UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN GESTION

DES PETITES ET MOYENNES ORGANISATIONS

PAR

CARMEN FOURNIER

B.A.A.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE
BIBLIOTHÈQUE
C.P. 8000
Rouyn-Noranda
(Québec)

POUR UNE MEILLEURE UTILISATION DE L'UNITÉ DE CHIRURGIE D'UN JOUR AU CENTRE HOSPITALIER HÔTEL-DIEU D'AMOS : UNE ÉTUDE DE FAISABILITÉ

NOVEMBRE 1996

BIBLIOTHÈQUE

Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans Depositum, site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous.

L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre. Il est donc interdit de reproduire ou de publier en totalité ou en partie ce document sans l'autorisation de l'auteur.

CE MÉMOIRE A ÉTÉ RÉALISÉ

À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

DANS LE CADRE DU PROGRAMME

DE MAÎTRISE EN GESTION DES PETITES ET MOYENNES ORGANISATIONS

DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

EXTENTIONNÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

RÉSUMÉ

RÉSUMÉ

Les administrateurs des centres hospitaliers vivent la crise du secteur de la santé. Il faut repenser les pratiques administratives et l'organisation des soins.

La problématique de notre travail de recherche se situe au sein du système de la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. C'est à partir de notre expérience et du vécu des divers intervenants de l'établissement que nous avons relevé les principales dysfonctions au processus de la chirurgie d'un jour.

Notre problème de recherche se conçoit comme un écart entre la réalité perçue (les dysfonctions) et la situation désirée (la performance) au niveau de la chirurgie d'un jour.

L'objectif général de notre recherche consiste à présenter une réorganisation de la chirurgie d'un jour au centre hospitalier afin d'atténuer l'écart qui existe entre la situation réelle et la situation désirée. Les objectifs spécifiques de l'étude concernent l'amélioration du processus de la chirurgie d'un jour et une meilleure utilisation de l'unité de chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos.

Notre démarche, explicite et falsifiable, s'articule autour d'une suite d'étapes et de règles opératoires suivies pour apporter des éléments de réponse au problème identifié. Le modèle de Wilson (1990) supporte toute notre démarche.

Nous avons utilisé ou développé des modèles et des outils à partir de trois concepts retenus soit la chirurgie d'un jour (MSSS, 1995; AHQ, 1992), l'étude de faisabilité (O'Shaughnessy, 1992; Clifton et Fyffe, 1977) et le changement organisationnel (Mintzberg, 1994, 1982; Collerette et Delisle, 1993; Dolan et Lamoureux, 1990; Sekiou, 1986; Bernoux, 1985). Tous ces concepts nous aident dans notre démarche pour atteindre les résultats escomptés au niveau de l'amélioration du processus de la chirurgie d'un jour.

Dans notre travail de recherche, nous concentrons nos efforts à la phase développement du projet (O'Shaughnessy, 1992). Nous avons ainsi défini et analysé le projet en profondeur. Les administrateurs du centre hospitalier réaliseront, ultérieurement, les phases réalisation et opérationnelle du projet.

À l'issu des résultats de l'étude de faisabilité, nous avons proposé un schéma organisationnel de la coordination de la chirurgie d'un jour et nous présentons quatre recommandations aux administrateurs du Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos.

Elles concernent principalement l'amélioration du processus de la chirurgie d'un jour et une meilleure utilisation de la chirurgie d'un jour.

La chirurgie d'un jour est une solution pour remplacer progressivement l'hospitalisation et ses avantages sont largement démontrés et ce, tant pour les usagers, les médecins et les centres hospitaliers. C'est une façon de faire qui permet, aussi, d'offrir des services de qualité à la population et qui doit être utilisée pour accroître la performance du réseau de la santé et des services sociaux.

Carmen Fournier
Étudiante

André Gbodossou
Directeur de recherche

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Cette recherche a été rendue possible grâce à la collaboration et au support de plusieurs personnes que je désire remercier très sincèrement.

D'abord, un remerciement très spécial à Monsieur André Gbodossou pour avoir accepté d'être mon directeur de recherche, pour son attention, sa collaboration et son encouragement durant tout ce travail, ce qui m'a permis de réaliser cette démarche.

Je tiens également à exprimer ma reconnaissance envers ceux et celles qui m'ont supportée tout au long de ce travail de recherche ou qui ont participé de près ou de loin à rendre possible l'aboutissement de ce mémoire, en particulier :

- Monsieur Michel Michaud, madame Lyse Landry et monsieur Réal Chavigny du Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos pour leur disponibilité et leur collaboration à rendre accessible l'information nécessaire à la poursuite de cette recherche;
- Mes parents, beaux-parents et amis qui m'ont grandement facilité la tâche par leur support et leur compréhension tout au long de mes études;
- Michel, mon conjoint, qui a contribué de bien des façons à me rendre la tâche plus facile entre autres par son dynamisme, son encouragement, sa compréhension et son support en tout temps; mon fils Alain et mes beaux-enfants Sophie et Alain qui ont accepté à maintes reprises que mes études empiètent sur notre vie familiale. J'ai eu la chance d'avoir l'appui de ma famille.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ i

REMERCIEMENTS iv

TABLE DES MATIÈRES vi

LISTE DES FIGURES x

LISTE DES TABLEAUX xiii

LISTE DES ABRÉVIATIONS xv

LISTE DES ANNEXES xviii

INTRODUCTION 1

CHAPITRE 1 - DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ORGANISATION 14

Introduction 15

1.1 Historique sommaire 16

1.2 Environnement externe 20

1.3 Environnement interne 25

1.4 Mission 27

1.5 Objectifs 27

1.6 Orientations stratégiques 28

1.7 Plan des effectifs médicaux 28

1.8 Structure et acteurs de l'organisation 29
- 1.8.1 Les départements médicaux 31
- 1.8.2 Les cadres supérieurs et intermédiaires 31
- 1.8.3 Le conseil d'administration 33
- 1.8.4 Le directeur général 34
- 1.8.5 L'exécutif du conseil d'administration 34
- 1.8.6 Les comités 34

Conclusion 35

CHAPITRE 2 - PROBLÉMATIQUE 36

Introduction 37

2.1 Symptômes et problématique générale 40

2.2 Problème de recherche 56
2.2.1 L'objectif général 58
2.2.2 Les objectifs spécifiques de l'étude 58

Conclusion 59

CHAPITRE 3 - CONCEPTS RETENUS : RECENSEMENT DES ÉCRITS PERTINENTS ET DÉFINITIONS 61

Introduction 62

3.1 Chirurgie d'un jour 65

3.2 Étude de faisabilité 78

3.3 Changement organisationnel 88

Conclusion 112

CHAPITRE 4 - CADRE MÉTHODOLOGIQUE 114

Introduction 115

4.1 Le concept de chirurgie d'un jour proposé 117

4.2 L'étude de faisabilité du changement proposé 122

Conclusion 136

CHAPITRE 5 - ANALYSE DES DONNÉES ET PRÉSENTATION DES RÉSULTATS 139

Introduction 140

5.1 Définition du projet 141
5.1.1 Les conditions préalables 142
5.1.2 Les suppositions critiques 143

5.2 Étude de faisabilité de la chirurgie d'un jour 145
5.2.1 L'analyse de marché 145
5.2.1.1 Définition et typologie 145
5.2.1.2 Variables 146
5.2.1.3 Intervenants 146
5.2.1.4 Attentes 147
5.2.1.5 Caractérisation du marché 147
5.2.1.6 Analyse de marché est-elle favorable? 151
5.2.2 L'analyse technique 152
5.2.2.1 Technologies médicales 152
5.2.2.2 Matériel et équipements requis 153
5.2.2.3 Localisation 154
5.2.2.4 Analyse technique est-elle favorable? 154
5.2.3 L'analyse organisationnelle 155
5.2.3.1 Structure juridique 155
5.2.3.2 Ressources humaines 156
5.2.3.3 Impacts organisationnels 156
5.2.3.4 Analyse organisationnelle est-elle favorable? 157
5.2.4 L'analyse financière 157
5.2.4.1 Financement requis 157
5.2.4.2 Évaluation de la rentabilité financière 159
5.2.4.3 Analyse financière est-elle favorable? 161

5.3 Recommandations 162

Conclusion 166

CONCLUSION 170

Conditions générales de la démarche 171
Fonction critique 174
Ouverture sur le monde 176

BIBLIOGRAPHIE 180

ANNEXES 191

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Modélisation de la démarche globale du projet de recherche	4
Figure 2	Environnement externe d'un centre hospitalier - Niveaux de responsabilité, de partenariat et de collaboration	22
Figure 3	Environnement interne d'un centre hospitalier	26
Figure 4	Organigramme 1991 - Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos	30
Figure 5	Organigramme 1995 - Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos	32
Figure 6	Organigramme - Intervenants de la chirurgie d'un jour - Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos - 1992-1993	42
Figure 7	Moyenne des admissions en chirurgie d'un jour par jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos - 1992-1993	47
Figure 8	Modélisation de la démarche de l'usager de l'entrée à sa sortie en chirurgie d'un jour et les intervenants - Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos - 1992-1993	52
Figure 9	Cycle de vie d'un projet	72
Figure 10	Phase développement d'un projet	73
Figure 11	Cadre logique préliminaire de la chirurgie d'un jour (modèle adapté de O'Shaughnessy, 1992)	76
Figure 12	Schéma organisationnel proposé - Coordination de la chirurgie d'un jour	77
Figure 13	Organigramme proposé - Intervenants de la chirurgie d'un jour - Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos	79
Figure 14	Modélisation de la démarche de l'usager de l'entrée à sa sortie en chirurgie d'un jour et les intervenants - Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos - 1995	80
Figure 15	Schéma général - Cycle de recherche	116
Figure 16	Modèle de faisabilité de Clifton et Fyffe modifié	126

Figure 17 Dynamique entre les différentes composantes de l'étude de faisabilité (O'Shaughnessy, 1992) 127

