincts et discrets sont reliés entre eux et lorsque ces éléments qui perdurent dans le temps sont soutenus et maintenus. Il y a trois genres de continuité : la continuité informationnelle, la continuité relationnelle et la continuité d'approche. Toutes ces caractéristiques importantes pour garantir des soins de qualité

5.- **Dr Avedis Donabedian, 1980**, *Pour lui*, « le concept de continuité est multi dimensionnel et s'opère à travers, la longitudinalité, la coordination, le transfert d'information et la relation intervenant/personne ».

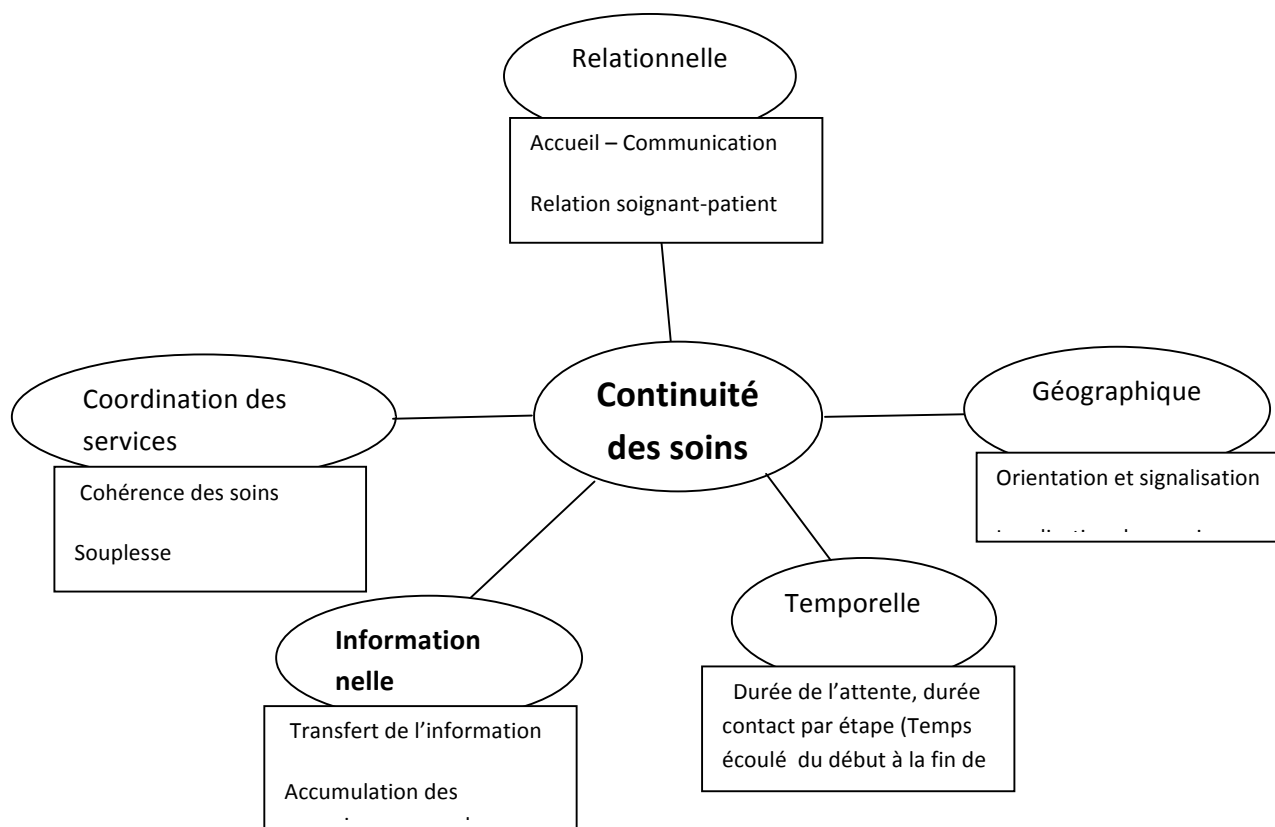
Ce cadre théorique développé par Donabedian (1982) pour conceptualiser la qualité des services peut se transposer à la continuité et ainsi capter l'essence du concept dans cette globalité.

Dans le cadre de cette étude nous comprendrons la continuité d'après la définition de **Bachrach** selon laquelle le concept de **seamless care**, traduit en français par « **continuité des soins** », peut être défini comme « **la continuité dans les soins prodigués à un patient dans le système de santé à travers les différents intervenants et leurs environnements, sans interruption, de telle sorte que, lorsqu'un professionnel de la santé cesse d'être responsable des soins d'un patient, un autre professionnel de la santé en accepte la responsabilité** ».

Toujours selon Bachrach, dans un système de santé idéal, la continuité des soins agit comme un trait d'union entre les différentes équipes de soins et les divers lieux de prise en charge, ce qui préserve le patient d'incidents dommageables à sa santé.