Figure 18 Composantes de l'étude de faisabilité de la chirurgie d'un jour 129

Figure 19 Changement organisationnel 138

Figure 20 Chirurgie d'un jour 1991-1992 Amos - Provenance 149

Figure 21 Chirurgie d'un jour 1991-1992 - Amos dans autres secteurs . 149

Figure 22 Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos : Admissions en chirurgie d'un jour - 1986-1994 150

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Nombre d'admissions en chirurgie d'un jour - Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos - Année financière 1992-1993 46

Tableau 2 Admissions en chirurgie d'un jour - Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos - 1986-1994 150

LISTE DES ABRÉVIATIONS

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AHC	Association des hôpitaux du Canada
AHQ	Association des hôpitaux du Québec
CAR	Commission administrative régionale
CDJ	Chirurgie d'un jour
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CLSC	Centre local des services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CPEJ	Centre de protection enfance-jeunesse
CS	Centre de santé
CSST	Commission de santé et sécurité du travail
DRF	Directeur des ressources financières
DRG	Diagnostics regroupés pour la gestion
DRH	Directeur des ressources humaines
DSA	Directeur des services auxiliaires
DSI	Directeur des soins infirmiers
DSP	Direction de la santé publique
DSPH	Directeur des services professionnels et hospitaliers
ECG	Électrocardiographie
MIP	Mémoire d'identification de projet
MRC	Municipalité régionale de comté

MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
ONUDI	Organisation des Nations Unies pour le développement industriel
OPTIMAH	Optimisation de l'Information pour le Monitoring de l'Activité Hospitalière
OSBL	Organisme sans but lucratif
RRSSSAT	Régie régionale des services de santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
SPU	Service pré-hospitalier d'urgence

LISTE DES ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 Symboles utilisés dans les diagrammes de fonctionnement

Annexe 2 AH-280B (formulaire de consultation externe)

Annexe 3 Validation des informations recueillies au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos

Annexe 4 Modèle de faisabilité de Clifton et Fyffe (1977)

Annexe 5 Mémoire d'identification de projet (MIP) de O'Shaughnessy (1992)

Annexe 6 Contours des territoires de CLSC pour la région 08 : Abitibi-Témiscamingue

Annexe 7 Représentation cartographique des territoires du réseau de la santé et des services sociaux : CLSC 08105 Amos

Annexe 8 Répartition des inscriptions de soins infirmiers de jour des résidents d'Abitibi-Témiscamingue selon le lieu de traitement au Québec par territoire de CLSC en 1991-1992 - Secteur Amos

Annexe 9 Proportion des cas pratiqués en chirurgie d'un jour selon le type d'intervention et le milieu de référence - 1991-1992

Annexe 10 Patients admissibles et potentiel net d'activités en chirurgie d'un jour 1991-1992 - Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos

Annexe 11 Estimation des ressources matérielles requises pour répondre aux tâches reliées à la chirurgie d'un jour

Annexe 12 Estimation des ressources humaines requises pour répondre aux tâches reliées à la chirurgie d'un jour

Annexe 13 Impacts organisationnels de la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos

Annexe 14 Implications financières quant au changement proposé en chirurgie d'un jour

Annexe 15 Extraits du Rapport financier annuel : Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos - 1992-1993

Annexe 16 Déroulement de la chirurgie d'un jour : Éléments de la phase préopératoire

Annexe 17 Déroulement de la chirurgie d'un jour : Éléments de la phase opératoire

Annexe 18 Déroulement de la chirurgie d'un jour : Éléments de la phase postopératoire

Annexe 19 Étapes d'appréciation du potentiel en chirurgie d'un jour

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les gestionnaires des centres hospitaliers vivent quotidiennement la crise du secteur de la santé. Il faut repenser les pratiques administratives et l'organisation des soins. Un vrai casse-tête administratif : d'un côté, les compressions budgétaires persistent et on va de restriction en restriction, année après année; et de l'autre côté, la demande pour les services de santé est à la hausse. Les administrateurs sont à l'heure des choix car le réseau n'a plus les moyens de se payer le système de santé existant il y a encore quelques années. La marge de manoeuvre étant de plus en plus mince, les administrateurs doivent être de plus en plus créatifs dans la recherche des moindres économies, tout en tentant de préserver, à tout prix, les services à la population. Les stratégies de gestion empruntent ainsi plusieurs avenues.

Une forte pression sur les lits de chirurgie caractérisée par un taux d'occupation élevé, une attente prolongée pour la chirurgie élective et des annulations ou des reports fréquents d'admissions pour la chirurgie élective au profit des urgences chirurgicales ou médicales nous amènent à repenser la façon de faire. Les technologies chirurgicale et anesthésique se développent d'une manière telle que la chirurgie d'un jour est en voie de révolutionner le domaine de la chirurgie.

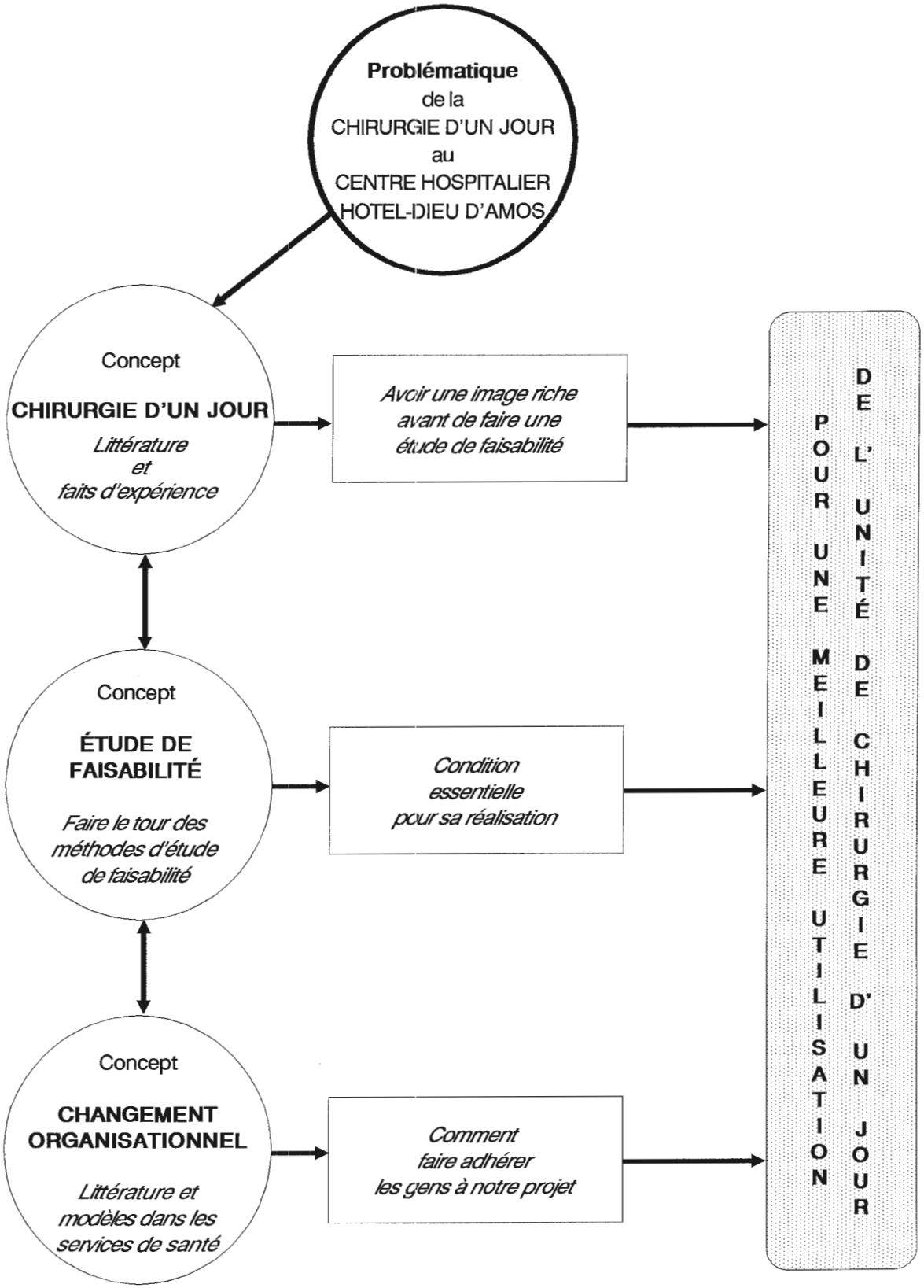
Cette étude vise principalement l'amélioration du processus de la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos.

La chirurgie d'un jour est une chirurgie élective qui requiert les facilités d'un bloc opératoire dans un centre hospitalier et elle est pratiquée chez un usager nécessitant une surveillance professionnelle en phase postopératoire immédiate mais dont la récupération rapide permet un retour à domicile le jour même de l'intervention chirurgicale. La chirurgie d'un jour est-elle sous utilisée? La chirurgie d'un jour est-elle une panacée aux reports d'admissions et aux temps d'attente en chirurgie élective? Comment améliorer le processus de la chirurgie d'un jour dans les centres hospitaliers? C'est à ces questions que nous répondrons dans le cadre de ce travail de recherche.

Nous désirons améliorer le processus du système de la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos et non offrir un nouveau service à la clientèle. Pour ce faire, nous avons retenu trois concepts soit la chirurgie d'un jour, l'étude de faisabilité et le changement organisationnel. Notre démarche globale, présentée à la figure 1, illustre bien l'orientation de notre travail de recherche. C'est donc à partir du recensement des écrits et des faits d'expérience sur la chirurgie d'un jour que nous enrichirons le concept de la chirurgie d'un jour. Ensuite, c'est par un survol de la littérature sur les différentes méthodes et modèles d'étude de faisabilité que nous choisirons un guide pour notre travail. Il nous permettra de vérifier si notre projet est faisable ou non. L'étude de faisabilité est une condition essentielle à la réalisation de notre projet. Aussi, le recensement des écrits sur le changement organisationnel et sur les modèles existants dans les services de santé nous aidera à circonscrire un modèle qui favorisera l'implantation du changement proposé. Et,

Figure 1

Modélisation de la démarche globale du projet de recherche



1994-04-08 Carmen Fournier

bien entendu, nous désirons que les gens adhèrent à notre projet. Nous désirons susciter l'intérêt chez les administrateurs du Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos afin qu'ils adoptent le changement proposé.