Notre cadre conceptuel présente la continuité en cinq dimensions lesquelles vont servir de base à notre analyse : i) Continuité informationnelle, ii) Continuité géographique, iii) Continuité

relationnelle, iv) Continuité temporelle et v) Coordination des services. Les cinq dimensions seront présentées dans le schéma ci-après qui sera suivi des définitions y relatives :



1.- Continuité informationnelle : La transmission de l'information entre professionnels est l'une des principales clefs de voûte de la continuité des soins

C'est la disponibilité et l'utilisation des renseignements antérieurs ou provenant d'autres sources touchant la santé, dans le but d'adapter les soins courants, au malade et à sa condition actuelle en tenant compte de ce qui est connu du passé (COMPAH,2003). Cette connaissance permet d'éviter les bris de continuité, la duplication d'actes figurant déjà au dossier et la multiplication des actes inutiles. **(Margot Phaneuf)**

2. Continuité relationnelle

La dimension relationnelle témoigne d'un lien chaleureux et personnalisé qui s'appuie sur l'acceptation de l'autre et favorise l'établissement d'une confiance mutuelle, selon **Bachrach (1981)** ; les patients qui entretiennent une bonne relation continue avec leur médecin bénéficient d'une meilleure coordination des soins entre leur médecin et les spécialistes.

3. Continuité géographique

Elle sous-entend que le patient doit pouvoir sans difficulté partir d'un lieu vers un autre ; il est informé des différents points de services (panneaux d'indications, fluxogramme) et que ces points de services sont organisés de façon à éviter des déplacements inutiles au patient déjà affecté physiquement.

4. Continuité temporelle

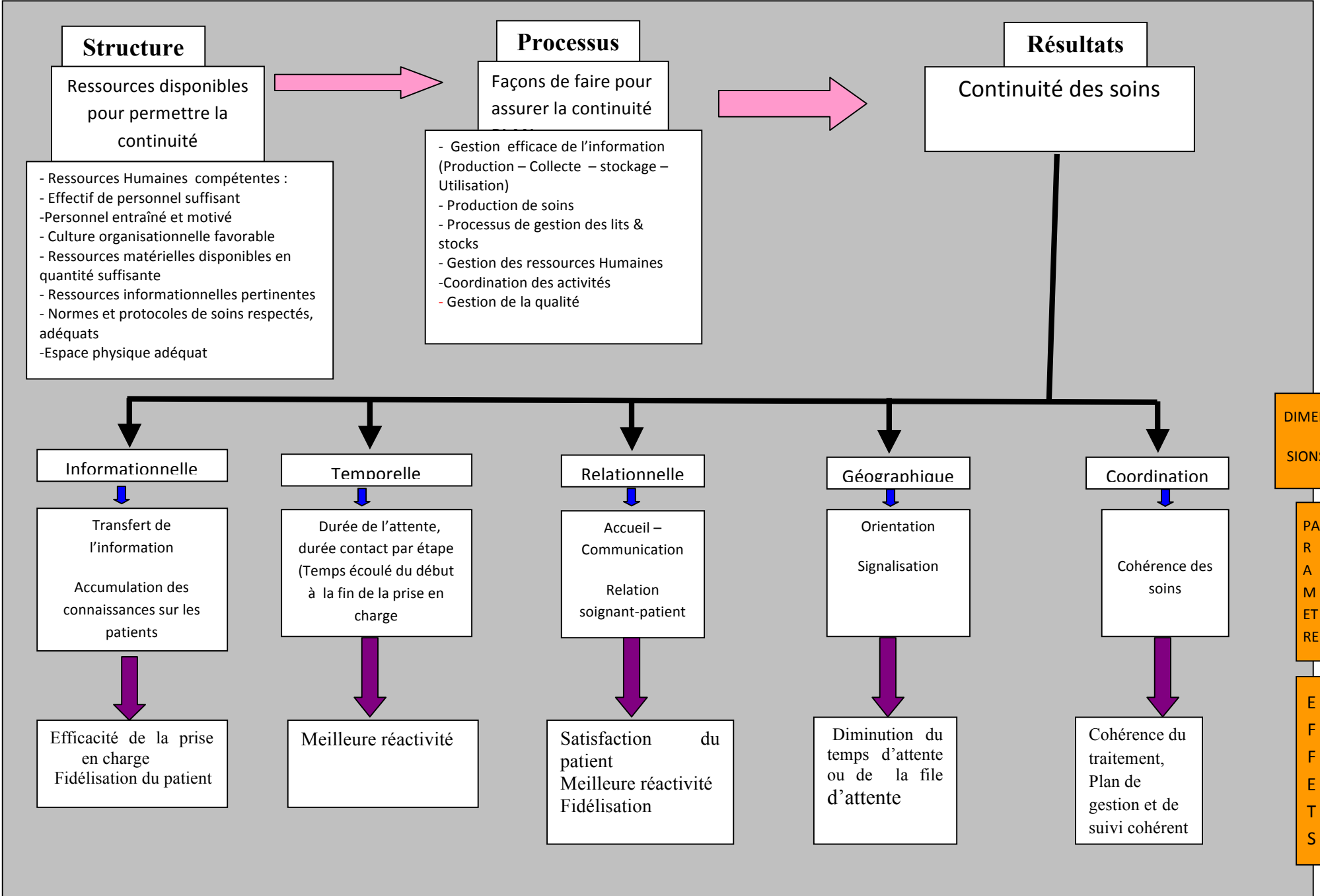
La grande majorité des mesures examinent la chronologie du contact d'un patient avec les intervenants dans le temps. La continuité est déduite de la durée de l'affiliation patient-soignant et de la concentration ainsi que de la séquence des soins entre plusieurs soignants. Le problème du patient doit être pris en charge dans un délai qui correspond à ses besoins, à ses attentes.

5. Coordination des soins.

La Coordination veille à ce que les soins reçus de différents intervenants soient reliés de façon cohérente. Elle témoigne d'un volontarisme fort pour faire fonctionner un système et agencer les comportements des acteurs. Elle se construit de façon délibérée par rapport à un mode de gouverne.

Le schéma suivant résume les théories sur lesquelles s'appuie notre travail.

Cadre Conceptuel



DIMENSIONS

PARAMETRE

EFFETS

Cadre d'analyse

Dimension	Paramètres	Indicateurs	Sources
Informationnelle	Transfert de l'information	Existence de normes et procédures de Production, Collecte et stockage	Entrevue avec les responsables
		% des dossiers avec les informations pertinentes pr la prise en charge. Classement adéquat des dossiers % des dossiers disponible lors des visites de suivi	Consultation de dossiers L'échantillonnage et le mode d'analyse sont décrites dans la méthodologie.
	Accumulation des connaissances sur les patients	% des prestataires de soins utilisant les infos antérieures pr pec	
		% des dossiers disponible lors des visites de suivi	
Relationnelle	Accueil – Communication	Normes et procédures d'accueil mettent accent sur Empathie Personnel dédié à l'accueil formé à l'écoute	Entrevue avec les responsables
		Relation soignant-patient	Entrevue avec les responsables
	Constance du personnel	Personnel soignant formé à l'écoute	Enquête auprès des patients
		% de patient satisfait de la qualité de l'interaction avec les différents acteurs	
Géographique	Orientation	Distance entre les points service qui intervienne dans le processus Cohérence entre les dispositions des services	Observation
	Signalisation		

		% de panneau de signalisation qui soit claires et explicite	
Temporelle	<p>Durée de l'attente</p> <p>Enchaînement adéquat des étapes/ activités de prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> • en clinique externe • en hospitalisation <p>Durée des étapes/ activités de prise en charge</p> <p>Durée contact par étape</p>	<p>Respect de la séquence d'interventions prévue dans les protocoles</p> <p>Délais d'exécution des instructions médicales (de réalisation des actes techniques) en hospitalisation</p> <p>Délais de prise en charge en clinique externe : <i>Temps d'attente moyen observé à la clinique externe ? au laboratoire ? A la pharmacie ?) qui n'excède pas 30 mn</i></p> <p>% d'épisode ou le temps d'attente excède 30 mn</p>	<p>Observation</p> <p>Enquête auprès des patients</p>
Coordination	<p>Articulation des activités de prise en charge</p> <p>Disponibilité des acteurs au moment de l'épisode</p>	% d'épisodes où tous les acteurs étaient disponibles	Entrevue avec les responsables et partenaires
	<p>Articulation des rapports entre les acteurs</p> <p>Compétence des acteurs</p>	% de prestataire qui connaisse leur description de tâche	Entrevue avec les responsables

METHODOLOGIE

La méthodologie utilisée pour la réalisation de ce Projet d'Intervention vise globalement à faciliter l'analyse et la compréhension des processus de dispensation des services.

Elle privilégie l'approche participative et met par conséquent, l'emphase sur la participation de décideurs, cadres administratifs, médecins, infirmières, patients, intéressés à la continuité des soins.

Sept étapes successives ont été franchies :

a) *Première étape : Concertation avec les Encadreurs du DESS et les Responsables de l'Hôpital, et Revue de Littérature*

Des rencontres et des discussions ont été dès le départ tenues avec les Encadreurs du DESS et les principaux Responsables de l'Hôpital dans la perspective d'une compréhension parfaite du travail à réaliser, des objectifs de l'étude, de la méthodologie proposée, du niveau d'implication et de la participation de chacun et des résultats attendus.

La revue de la documentation disponible (Consultations Internet sur le thème ; Travaux, Mémoires et Projets d'intervention d'anciens étudiants du DESS ; Dossiers de patients ; Rapports d'activités de l'Hôpital...) a permis de collecter de plus amples informations tant sur le thème abordé que sur la structure hospitalière sous étude.

b) *Deuxième étape : Observations*

Il s'agit de visualiser les gestes et comportements des acteurs (Une Observation directe et dissimulée pour éviter des biais de désirabilité sociale, c'est à dire des modifications de comportement), voir les réalisations et les prestations évaluer la qualité et la pertinence des soins, et discuter sur place, en entrevues libres, avec les intervenants et les bénéficiaires de soins.

c) *Troisième étape : Entretiens*

Un guide d'entrevue semi-dirigé élaboré et adapté à l'intention de certains informateurs-clé (liste en Annexe) ou une large conversation à bâtons rompus menée pour recueillir toutes les informations complémentaires à celles fournies à travers les observations et focus groups.

Il s'agit des entrevues individuelles avec des Responsables de l'Hôpital, des médecins (7), des infirmières et des patients (24). Dans le cas de ces derniers, ils ont eu aussi l'occasion de

prendre part à des focus groups. Une certaine vérification a été faite au niveau de la gestion globale de l'Hôpital.