Plusieurs chapitres composent notre travail de recherche et chacun d'eux se veut une phase importante dans le cheminement de cette recherche.

Le chapitre 1, intitulé "Description sommaire de l'organisation", nous permet de présenter l'image organisationnelle et de situer les principaux acteurs en interrelation au centre hospitalier.

Certains éléments importants nous font mieux comprendre ce qu'est le Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. Entre autres, nous précisons sa mission telle que confirmée dans la loi 120, ses objectifs, ses orientations stratégiques, son plan des effectifs médicaux, sa structure organisationnelle qui n'est pas simple mais plutôt complexe et ses principaux acteurs.

Le chapitre 2, intitulé "Problématique", concerne la chirurgie d'un jour au Centre Hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos et se consacre principalement au bilan des symptômes reliés à notre problème de recherche ainsi qu'aux objectifs visés par cette recherche.

C'est à partir de notre expérience et du vécu des intervenants du centre

hospitalier que nous avons relevé les dysfonctions dans le processus de la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. Nous décrivons la situation telle qu'elle existe afin de bien saisir le vécu et le perçu des personnes impliquées.

Notre problème de recherche se conçoit comme un écart entre la réalité perçue et la performance souhaitée au système de la chirurgie d'un jour. Notre problème de recherche émerge des dysfonctions relevées.

L'objectif général de notre recherche est de présenter une réorganisation de la chirurgie d'un jour aux administrateurs du centre hospitalier afin d'atténuer l'écart qui existe entre la situation de départ, c'est-à-dire les inconforts et les dysfonctions du processus de la chirurgie d'un jour, et la situation désirée.

Les objectifs spécifiques de l'étude concernent d'abord une proposition de changement au processus de la chirurgie d'un jour afin de l'améliorer ainsi qu'une meilleure utilisation de la chirurgie d'un jour. Et, pour y arriver, des concepts ont été retenus et seront amenés au chapitre suivant.

Le chapitre 3, intitulé "Concepts retenus : Recensement des écrits pertinents et définitions", présente un cadre descriptif et interprétatif des concepts se rapportant à des éléments propres à notre travail de recherche. Nous avons retenu trois concepts soit la chirurgie d'un jour, l'étude de faisabilité et le changement organisationnel.

D'abord, c'est par un survol de la littérature sur le concept de la chirurgie d'un jour que nous définissons la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. La vision des différents auteurs nous permet d'enrichir le contexte de la chirurgie d'un jour en regard à notre travail de recherche. Le Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos, depuis 1992, a retenu une unité intégrée de chirurgie d'un jour. Nous avons retenu le cycle de vie d'un projet qui comprend trois phases soit les phases développement, réalisation et opérationnelle (O'Shaughnessy, 1992). Dans notre travail de recherche, nous insistons principalement sur la phase développement qui comprend, entre autres, l'étude de faisabilité, tandis que les phases réalisation et opérationnelle seront réalisées dans un autre temps, par les administrateurs du centre hospitalier. Nous présentons un schéma organisationnel de coordination de la chirurgie d'un jour (cf. figure 12) qui permet d'atténuer l'écart entre la réalité et la performance attendue dans le système de la chirurgie d'un jour au centre hospitalier.

Ensuite, c'est à partir du recensement des écrits sur les modèles d'étude de faisabilité que nous avons trouvé les outils pour nous aider à poursuivre notre démarche et un modèle nous servant de guide pour confirmer la faisabilité de notre projet. Le modèle de Clifton et Fyffe (1977) a été retenu et adapté à notre recherche. C'est une approche en différentes étapes qui permettent une réponse aidant à la poursuite du projet. Les analyses de marché, technique, organisationnelle et financière sont les principales étapes retenues pour les fins de ce travail de recherche.

Puis, c'est par le recensement des écrits sur le changement organisationnel que nous trouvons les éléments qui favorisent la réussite du changement et aident les gens à adhérer à notre projet. En effet, certains éléments viennent appuyer notre démarche qui aboutit à des recommandations. En tant que chercheur, nous nous considérons comme "catalyseur" selon la définition que donne Mintzberg (1994) puisque nous avons encouragé la pensée créative parmi les individus du centre hospitalier. Ils nous fournissaient des idées, lors des rencontres formelles et informelles, en remettant en question la façon de faire dans le processus de la chirurgie d'un jour. Aussi, le changement se doit d'être planifié et il porte sur le contenu de la situation insatisfaisante et sur les différents processus du système de la chirurgie d'un jour.

Tous ces concepts nous aident dans notre démarche pour atteindre les résultats escomptés au niveau du système de la chirurgie d'un jour au centre hospitalier et sera traité au chapitre suivant.

Le chapitre 4, intitulé "Cadre méthodologique", concerne notre démarche c'est-à-dire ce que nous avons fait pour atteindre les résultats attendus et c'est à partir des trois concepts retenus que nous avons élaboré la démarche. Nous avons cherché une méthode de résolution de problème appropriée à notre réalité et certains outils ont été utilisés pour nous aider à proposer une réorganisation de la chirurgie d'un jour au centre hospitalier. Notre démarche s'articule autour d'une suite d'étapes et de règles opératoires suivies qui nous apportent des éléments de

réponse quant au problème nous avons identifié au chapitre 2. Le modèle de Wilson (1990) supporte notre démarche. (Cf. figure 15)

Premièrement, le concept de chirurgie d'un jour proposé comporte deux volets soit un volet administratif et l'autre clinique et ce, sous la responsabilité d'un coordonnateur de la chirurgie d'un jour au centre hospitalier. Le déroulement de la chirurgie d'un jour se subdivise en trois phases soit les phases préopératoire, opératoire et postopératoire. Certaines variables influent sur les interventions pratiquées par le service de chirurgie d'un jour et la structure physique du service. Les aptitudes que possède le personnel sont considérées les plus importantes.

La connaissance approfondie du concept de la chirurgie d'un jour nous permet de faire des relations entre les différents éléments. La cueillette de données quant à la description des faits est une compilation d'information sur le vécu des intervenants dans le système de chirurgie d'un jour. Elle est complétée par une démarche où les acteurs sont questionnés sur la situation telle qu'ils la vivent afin d'en déterminer le sens de leurs actions. À cela s'ajoutent des informations complémentaires soit la cueillette documentaire, des échanges formels et informels et des entrevues pour nous révéler le sens des événements observés.

En tant que chercheur, nous avons une double fonction puisque nous avons effectué la cueillette de données tout en étant responsable du service d'accueil et du centre de rendez-vous au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. Nous étions en

étroite interrelation avec les divers intervenants soit les usagers, les employés et les médecins. Tous pouvaient venir nous rencontrer et discuter avec nous du fonctionnement du système de chirurgie d'un jour au centre hospitalier et ce, d'une façon formelle ou informelle.

La description des faits, une fois compilée, a été validée auprès du coordonnateur des services professionnels et hospitaliers du Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos afin de s'assurer d'en avoir bien saisi toute la problématique.

Deuxièmement, l'étude de faisabilité du changement proposé est composée de quatre étapes subséquentes soit les analyses de marché, technique, organisationnelle et financière. Les étapes ont été adaptées à notre problématique. Les modèles qui supportent notre démarche sont celui de O'Shaughnessy (1992) et celui de Clifton et Fyffe (1977). Les principaux outils utilisés proviennent principalement de l'AHQ (1992) et de O'Shaughnessy (1992) tels la trousse d'appréciation du potentiel de développement de la chirurgie d'un jour, le cadre logique et le mémoire d'identification de projet.

Les principaux éléments que nous avons retenus concernant la chirurgie d'un jour en regard des différentes analyses sont les suivants : la définition, la typologie, les variables, les intervenants, les attentes et la caractérisation du marché pour l'analyse de marché; les technologies médicales, le matériel, les équipements requis et la localisation pour l'analyse technique; la structure juridique, les ressources

humaines et les impacts organisationnels pour l'analyse opérationnelle; le financement requis et le risque pour l'analyse financière.

Pour chacune des analyses, nous avons cherché les données et les informations pertinentes qui viennent soutenir le bien-fondé de cette étude de faisabilité.

Le chapitre 5, intitulé "Analyse des données et présentation des résultats", est un chapitre des plus importants. Différentes sources de données internes et externes concernant la chirurgie d'un jour sont regroupées aux niveaux local, régional et provincial et viennent s'insérer dans l'étude de faisabilité. Et par la présentation des résultats, nous voyons les liens qui existent avec le cadre conceptuel quant à l'amélioration du processus de la chirurgie d'un jour et à une meilleure utilisation de la chirurgie d'un jour.

Les analyses de marché, technique, organisationnelle et financière étant favorables, nous avons établi les liens existants avec le cadre conceptuel présenté au chapitre précédent autant pour l'amélioration du processus de la chirurgie d'un jour que pour une meilleure utilisation de la chirurgie d'un jour au centre hospitalier. Aussi, à l'issu des résultats, nous présentons quatre recommandations aux administrateurs du centre hospitalier et elles concernent l'amélioration du processus de la chirurgie d'un jour, une meilleure utilisation de la chirurgie d'un jour au centre hospitalier et une stratégie de changement organisationnel.

Pour conclure ce travail, nous revenons sommairement sur les conditions générales qui touchent à toute notre démarche de recherche. Nous réfléchissons, entre autres : au fait que nous avions un double rôle lors de ce travail de recherche étant à l'emploi du centre hospitalier ce qui peut amener une certaine subjectivité dans la collecte des données; à la stratégie utilisée qui comporte certains risques; aux acteurs du centre hospitalier qui changent dans le système au fil du temps.