Des entretiens sont aussi menés de façon collective à travers des focus groups réunissant 10 à 12 personnes pendant en moyenne une heure et demie et conduits par un modérateur avec l'aide d'un secrétaire pour la prise de notes et la synthèse des informations obtenues. Trois séances ont été en ce sens organisées, portant sur des thèmes spécifiques abordés (qualité technique et non technique du service offert, délai de prise en charge et satisfaction par rapport aux soins...) à l'aide d'un guide d'entretien élaboré et orienté en conséquence.

d) *Quatrième étape* : Consultation des dossiers patients

Le dossier –patient encore appelé dossier médical est la pièce maîtresse du SIG dans un hôpital. Il est l'outil qui fait la synthèse médicale et infirmière, permet l'organisation, la coordination de la prise en charge et la continuité des soins; permet de contrôler la réalisation des actes et des soins; supporte des informations concernant la PEC du patient et permet l'évaluation rétrospective de la qualité des soins. En d'autres termes c'est un réceptacle précieux de consignation des observations et des informations de toutes sortes à la disposition de tous les professionnels de la santé qui gravitent autour de la personne soignée. Comme le montre notre cadre d'analyse la continuité informationnelle est appréhendée suivant 2 paramètres, à savoir le transfert de l'information et l'accumulation des connaissances sur les patients. Le pourcentage des dossiers contenant les informations pertinentes pour la prise en charge est un des indicateurs retenus pour la vérification de ces paramètres. Il a fallu donc définir ce terme « dossier médical avec informations pertinentes ». D'après l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) un dossier médical typique doit au moins contenir : note d'entrée, ordonnance médicale, note d'évolution, feuille de l'infirmière, feuille de demande d'examens et note d'exéat. Par consensus nous avons eu les critères de l'ANDEM pour guider notre analyse.

L'échantillonnage a été fait comme suit :

Définition de la période d'observation : 6 mois (Juillet-Décembre 2009).

- Catégorisation par service (Pédiatrie, Médecine, Chirurgie)
- Définition d'un quota par service (50-30-20) respectivement
- Sélection systématique (1/5 de 100 dossiers) via le registre mère

Les informations générées ont facilité l'orientation et la conduite des entrevues avec les différents acteurs.

e) Cinquième étape : Traitement des données et synthèse

Cette étape a permis de regrouper les principales informations, de dégager les résultats essentiels de la collecte des données, de mettre en commun et synthétiser les contributions et trouvailles de chacun et de faire ressortir les principaux enseignements tirés de la revue de littérature, des observations et de la collecte des données, de même que des recommandations pour l'avenir.

f) Sixième étape): Ateliers Staff

Plusieurs ateliers de réflexion (environ une douzaine) tenus du début à la fin du travail et réunissant autour d'une même table tous les membres du groupe participant à la réalisation de l'étude ont permis de bien cerner le projet à élaborer, de faire le cadrage de la méthodologie, de répartir le travail, de présenter et de discuter les principaux résultats établis, de valoriser les observations particulières des uns et des autres, de dégager les idées fondamentales, d'orienter les analyses et d'adapter le plan de rédaction.

g) Septième étape : Rédaction du rapport

Sur la base des données recueillies durant les étapes antérieures, de la prise en compte des apports de chacun et des réflexions produites en ateliers, à partir des éléments de rédaction ou des rapports partiels produits par les membres du groupe, un travail de mise en forme et de synthèse des grandes idées dégagées a été entrepris dans la perspective de la production et de la finalisation du présent rapport.

Présentation des résultats

L'analyse des résultats permettra de relever les principales faiblesses de la continuité des soins à HSFS. Les résultats sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Dimension	Paramètres	Indicateurs	Données brutes
Informationnelle	Transfert de l'information	Existence de normes et procédures de Production, Collecte et stockage de l'information	Nous n'avons pas pu objectiver les manuels de procédures et de collecte. Cependant il existe dans une certaine manière de faire qui varie en fonction du personnel.
			Tous les dossiers des malades vus en Clinique externe sont collectés et stockés au dit endroit et ceux des patients hospitalisés sont rangés par ordre numérique annexe à une carte classée par ordre alphabétique dans un autre espace.
			Cependant un nouveau dossier est attribué au patient en visites subséquentes qui n'arrive pas à fournir des renseignements permettant de retrouver son dossier.
			Certains patients, à chaque de visite de suivi, déclare être un nouveau patient et de ce fait un nouveau dossier lui est donné.
		Classement adéquat des dossiers	Sur 100 dossiers sélectionnés dans le registre mère de façon aléatoire 41 (40%) n'étaient pas disponibles
		% des dossiers avec les informations pertinentes pour la prise en charge.	De l'échantillonnage de 100 dossiers étudiés, seulement 30% sont recensés comme complets ; c'est-à-dire, répondant à nos indicateurs (voir note complémentaire dans le texte).
	Accumulation des connaissances sur les patients	% des prestataires de soins utilisant les infos antérieures pour la prise en charge	Les prestataires de soins de différentes spécialisations (ped, chir, med int, inf...) font des prises en charges conjointe, suivent les instructions de leur collègues, soit utilise les infos disponible pour la prise en charge soit 100% des intervenants utilisent les informations antérieures quand celle-ci est disponible

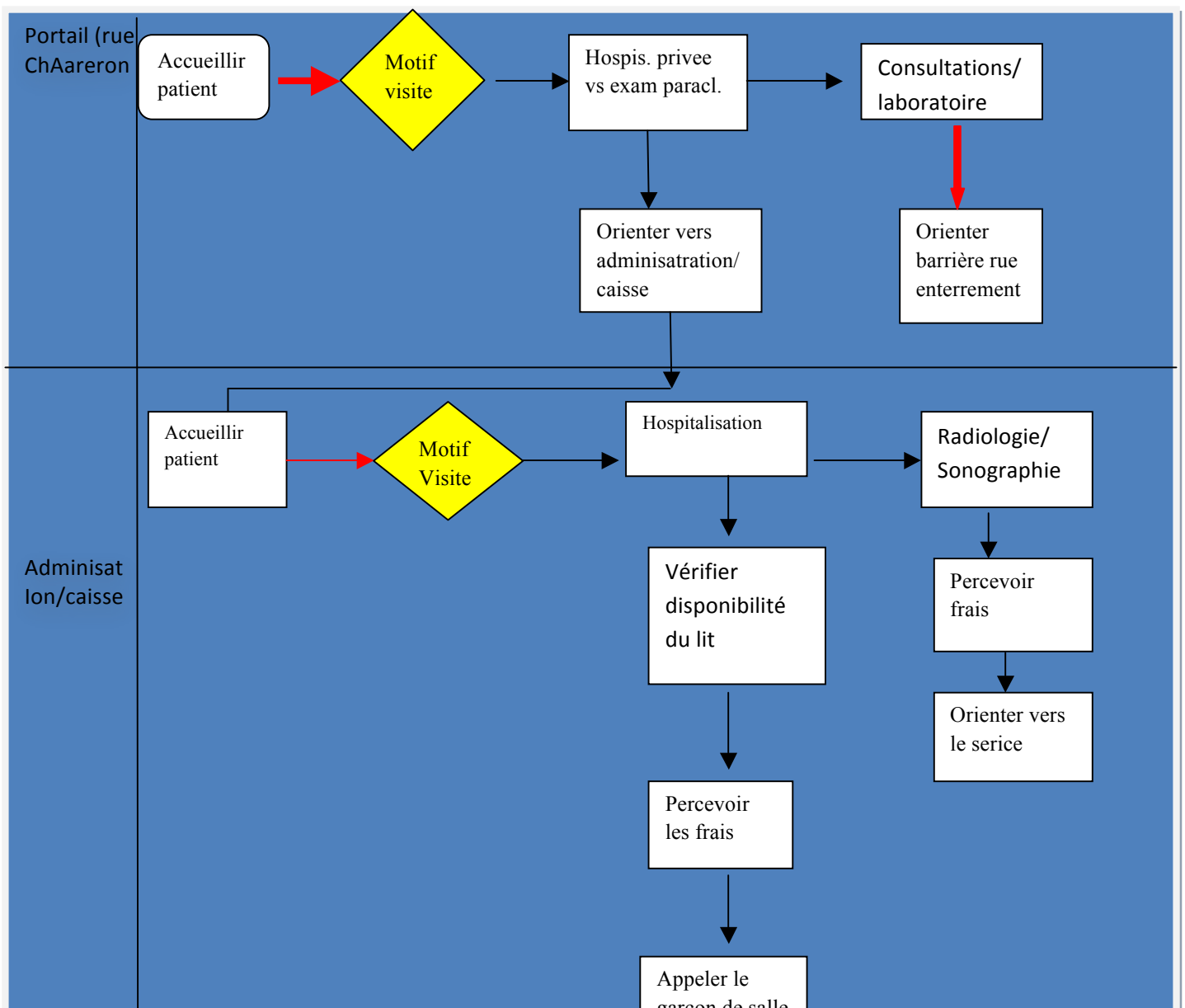
		% des dossiers disponible lors des visites de suivi	Sur 100 dossiers sélectionnés de façon aléatoire 41 (40%) n'étaient pas disponibles. Nous avons du procéder à un autre tri
Relationnelle	Accueil Communication	Normes et procédures d'accueil mettent accent sur Empathie Personnel dédié à l'accueil formé à l'écoute Personnel soignant formé à l'écoute	Pas de normes, pas de procédures. Il n'y a ni agent ni personnel affecte ou forme a l'accueil. Pas de formation réalisée sur l'écoute non plus Pas de personnel spécifique à l'accueil, il y a un agent de sécurité qui ne donne des infos que s'il est sollicité, pas une fois nous avons été approchés lors de notre passage au niveau de la barrière Le patient souvent s'égare sur la cour ne sachant ou s'orienter ni à qui s'adresser. Dépendamment, de son vis à vis il peut être ignoré ou très mal reçu.
	Relation soignant-patient	% de patients ayant recut l'information sur leur pathologie. % de patient satisfait de la qualité de l'interaction avec les différents acteurs	13 patients sur 24 (54%) disent ne pas trop détenir les informations sur leur pathologie Sur 24 patients interviewés 9 (37%) disent ne pas être satisfaits de l'interaction avec les différents acteurs Aucun patient n'est vraiment satisfait pour diverses raisons : soit un problème d'orientation soit d'informations, soit d'attente trop longue pouvant aller au delà de 12h hres. Le patient est souvent livre a lui-même, (surtout après le séisme)
	Constance du personnel	Procédures prévoient qu'un prestataire est responsable de la prise en charge % d'épisodes ou les acteurs sont disponibles dans toutes les étapes	Il existe des chefs de service et un roulement pour les prestataires de soins de sorte que pendant une période donnée, il y a un médecin de service responsable .Nous n'avons pas pu observer ceci dans la mesure où l'hôpital n'est pas fonctionnel a plein rendement