Le schéma organisationnel de coordination de la chirurgie d'un jour que nous proposons est applicable au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos et il peut tout aussi bien s'appliquer à tous les centres hospitaliers à la condition qu'il s'y trouve la volonté d'améliorer le processus de la chirurgie d'un jour et qu'il s'y trouve au moins un chirurgien, respecté de ses pairs, qui se sente concerné par une meilleure utilisation de l'unité de chirurgie d'un jour.

La science étant une tentative, un essai continuel, elle admet qu'il est possible de faire des erreurs et qu'il faut remettre en question continuellement ses faits, ses théories et ses explications. Le jeu de la science est en principe sans fin. C'est pourquoi nous recommandons fortement que les administrateurs du centre hospitalier, après la mise en oeuvre du projet, fassent une évaluation afin de vérifier si la solution proposée a été satisfaisante. Si elle a été plus ou moins satisfaisante, le cycle de recherche doit reprendre alors à la première étape soit celle de la problématique. (Cf. figure 1)

L'ouverture sur le monde nous amène, entre autres, à penser que le concept de chirurgie d'un jour peut encore être amélioré. En effet, des recherches sur des technologies chirurgicale et anesthésique peuvent faire découvrir des techniques nouvelles et faire en sorte que d'autres types d'interventions chirurgicales, faites jusqu'à ce jour en admission hospitalière, pourraient, un jour, se faire aussi en chirurgie d'un jour. C'est une voie explorable qui pourrait révolutionner le monde de la chirurgie.

La chirurgie d'un jour se situe parmi les ressources de nature à remplacer progressivement l'hospitalisation. Elle est en voie de devenir la "façon de faire" dans le domaine des soins chirurgicaux. Ses avantages sont largement démontrés chez les usagers, auprès des médecins et pour les centres hospitaliers.

Dans ce travail de recherche, le générique masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte. Aussi, nous utilisons certaines abréviations qui sont précisées à la page xv du présent document.

CHAPITRE 1

DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ORGANISATION

CHAPITRE 1

DESCRIPTION SOMMAIRE DE L'ORGANISATION

Introduction

L'organisation que nous avons choisie pour notre étude est le Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. Le centre hospitalier est une organisation à caractère social et communautaire.

Nous tenterons de retrouver son passé et de raconter son histoire. Par la suite, nous décrirons sommairement ses environnements externe et interne qui sont, de toute évidence, des facteurs qui influencent les décisions stratégiques, administratives et opérationnelles d'un centre hospitalier.

Enfin, pour une meilleure compréhension du système, nous préciserons la mission, les objectifs, les orientations stratégiques, le plan de ses effectifs médicaux; la structure et les acteurs de l'organisation.

Lorsque des statistiques viennent appuyer notre texte, les années de référence retenues sont les années financières 1990-1991 et 1991-1992. Par contre, certaines données peuvent être de nature plus récente selon le contexte.

1.1 Historique sommaire

Le Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos dessert la population amossoise depuis 1930. L'édifice actuel fut construit en 1949 et il a été rénové en 1989.

Le rêve d'avoir un hôpital à Amos se concrétise suite à de longues années d'attente. En effet, tout a commencé dans le coeur du curé d'Amos, monsieur J.-O. Viateur Dudemaine, qui, depuis 1918, multiplie les démarches pour obtenir l'aide et l'appui des filles de Marguerite d'Youville pour réaliser son dessein. La population réclame depuis longtemps un hôpital pour desservir la région et c'est le 17 février 1930 que les deux premières Soeurs Grises de Nicolet y sont accueillies.[1]

Le terrain de sept cents (700) pieds de profondeur par trois cents (300) pieds de largeur est offert par la ville d'Amos; il est situé au flanc d'une colline qui, de la rive opposée de la rivière Harricana, fait face à la Cathédrale.

Le 14 mai 1930, l'Hôpital Sainte-Thérèse, solidement bâti, ouvre officiellement ses portes aux malades de la ville et des environs. L'organisation de l'hôpital n'est pas complète, mais grâce aux généreux bienfaiteurs, les chambres

---

[1] Le reflet d'ici, cahier spécial, 4 février 1981

d'hôpital sont meublées et les salles d'urgence, de chirurgie et de radiologie possèdent les instruments nécessaires pour bien fonctionner.

Le premier immeuble de l'Hôpital Sainte-Thérèse est maintenant occupé par le Centre d'accueil Normand, un centre d'alcoolisme et autres toxicomanies.

Le petit hôpital de trente-cinq (35) lits fait l'admiration des médecins et des citoyens. La première opération majeure est pratiquée le 9 juin 1930, une appendicectomie. Les patients ne manquent pas et cette présence continue atteste la nécessité d'un hôpital dans la région du nord-ouest du Québec. En décembre 1931, les statistiques se répartissent ainsi : 405 malades; 6 412 jours de traitement; 9 religieuses; 5 filles employées; 1 infirmier-serviteur général; 1 aumônier.

La nouvelle parvient officiellement en juillet 1942 : le nom de l'Hôpital Sainte-Thérèse sera changé le 15 octobre en celui de "Hôtel-Dieu d'Amos". Le mot "Hôtel-Dieu" fait le symbole d'un centre de dévouement, d'abnégation en même temps que de science pour le traitement des malades. Le 2 juillet 1942, un Bureau Médical est fondé sur la demande de l'Association médicale de l'Abitibi : trois médecins en sont membres.

Avec les années, l'hôpital devient nettement insuffisant pour répondre aux besoins de la population. Il faut songer à construire. Un édifice plus vaste, tout à côté du premier, est élaboré dès 1947. Sis sur le roc, à un niveau de quarante (40)

pieds plus élevé que le précédent, il domine la ville. Cet édifice regarde la rue Principale à laquelle le relie une avenue en pente. Les travaux se poursuivent sur une période de deux ans.

Lorsqu'en 1949, le nouvel Hôtel-Dieu ouvre ses portes, le très humble hôpital des débuts avait accueilli 17 415 patients. Le nouvel hôpital compte deux cent cinquante (250) lits qui seront occupés les uns après les autres au fil des jours et des mois qui suivent. Quinze (15) années après cette étape, l'hôpital évolue toujours : il offre une capacité de trois cent trois (303) lits (208 lits pour malades, 33 berceaux à la pouponnière et 62 lits pour vieillards). En 1964, six médecins sont attachés au service de l'hôpital et sont efficacement secondés par tout le personnel de niveau professionnel : radiologiste, techniciennes en laboratoire, infirmières, infirmières-auxiliaires, préposés et gardes-bébés. Des employés de bureau assurent la bonne tenue des archives; des experts en art culinaire et diététique procurent des repas appropriés; des agents de sécurité facilitent le bon ordre aux heures de visites et enfin une équipe de service d'entretien ménager sait donner un cachet de grande propreté à tout l'hôpital.

Il est intéressant de noter que, du 15 octobre 1949 au 21 mai 1964, 70 038 patients sont admis à l'Hôtel-Dieu d'Amos.

Depuis 1950, l'hôpital compte une École d'infirmières-auxiliaires, affiliée à l'Association des Infirmières Catholiques de la Province de Québec; une deuxième

école de formation médicale s'ouvre le 4 septembre 1961, à l'Hôtel-Dieu d'Amos et modestement l'École de Technologie médicale commence.

En mars 1966, la Corporation de l'Hôtel-Dieu d'Amos est autorisée à exécuter les travaux de réfection intérieure, des murs extérieurs et du toit devenus nécessaires à cause des défectuosités dans les murs de maçonnerie de la bâtisse. Les travaux débutent le 16 avril 1966 : relocalisation de locaux, réaménagements complets de certains services, démolition, agrandissement de 1 326 pieds carrés, augmentation de deux salles de chirurgie majeure, construction de l'entrée principale dont la superficie est de 2 337 pieds carrés. Tout le financement de ces travaux est assumé par le ministère de la Santé de la Province de Québec.

En 1972, le ministère des Affaires Sociales, par le Projet de loi 65, met virtuellement un terme à près d'un demi-siècle de présence intensive des Soeurs Grises à Amos. Avec la vente de l'Hôtel-Dieu au gouvernement du Québec et la conversion de la Corporation conformément à l'arrêté en conseil numéro 2267 du 20 juin 1973 se termine un autre chapitre de l'histoire de l'Hôtel-Dieu d'Amos. L'État prend donc en main la gestion de l'hôpital.

Le nom "Hôtel-Dieu d'Amos" a été changé pour "Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos" par des lettres patentes supplémentaires le 23 août 1979 sous le libro D21 et le folio 46.

En mai 1989 débutait les travaux pour un agrandissement et des rénovations fonctionnelles de 24 000 pieds carrés ajoutés et de 10 000 pieds carrés réaménagés au coût de 6 500 000 $. Certains services ont pu occuper leurs nouveaux locaux dès l'hiver 1990, les autres en hiver 1991.

Le Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos compte aujourd'hui cent quarante-cinq (145) lits dressés incluant vingt-neuf (29) lits en soins prolongés et seize (16) berceaux à la pouponnière); cinquante (50) médecins actifs au CMDP en septembre 1993 et près de six cents (600) employés.

1.2 Environnement externe

L'environnement externe touche à des variables qui sont indépendantes du contrôle de l'établissement. Il faut prendre en compte que le centre hospitalier n'a pas toute liberté d'agir dans l'établissement de sa mission. L'État, qui finance les établissements de santé, s'intéresse à s'assurer que le financement qu'il accorde soit suffisamment productif pour satisfaire un ensemble de besoins. Dans ses activités d'allocation budgétaire, il entérine d'une certaine façon la mission que s'est donnée l'établissement. Dans ses choix stratégiques, l'établissement doit tenir compte de cette place que la structuration du système lui a donnée afin qu'il satisfasse une catégorie de besoins.

Le contrôle des coûts est devenu une réalité à assumer de plus en plus

importante pour les établissements au Québec. Les compressions budgétaires appliquées à répétition ces dernières années ont obligé bon nombre d'établissements à réviser leurs choix. Ces contraintes entraînent une attitude réactive plutôt que pro-active comme l'exigerait une approche stratégique. L'intérêt de planifier pour mieux gérer résiste difficilement à la réalité de compresser pour mieux rationaliser.

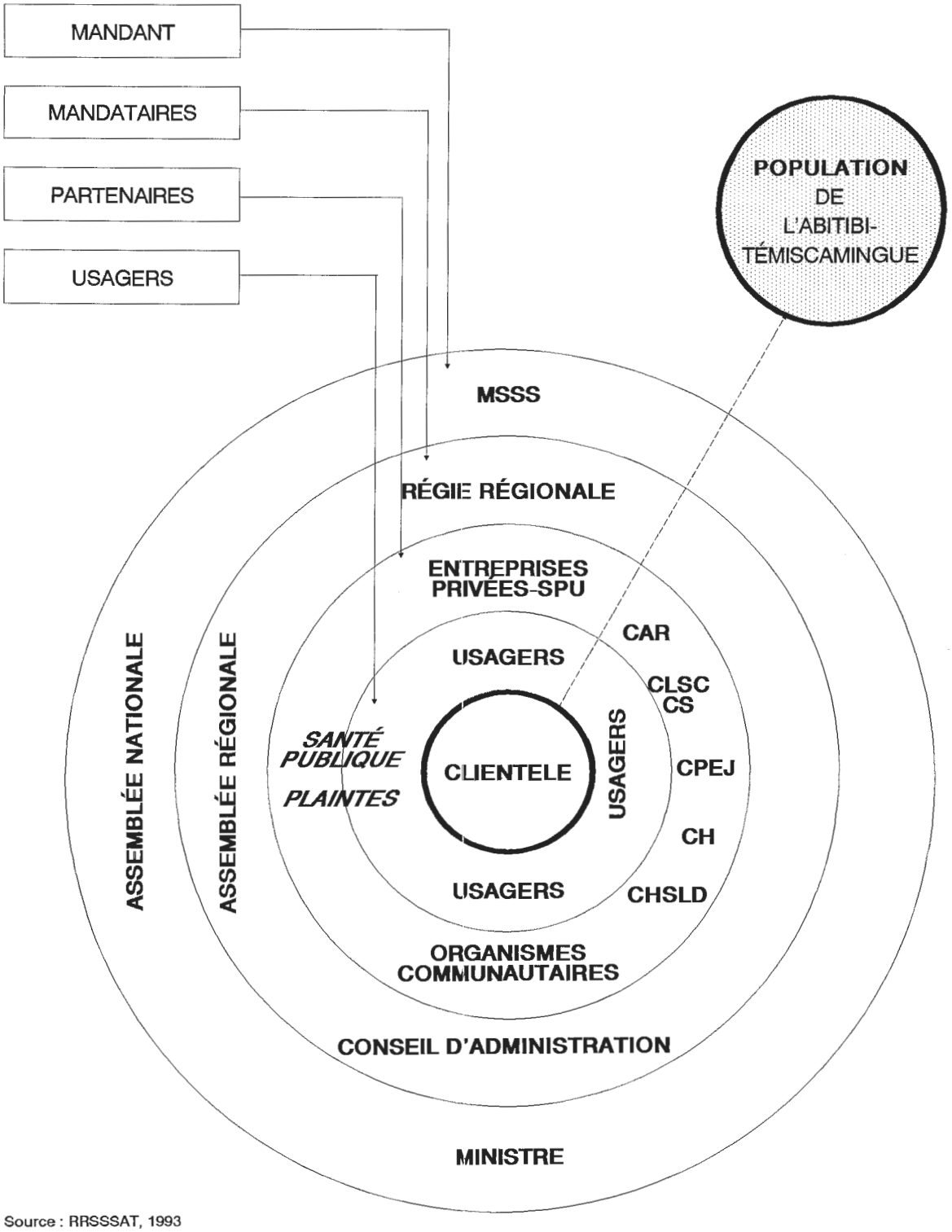
Tout ce qui concerne l'organisation des centres hospitaliers est compris dans les six cent vingt-deux (622) articles de la loi 120 (Loi sur les services de santé et les services sociaux). Le Gouvernement a un pouvoir de mesures administratives et de réglementation (cf. art. 497-520). Le MSSS et le Ministre ont un pouvoir de réglementation et de surveillance (cf. art. 431-496). La Régie régionale a principalement pour objet de planifier, d'organiser, de mettre en oeuvre et d'évaluer dans la région les programmes de santé et de services sociaux élaborés par le Ministre. Elle a des fonctions particulières à l'égard de la population et des droits des usagers. Elle a aussi des fonctions reliées aux priorités de santé et de bien-être, à l'organisation des services, à l'allocation des ressources financières, à la coordination des services de santé et services sociaux, à la santé publique et à la gestion des ressources humaines, matérielles et financières. La Régie régionale a un conseil d'administration et un budget de fonctionnement. (Cf. art. 339-430). L'environnement externe d'un centre hospitalier est représenté à la figure 2.

Avec la Régie régionale, c'est une décentralisation qui met encore plus de

Figure 2

Environnement externe d'un centre hospitalier

Niveaux de responsabilité, de partenariat et de collaboration



Source : RRSSSAT, 1993

limites à la gestion quotidienne des centres hospitaliers. La Régie régionale devient un pallier supplémentaire.

Le centre hospitalier doit s'assurer d'être représenté au conseil d'administration régional. Une représentation de chaque secteur est primordiale afin de ne pas être défavorisé, et d'assurer une équitabilité.

> *La Loi 120 ajoute à la réglementation des hôpitaux. De ce fait, leur marge de manoeuvre s'en trouve réduite. De lourde qu'elle était, elle devient excessive aux niveaux central, régional et local.* (AHQ, 1991)

> *La gestion sera plus difficile. Ce nouveau contexte ne favorise pas la créativité et le sens de l'innovation des administrateurs et des directeurs généraux des centres hospitaliers. De la même manière, une centralisation excessive au niveau régional, pourrait avoir un effet paralysant et très néfaste sur l'ensemble du système de santé.* (J. A. Nadeau dans AHQ, 1991)

Alors, comment l'organisation peut-elle augmenter sa marge de manoeuvre dans un contexte de gestion de plus en plus difficile?

Les administrateurs du Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos ont développé des ventes de services externes (par exemple, le service de buanderie). Avec la mise sur pied du comité de santé et sécurité au travail, les administrateurs peuvent diminuer les coûts inhérents à la CSST; par contre, avec le régime de rétrospection, les "bons" ont dû payer quelque peu pour les "moins bons". Les administrateurs ont créé des corporations indépendantes qui ne sont pas régies par règlements : La

Fondation du centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos est un OSBL qui aide l'établissement par ses dons (achat d'équipements médicaux); le comité des loisirs gère les distributrices Oasis (vente de croustilles, chocolat, café, boissons, etc.), les téléavertisseurs et télévisions au centre hospitalier (location) et les bénéfices sont utilisés pour le financement des activités de loisir pour le personnel (golf, ski, fête de Noël, etc.) et l'achat de certains équipements autres que médicaux; les bénévoles du centre hospitalier gèrent une petite boutique (vente de cadeaux, journaux, friandises, etc.) et les bénéfices sont utilisés pour l'achat de petits équipements et de cadeaux aux personnes hospitalisées lors d'occasions spéciales. Il y a aussi l'arrivée de nouveaux spécialistes qui amène au centre hospitalier des sommes d'argent; toutefois, les administrateurs doivent tenir compte du plan régional des effectifs médicaux en place. Les administrateurs peuvent également économiser des sommes d'argent en choisissant des cadres moins expérimentés (économies salariales), en jumelant des services (diminution de l'encadrement) et en augmentant la productivité des employés.

Comme nous le constatons, un centre hospitalier détient une autonomie restreinte. Il se détache du Ministère par une identité distincte et a son propre conseil d'administration, mais c'est un organisme qui oscille entre dépendance et autonomie. La gestion des organismes publics et parapublics est ensevelie sous une masse de règlements compris dans la loi 120. Le gestionnaire d'un tel établissement est encadré dans les moindres détails et il devient de plus en plus difficile de contourner ces règlements qui diminuent sa marge de manoeuvre.