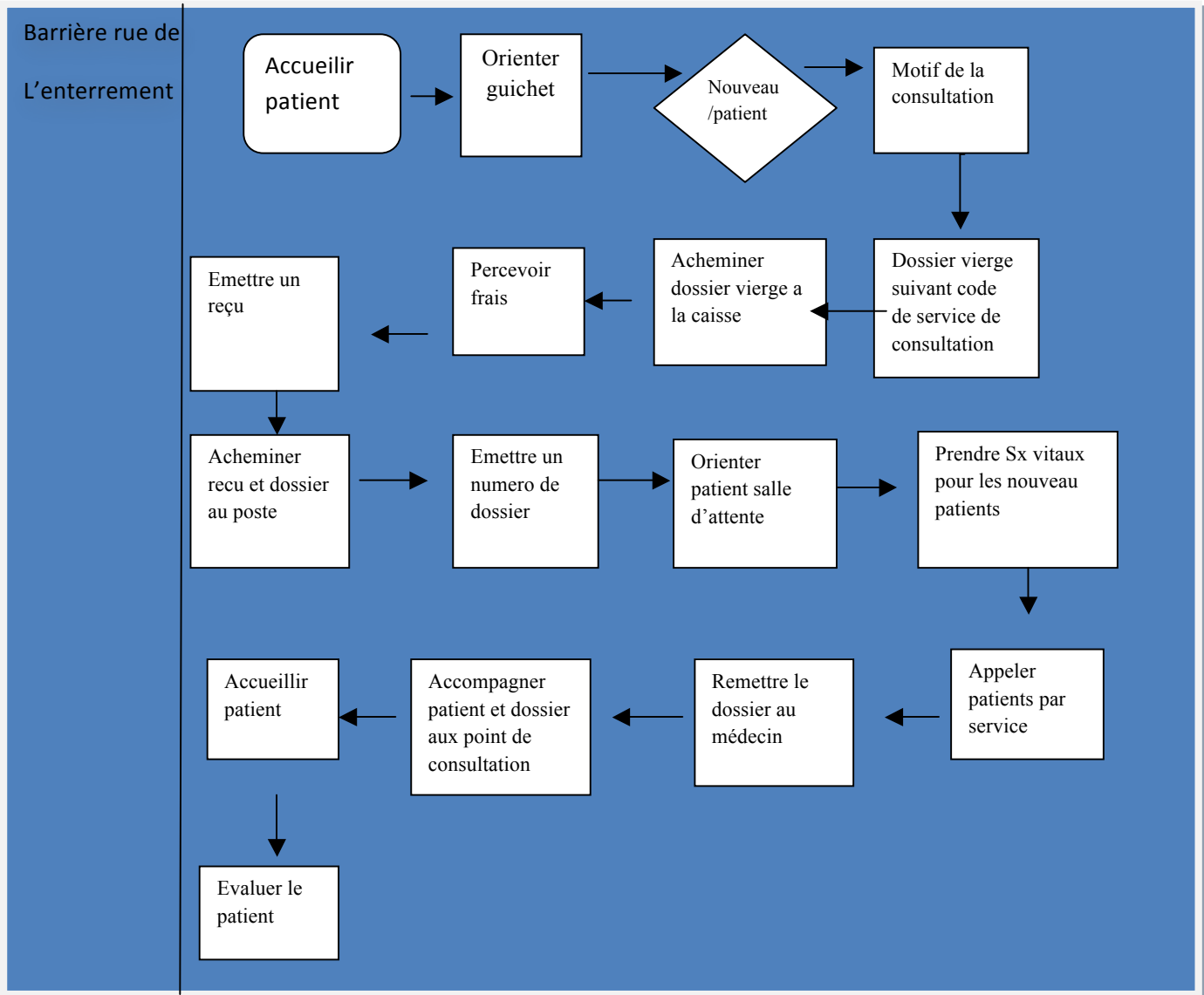
Géographique	Orientation Signalisation	Distance entre les points service qui intervienne dans le processus Cohérence entre les dispositions des services % de panneau de signalisation qui soit claires et explicite	La distance entre les points de service n'est pas grande Les salles sont toutes nommées La clinique externe et le laboratoire leur accès n'est pas toujours évident à partir de la rue Chareron Un panneau indicateur se trouve au centre de l'hôpital sans aucun signe de suivi après l'indication de la direction
Temporelle	Durée de l'attente Enchaînement adéquat des étapes/ activités de prise en charge :	Respect de la séquence d'interventions prévue dans les protocoles	Il existe un ajustement mutuel entre les intervenants pour assurer l'enchaînement des activités.
	<ul style="list-style-type: none"> • en clinique externe • en hospitalisation 	Délais d'exécution des instructions médicales (de réalisation des actes techniques) en hospitalisation	
	Durée des étapes/ activités de prise en charge Durée contact par étape	Délais de prise en charge en clinique externe : <i>Temps d'attente moyen observé (à la clinique externe ? au laboratoire ? A la pharmacie ?) n'excède pas 30 mn</i> % d'épisode ou le temps d'attente excède 30 mn	Les étapes à franchir sont pratiquement les mêmes que le patient soit nouveau ou ancien et le délai de PEC par étape dépend du flux de patients et des jours de fonctionnement. La clinique externe fonctionne de 6hres AM à 2hres PM en principe. Passée cette heure, le patient qui doit attendre un médecin doit le faire seul. Ce qui peut l'amener à revenir le lendemain. Cependant, pris globalement, le temps de PEC totale en CI externe peut aller de 2h30 à 12hres. La perte de temps est liée surtout à la disponibilité du spécialiste en question à voir. Donc avant et après l'étape de consultation, la durée des séquences d'interventions est pratiquement respectée. La durée de l'épisode de soin est de 10 à 15 mn.
Coordination	Articulation des activités de prise en charge	Existence de manuel de procédures Existence de protocole	Pas de manuel de procédures et de protocole une bonne coordination entre les activités des différents intervenants est relevée au niveau de l'hospitalisation. Mais

			cela s'arrête au niveau de l'hôpital. Les transferts a institution spécialisée ou pour capacité résolutive n'ont pas de suite. Plus de trace du patient
	Articulation des rapports entre les acteurs	% de prestataire qui connaisse leur description de tache	Toutes les catégories ont une description de taches bien définies sauf le personnel de soutien

ANALYSE DU PROCESSUS D'ADT

a) Présentation du processus d'ADT : Modélisation





L'ADT à l'HSFS est un processus polymorphe qui varie suivant des tranches horaires et suivant les prestataires qui sont présent. Par exemple le lieu de perception change en fonction de l'heure. Ainsi pour l'hospitalisation, à partir de 4h, les week-ends et les jours feries la pharmacie fait office de caisse. Plusieurs structures interviennent dans le processus. La barrière de la rue Chareron sert de point d'accès pour l'hospitalisation en privée et pour les patients d'autres institution qui viennent par exemple pour un examen de labo .Il faut aussi citer le bâtiment administratif où se situe aussi le caisse. Les bâtiments de la clinique externe se trouvent du côté de la rue de l'Enterrement. On y a accès exclusivement par une barrière qui s'ouvre sur la rue sus citée. Le personnel impliqué dans ce processus est de tout ordre : administratif, soutien, archiviste, prestataire de soin etc. Il faut noter que les médecins travail par tranche horaire suivant leur disponibilité.

Plusieurs dimensions de la continuité sont problématiques dans le processus d'ADT, les unes influençant les autres. Ce qui retient d'emblée l'attention c'est le temps trop long qu'attendent les patients avant d'arriver au prestataire des soins ce qui peut varier de 2h à 12h, le patient peut être même obligé de revenir le lendemain. La continuité temporelle est grandement influencée par une discontinuité géographique. En effet la disposition des services ne permet pas un flux optimal des patients. Par exemple un patient qui arrive par la rue Chareron pour une consultation doit être ressortir de l'enceinte pour gagner la clinique externe par la barrière de la rue de l'enterrement. Le temps d'attente semble aussi être du au manque de disponibilité des prestataires de soins. Ceux-ci travaillent bénévolement et leur disponibilité n'est pas garantie. Ils peuvent décider de voir une quantité précise de patient laissant le reste pour le prochain alors que le reste doit attendre le prochain spécialiste disponible. Le manque de coordination et l'absence de procédure jouent aussi sur la continuité temporelle dans le processus d'ADT à l'opital.

Le mode de gestion des dossiers hospitalisation en est un exemple typique. En effet à l'exéat le dossier est acheminé au niveau de l'administration et peut y rester un temps indéterminé avant d'être acheminé aux archives. Lors d'une visite de suivi, le dossier hospitalisation n'est pas systématiquement déclassé. Il faut parfois attendre que le médecin de la clinique externe le réclame. Ce n'est qu'à ce moment la que le processus de déclasserement est déclenché après que le patient aie déjà perdu un temps variablement long avant de rencontrer le dit médecin. Il faut dire

que parfois le processus de déclassement est lancé après le paiement de la visite mais cela dépend du personnel qui est présent. Un mécanisme qui permettrait au dossier hospitalisation d'être automatiquement disponible pendant les visites de suivi pourrait limiter de façon significative le temps d'attente.