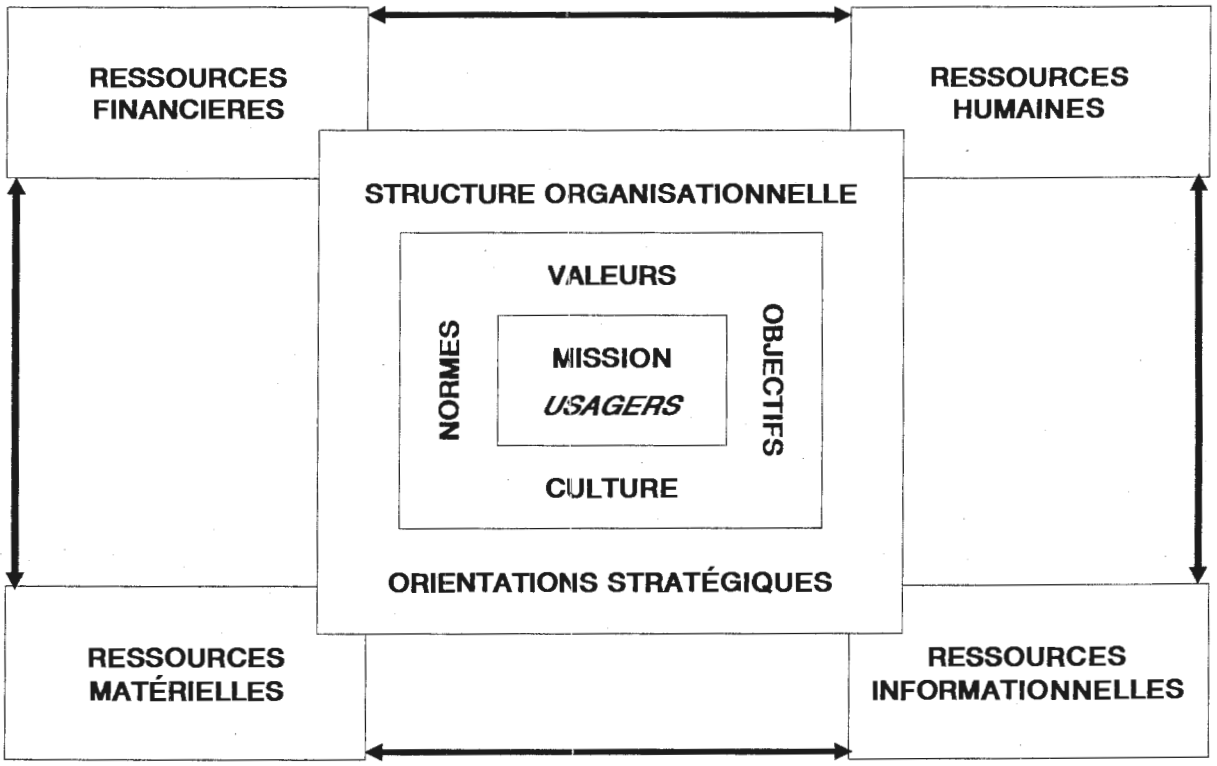
1.3 *Environnement interne*

L'environnement interne réfère aux différentes variables organisationnelles, à la culture et aux valeurs de l'établissement, à ses orientations stratégiques et à des problématiques à résoudre. Ainsi le partage de valeurs, de normes et d'objectifs communs au sein d'une organisation fait jaillir une culture propre à celle-ci. Gérer cette culture est une fonction essentielle de l'organisation. Au sein même du style managérial existent des objectifs qui visent cette culture, qui permettent une socialisation des individus assurant une certaine cohésion organisationnelle. Il appartient aux administrateurs de saisir et de gérer cette culture. De plus, dans toute organisation, il faut tenir compte des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles disponibles. Nous avons représenté l'environnement interne d'un centre hospitalier à la figure 3.

La configuration structurelle d'un centre hospitalier est celle d'une bureaucratie professionnelle. En effet, pour fonctionner, le centre hospitalier s'appuie sur les compétences et le savoir des professionnels. La structure organisationnelle d'un centre hospitalier est complexe. Dans les pages qui suivent, nous reprendrons certains éléments considérés importants et nous les expliquerons sommairement.

Figure 3

Environnement interne d'un centre hospitalier



1994-10-05 Carmen Fournier

1.4 Mission

La mission d'un centre hospitalier est confirmée dans la loi 120 (art. 81), et de plus elle est renforcée par une reconnaissance explicite de l'approche globale utilisée qui comprend la prévention, les soins curatifs, les soins infirmiers, les services psychosociaux spécialisés et la réadaptation. Cette approche globale place le citoyen au centre de l'ensemble des interventions en milieu hospitalier. Cette mission est tout à fait compatible avec l'objectif de complémentarité des services avec d'autres types d'établissements du réseau tel que préconisé par la réforme.

La mission du Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos telle qu'adoptée à l'unanimité par les membres du conseil d'administration de l'établissement :

> *Le Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos est un établissement de soins de 145 lits incluant une unité de 19 lits en soins prolongés, dont la vocation première est d'offrir des soins de courte durée de qualité à sa population pour fins de prévention, de diagnostic médical, de traitement médical, de réadaptation physique et mentale, grâce à une technologie de pointe et à une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé.*
>
> *En plus des spécialités de base, l'établissement a développé au cours des années une spécialité régionale en orthopédie, maxillo-faciale et traumatologie.* (Conseil d'administration du 18 février 1991)

1.5 Objectifs

Les objectifs de l'établissement, tels qu'adoptés au conseil d'administration,

se doivent de répondre aux valeurs fondamentales que l'on retrouve dans l'énoncé de mission du centre hospitalier, auxquelles adhèrent tous les membres de l'organisation.

1.6 Orientations stratégiques

Les orientations stratégiques sont basées sur des objectifs généraux à atteindre, sur des objectifs spécifiques à court et moyen terme. Les orientations stratégiques du centre hospitalier sont entérinées par le conseil d'administration en tenant compte du plan régional des effectifs médicaux.

1.7 Plan des effectifs médicaux

Le plan des effectifs médicaux en est un au niveau régional concernant les spécialités dans les centres hospitaliers de la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Il cite les différents centres hospitaliers de la région, leurs disciplines, leurs effectifs à un moment fixe et leurs prévisions sur une période allant sur plusieurs années. Il est autorisé par le ministère de la Santé et des Services sociaux et produit par la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

L'organisation des services de santé dans la région vise deux objectifs fondamentaux soit assurer l'accessibilité la plus immédiate possible aux services médicaux et dentaires et assurer une masse critique de médecins et dentistes par

établissement et par spécialité. Ceci se réalise à travers trois niveaux de soins ou de services, selon les vocations propres à chaque établissement soit les services médicaux de première ligne, les soins généraux et spécialités de base et les services plus spécialités.

1.8 Structure et acteurs de l'organisation

L'organigramme du Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos en date du 1er avril 1991 est reproduit à la figure 4. Malgré certains changements apportés principalement au niveau des directorats et services, en 1992-1993, l'organigramme n'avait pas encore été révisé . En effet, on devrait lire DST au lieu de DSA, imagerie médicale au lieu de radiologie, archives médicales au lieu d'archives, coordonnateur des services professionnels et hospitaliers au lieu de coordonnateur des services hospitaliers, RRSSSAT au lieu de CRSSSAT.

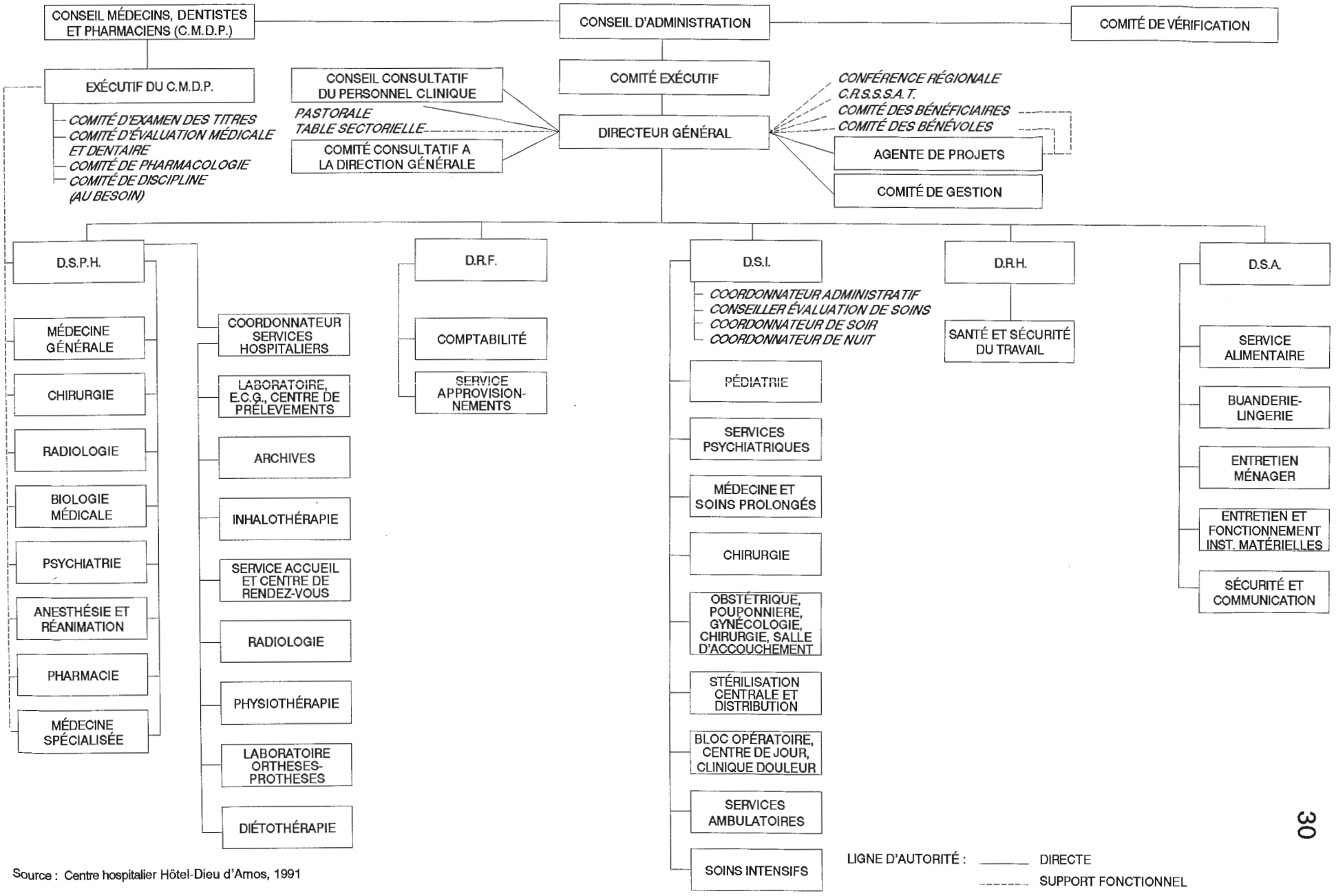
La structure matricielle qui caractérise l'établissement compte : six directorats (la direction générale, la direction des ressources financières, la direction des ressources humaines, la direction des services professionnels et hospitaliers, la direction des services techniques et la direction des soins infirmiers); vingt-neuf (29) cadres intermédiaires qui assurent la gestion des ressources humaines, financières et matérielles de leur service; près de six cents (600) employés.

Par contre, aujourd'hui, la structure organisationnelle a un autre visage

Figure 4

Organigramme

Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos



Source : Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos, 1991

puisque des modifications ont été apportées. À la figure 5, nous retrouvons l'organigramme du Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos révisé en février 1995. Soulignons, entre autres, que certains comités rattachés à la direction générale ont été créés tandis que d'autres ont été modifiés, que des services ont élargi leur voie d'action (électrophysiologie au lieu de laboratoire, électrocardiographie et prélèvements), que le service social médical a été ajouté, que la médecine et les soins prolongés et gériatrie sont maintenant deux unités de soins distinctes, etc.