Le manque de coordination ne concerne pas uniquement le processus que nous analysons. Il semble être très global à l'hôpital Saint François de Sales (HSFS). Le déficit de coordination a un impact négatif sur la gouvernance elle-même. La coordination entre le sommet stratégique et la ligne hiérarchique reste floue puisqu'aucun canal de communication n'existe de façon formelle. Certaines informations qui devraient intéresser le niveau opérationnel restent bloquées à la ligne hiérarchique ou au sommet stratégique et vice-versa. Par exemple au point de vue de la relocalisation et la construction de l'hôpital, tout le personnel n'aurait pas été touché au même degré, puisque certains prestataires interviewés ne sont pas convaincus qu'ils doivent se rendre à Cazeau dans la nouvelle structure de L'HSFS. Cette absence de perspectives claires ne reste pas sans influence sur la motivation dont le déficit se fait sentir au cours des différents épisodes de prestation soit par la nonchalance des prestataires, soit par le mauvais accueil qu'ils réservent à la clientèle (source : interview avec les patients)

RECOMMANDATION

Afin de pallier aux problèmes de discontinuité au sein de l'hôpital Saint-François de Salles (HSFS), le groupe propose des interventions à différents niveaux pour améliorer les services de santé :

D'entrée de Jeu, il serait nécessaire de :

1) Mettre en place un service d'accueil

Un bureau appelé « Bureau des entrées » pourrait être placé à l'entrée principale de l'hôpital responsable de l'orientation des patients à travers la structure et leur donner des informations selon leurs besoins. Pour ce faire, ce bureau doit être doté d'un personnel spécifique, formé sur la communication, l'écoute et l'empathie. Ceci pourrait grandement améliorer la continuité temporelle et mieux fidéliser les clients de L'HSFS. Aussi, afin de faciliter l'orientation, il faudrait mettre en place un système de signalisation avec des flèches pour faciliter plus efficacement l'accessibilité aux différents services et ainsi diminuer le temps que passe un client à l'HSFS.

2) Pour la relocation de L'hôpital

S'assurer que les mêmes habitudes de l'ancienne structure ne se reproduisent dans la structure de la relocalisation. Améliorer l'accueil et l'orientation, assurer une bonne coordination entre les différents prestataires et les différents services pour réduire le temps d'attente et améliorer le mode de gestion des dossiers patients.

3) Pour la reconstruction de L'Hôpital

- Il est impératif dans la construction du nouvel bâtiment de tenir des failles du système actuel et de bien vouloir corriger le tir, s'assurer que les clients sont bien accueillis et tous les points de service sont identifiés accessibles à partir d'un même point d'entrée.
- Améliorer le système d'information par un nouveau système d'archivage et un meilleur rangement des dossiers où chaque patient ne possède qu'un numéro. Ceci fera en sorte qu'au niveau du triage le système d'information en place permet de retrouver facilement le dossier du patient et ainsi éviter la multiplication de dossier pour un même patient.

- Une bonne coordination entre les différents niveaux de la structure de gestion de l'hôpital (Stratégique, hiérarchique et opérationnelle) une meilleure coordination entre les différents services de l'hôpital et entre les différents intervenants, acteurs et partenaires de l'institution.
 - Définir les rôles et responsabilités de chaque personne du processus d'ÁDT de l'hôpital, tenir compte de l'importance de toutes les ressources (Humaines-Matériels) dans la réussite d'un processus d'ADT
 - Mettre en place un plan cohérent de gestion de ressources humaines pour que le personnel puisse être plus performant et motivés. Ceci pourrait être fait par l'organisation de séances régulières de sensibilisation et de motivation du personnel sur les fonctions d'accueil et d'écoute du patient, la psychologie du malade et des parents de malades, réaliser des présentations sur des thèmes clés pour améliorer le rendement du personnel.
 - Il faut renforcer la véritable culture organisationnelle humaniste axée sur l'homme et une bonne prise en charge du malade dans sa globalité pour répondre à la mission à la devise de l'hôpital.
- 4) Rendre disponible une boîte à suggestion pour les patients et les utilisateurs de services puissent faire passer leurs plaintes et leurs suggestions en vue d'améliorer les services.
 - 5) Mettre en place un services d'urgences avec un personnel qualifié et des processus de support adéquat pour faciliter l'alimentation des différents services de l'hôpital et une meilleure intégration des différents services de l'HSFS.

CONCLUSION

Analyser la continuité revient à analyser des processus. L'analyse du processus d'ADT à l'hôpital Saint François de Salles nous a permis de découvrir non seulement les problèmes de discontinuité relevés dans le texte, mais encore des problèmes encore plus profonds liés par exemple à la gouvernance. Nous croyons que les discontinuités observées dans les processus et plus particulièrement l'ADT ne sont pas sans lien avec le manque de gouvernance.

Le travail que nous avons effectué n'a pas la prétention de résoudre tous les problèmes de gestion de l'hôpital. Toutefois l'analyse repose sur des données probantes et les recommandations sont des plus réalistes. Nous espérons qu'elles aideront les responsables de l'institution plus particulièrement le directeur médical, à améliorer la continuité au sein de cet hôpital ne serait ce que durant la relocalisation.

Bibliographie

- P. Schaller J.-M. Gaspoz, Continuité, coordination, intégration des soins : entre théorie et pratique, Revue Médicale Suisse, **Numéro : 3172, Sujet: Général**
- Site de recherche de L'Université de Laval
- Site de L'université de Montréal
- Codex des modules d'évaluation, gestion de projets et gestion de l'information
- Champagne, F., Cheron, M. (2009) Évaluation
- Demers, I., Félix, J. (2009) Gestion de la qualité et de la production
- Margot, P. (2005) La qualité et la continuité des soins
- Ministère de la sante et des services sociaux Les indicateurs et le système de soins (PDF)
- Les documents écrits de L'HSFS
- Améliorer la performance des hôpitaux (PDF)

- Rapport final de continuité (PDF)
- L'accueil du patient et les urgences