1.8.1 Les départements médicaux

Au centre hospitalier, chaque spécialité fait partie d'un département particulier (médecine générale, chirurgie, imagerie médicale, biologie médicale, psychiatrie, anesthésie et réanimation, pharmacie et médecine spécialisée) et se trouve dans une structure par fonction tandis que la structure par opération à ce niveau peut se définir lorsque les spécialistes unissent leurs efforts dans le but de traiter un usager.

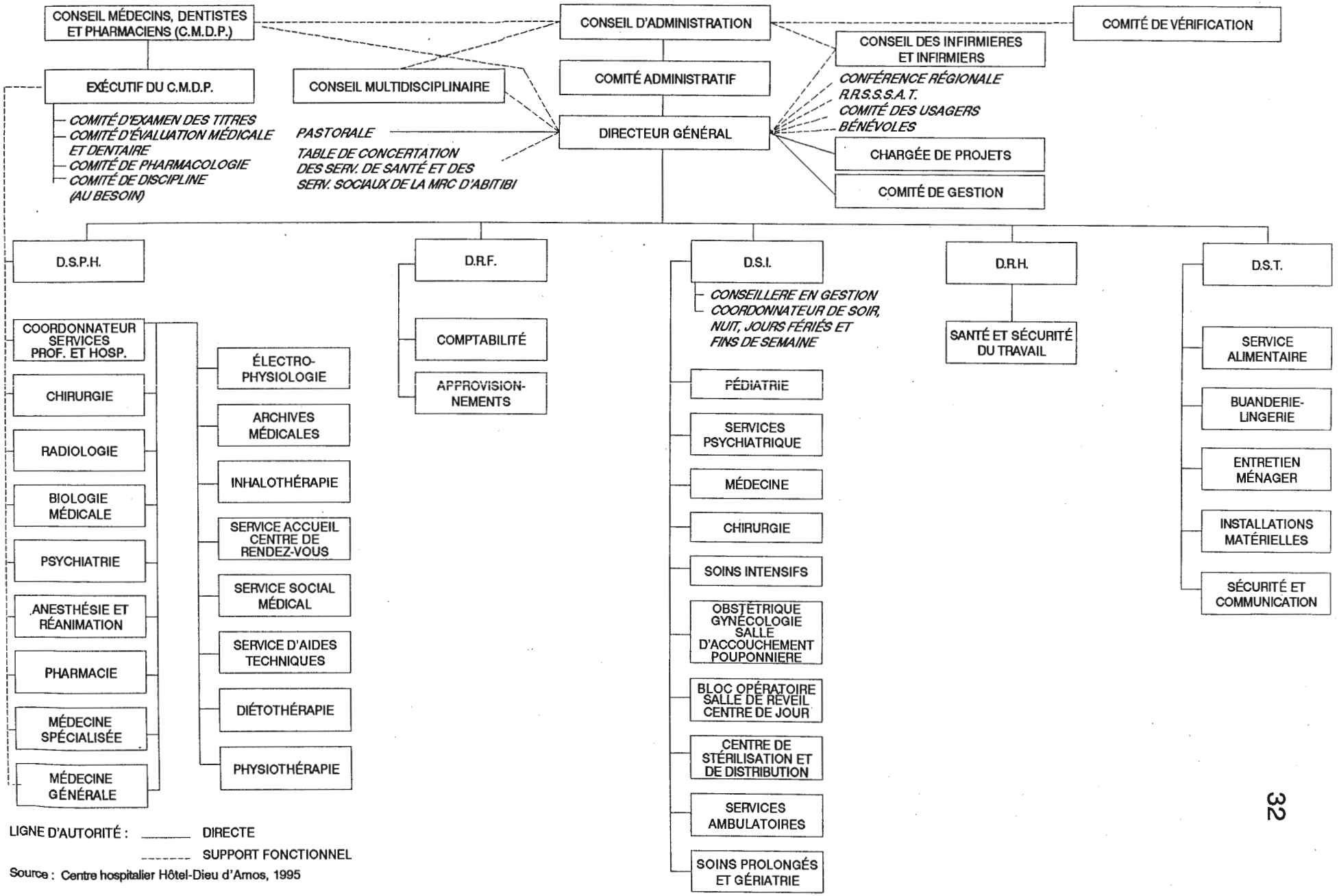
1.8.2 Les cadres supérieurs et intermédiaires

De plus, il existe des caractéristiques organisationnelles telles les unités fonctionnelles et les unités opérationnelles. Au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos, il y a cinq directorats qui sont des unités fonctionnelles et elles ont pour tâche d'aider le directeur général mais non le remplacer. Par contre, les services

Figure 5

Organigramme

Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos



Source : Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos, 1995

de chacun des directorats sont des unités opérationnelles car elles vont traduire dans les faits les orientations stratégiques.

Dans cette organisation, il existe des relations d'autorité linéaire (*"ligne"*) et d'état major (*"staff"*). Le directeur des ressources financières et le directeur des ressources humaines ont des relations d'autorité d'état major vis-à-vis les autres directorats et services tandis qu'ils ont des relations d'autorité linéaire vis-à-vis les unités opérationnelles directement sous leur autorité.

1.8.3 Le conseil d'administration

Le rôle du conseil d'administration est de gérer les affaires de l'établissement qu'il administre et en exerce tous les pouvoirs (cf. loi 120, art. 170-181). Il établit les priorités, les orientations et il nomme entre autres le directeur général, les cadres supérieurs, les médecins et dentistes.

Le conseil d'administration est composé de quatre personnes élues par la population, une personne élue parmi les médecins, dentistes et pharmaciens, une personne élue par les infirmiers, une personne élue par le conseil multidisciplinaire, une personne élue par les autres personnes travaillant dans l'établissement, un directeur général, deux personnes nommées par la population, les usagers ou par la fondation, possibilité de deux personnes élues par les membres du comité des usagers et une personne élue par la fondation (cf. loi 120, article 132).

1.8.4 Le directeur général

Le directeur général est responsable, sous l'autorité du conseil d'administration, de l'administration et du fonctionnement de l'établissement. Il veille à l'exécution des décisions du centre hospitalier et s'assure que soit transmise à ce dernier toute l'information qu'il requiert ou qu'il lui est nécessaire pour assumer ses responsabilités (cf. loi 120, art. 194).

Il assume le leadership dans la réalisation des objectifs et de la mission de l'établissement. La direction générale a comme mandat d'exécuter les résolutions du conseil d'administration reliées à la gestion de l'organisation, des services à la clientèle et des ressources matérielles et financières.

1.8.5 L'exécutif du conseil d'administration

Avant la réforme, l'exécutif du conseil d'administration était formé de cinq membres du conseil d'administration. Avec la réforme, la composition et le rôle de l'exécutif du conseil d'administration devront être étudiés et déterminés ultérieurement.

1.8.6 Les comités

Les comités sont des éléments structurels d'un type particulier. Chaque

comité est caractérisé : par la mission qui lui est confiée soit une mission d'information, de conseil ou de proposition d'action; par les membres qui le composent lesquels sont sélectionnés pour leur expertise et leur responsabilité dans l'organisation; par l'action de coordination qu'il favorise grâce aux échanges d'information et de répartition des efforts entre chacun des membres. Le comité le plus répandu dans les centres hospitaliers est le comité de gestion : il est normalement composé des cadres supérieurs et présidé par le directeur général. Il traite de l'ensemble des problèmes nécessitant un échange de vue et une coordination au sommet de l'organisation.

Nous remarquons que l'organigramme (cf. figure 5) présente plusieurs comités placés sous le CMDP (conseil des médecins, dentistes et pharmaciens). Ils sont situés directement sous le conseil d'administration. Ils sont issus de différents services et court-circuitent complètement la hiérarchie de l'organisation. Nous y observons également un grand nombre d'unités opérationnelles.

Conclusion

La description sommaire de l'organisation nous permet de mieux nous situer par rapport à la réalité de notre projet. Les éléments reliés au centre hospitalier nous permettent d'avoir une image organisationnelle plus riche, de reconnaître les principaux acteurs du système et d'appréhender la dynamique des échanges au sein d'une telle organisation.

CHAPITRE 2

PROBLÉMATIQUE

CHAPITRE 2

PROBLÉMATIQUE

Introduction

Notre problématique de recherche se situe au sein de l'unité de chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. C'est à partir de notre expérience, du vécu des différents intervenants et du personnel des divers services impliqués que nous avons relevé les dysfonctions dans le processus de la chirurgie d'un jour. En effet, certains inconforts existent dans la situation actuelle et des symptômes justifient, à notre avis, la pertinence et l'importance de notre recherche. C'est à partir des faits d'expérience que nous décrirons la situation telle qu'elle existe présentement (portrait) afin de bien comprendre ce qui se passe réellement dans l'établissement. Nous verrons aussi les attentes des intervenants impliqués lesquels sont en constante interrelation dans le processus de la chirurgie d'un jour. Nous expliquerons le processus de la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos comprenant toutes les étapes que l'usager doit franchir avant que son intervention chirurgicale soit terminée. Aussi, nous relèverons certaines variables qui influent sur les interventions pratiquées par une unité de chirurgie d'un jour dans un centre hospitalier. Enfin, nous verrons l'évolution de la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos et quelques statistiques viendront l'appuyer.

Notre problème de recherche se conçoit comme un écart entre la réalité et

ce que nous jugeons désirable dans la performance attendue du système de chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. Nous étudions ici les voies et moyens pour atténuer cet écart afin d'en arriver à une performance accrue. L'objectif général de notre recherche est de proposer un schéma organisationnel quant à la réorganisation de la chirurgie d'un jour et d'amener un changement planifié à cet égard au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. Les objectifs spécifiques de l'étude rejoignent le genre de transformation que nous désirons effectuer pour un meilleur fonctionnement nous conduisant vers une étude de faisabilité qui viendra confirmer ou infirmer la pertinence de proposer une nouvelle réorganisation de la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos.

La chirurgie d'un jour est une chirurgie élective qui requiert les facilités d'un bloc opératoire et elle est pratiquée chez un usager qui nécessite une surveillance professionnelle en phase postopératoire immédiate mais dont la récupération rapide permet un retour à domicile le jour même de l'intervention chirurgicale.

L'émergence de mesures de nature à remplacer l'hospitalisation ont été favorisées principalement par l'évolution de nouvelles technologies, la notion de responsabilisation des personnes et la situation budgétaire. La chirurgie d'un jour s'inscrit parmi ces mesures qui permettent d'éviter l'hospitalisation et ce, grâce aux progrès réalisés dans le domaine des techniques anesthésiques et chirurgicales.

Les récentes annonces dans le secteur de santé affectent de nombreux

établissements au Québec et un nouveau contexte se dessine peu à peu. Compte tenu des enjeux qui attendent le réseau de la santé et des services sociaux, le Ministère, en collaboration avec les régies régionales, ont eu à préciser des indicateurs de gestion nécessaires pour assurer le suivi de la réalisation de la démarche du Défi <Qualité-Performance> et par exemple, il est cité : *"Objectif - Remplacement des services d'hospitalisation par des services en chirurgie ou en médecine d'un jour."* [2] En effet, de nouveaux défis attendent les administrateurs d'établissements de santé : *"La pression sur la réduction des coûts d'opération et l'augmentation de la productivité, les budgets à la baisse, la fusion de plusieurs établissements sont parmi les principaux facteurs qui ont une influence sur la gestion des établissements."* [3] Les établissements, dans un tel contexte, doivent obligatoirement s'interroger sur leur mode de gestion. Le défi de la qualité et de la performance en milieu hospitalier passe notamment par une modification de certaines pratiques médico-hospitalières et un recours plus grand à des pratiques alternatives à l'hospitalisation et constitue, selon l'AHQ (1993), une piste prometteuse en vue d'une utilisation plus pertinente et plus efficiente des lits.

Selon le MSSS (1995), au Québec, presque tous les centres hospitaliers ont des activités en chirurgie d'un jour. Cependant, la majorité d'entre eux peuvent encore développer la chirurgie d'un jour de façon à ce que certains actes chirurgicaux qui nécessitent traditionnellement une hospitalisation puissent être

---

[2] Réforme Action, volume 2, numéro 3, mai 1994-juillet 1994

[3] Gestion Santé, volume 1, numéro 1, septembre 1995

dispensés plus rapidement.

2.1 Symptômes et problématique générale

Nous présenterons une description sommaire des événements tels qu'ils sont vécus et perçus par les personnes impliquées dans le processus de la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos.

Plusieurs symptômes justifient l'importance et la pertinence de notre problématique. Le fonctionnement de la chirurgie d'un jour touche plusieurs intervenants internes de l'organisation et leurs insatisfactions sont parmi les principaux éléments-déclencheurs. Nous tenterons d'énoncer clairement la situation présente afin de bien comprendre les rouages du processus de la chirurgie d'un jour et certaines dysfonctions y seront relevées.

Nous ressentons la nécessité d'atténuer l'écart de la performance de la chirurgie d'un jour qui existe entre une situation de départ et une situation d'arrivée désirable c'est-à-dire une situation satisfaisante pour les intervenants.

En effet, le processus actuel de la chirurgie d'un jour, mis en application au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos le 20 février 1992, cause des insatisfactions chez les différents intervenants de l'établissement (au laboratoire, en imagerie médicale, au bloc opératoire, au département d'anesthésie, au département de

médecine-chirurgie, en électrocardiographie, au service des archives médicales, au service d'accueil et centre de rendez-vous, au niveau administratif) et chez l'usager.

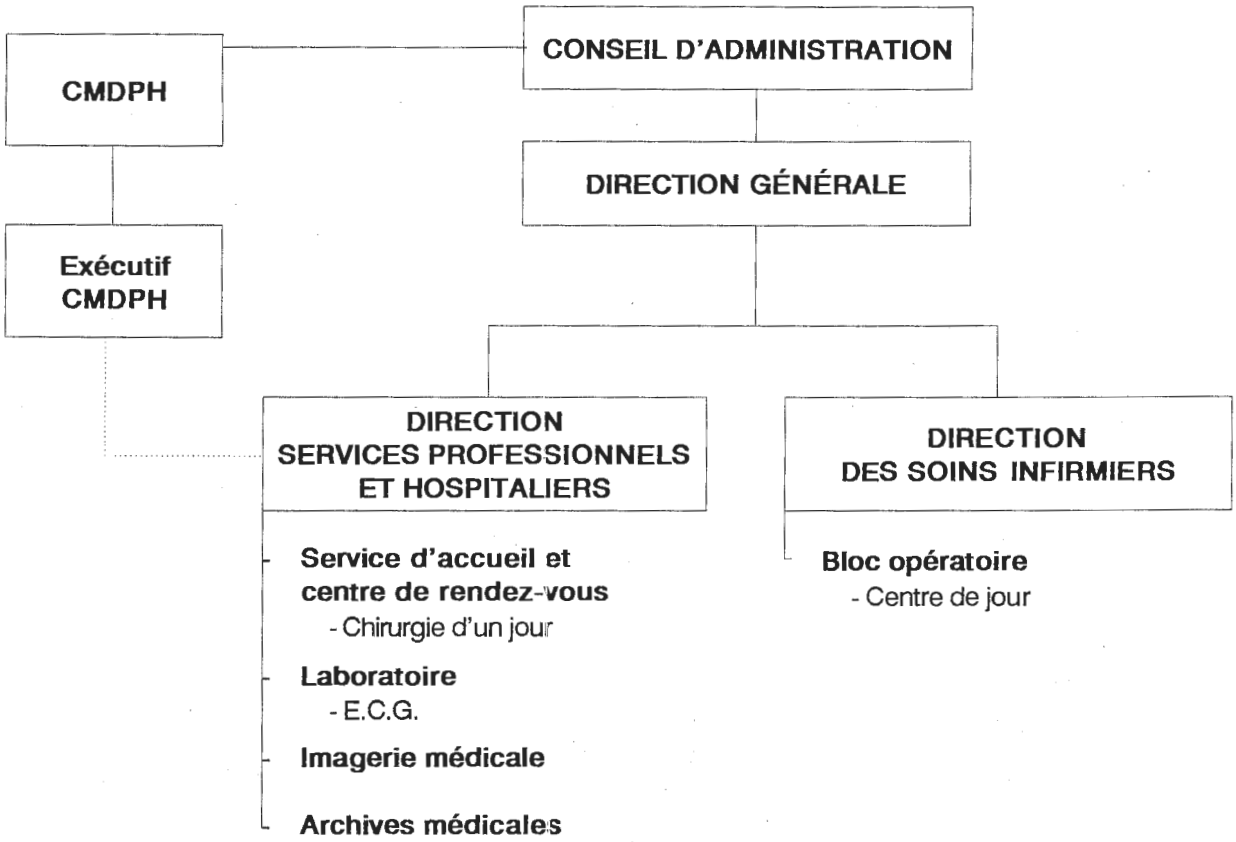
Dans notre travail, nous traiterons les attentes et les insatisfactions sous deux volets soit au niveau des intervenants du centre hospitalier et au niveau de l'usager, citoyen placé au centre de la réforme.

Actuellement, dans l'organisation, chaque intervenant déplore que ses attentes "bien particulières" face à la chirurgie d'un jour ne soient pas retenues. Certains intervenants ne se soucient guère de la procédure formelle de la chirurgie d'un jour. Voici, sommairement, les attentes de chacun lesquelles diffèrent souvent les unes des autres : certains visent une meilleure planification des admissions en chirurgie d'un jour versus les hospitalisations et une efficience de la chirurgie d'un jour; d'autres veulent que les activités quotidiennes du personnel soient mieux réparties et planifiées; certaines personnes favorisent la centralisation du travail tandis que d'autres s'y opposent; quelques-uns craignent une perte de pouvoir ou de liberté d'action; l'usager, lui, se sent bousculé dans le système car il doit se présenter au centre hospitalier à plusieurs reprises avant son intervention chirurgicale. De plus, la confirmation de admission en chirurgie d'un jour lui est signifiée la veille seulement de l'intervention chirurgicale et elle est souvent annulée ou retardée.

Avant d'aller plus loin dans notre démarche, nous allons, à la figure 6, situer

Figure 6

Intervenants de la chirurgie d'un jour
Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos - 1992-1993



1994-09-21 Carmen Fournier

les intervenants dans l'organisation de la chirurgie d'un jour car une bonne compréhension du fonctionnement du système s'impose.

Nous tenons à préciser que certains secteurs dans l'organisation de la chirurgie d'un jour relèvent d'un service ou d'une unité de soins. Par exemple, la chirurgie d'un jour et le centre de rendez-vous relèvent du service d'accueil et du centre de rendez-vous tandis que l'électrocardiographie relève du laboratoire et le centre de jour du bloc opératoire. De plus, nous remarquons aussi que les services et l'unité de soins relèvent de directorats différents, ce qui, à notre avis, peut devenir une source de conflit au niveau de l'autorité quant à l'application de la procédure de la chirurgie d'un jour à cause des volets administratif et clinique.

Nous allons maintenant décrire, le plus objectivement possible, les attentes et les insatisfactions des différents intervenants de la chirurgie d'un jour y compris celles de l'usager. Les renseignements ont été recueillis lors d'entrevues ouvertes. Au moment de la cueillette de données, nous étions responsable du service d'accueil et du centre de rendez-vous au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. Le recueil d'informations sur le processus de la chirurgie d'un jour a été fait en collaboration avec les différents intervenants impliqués au centre hospitalier. Suite aux données recueillies, un retour (*"feed-back"*) a été fait auprès des intervenants afin d'amorcer des prises de conscience, des pistes de solutions aux problèmes diagnostiqués et de recueillir des données qualitatives qui nuancent, modifient, confirment les interprétations des informations reçues. En effet, en tant que

responsable du service d'accueil et centre de rendez-vous, les interactions avec les différents intervenants de la chirurgie d'un jour étaient constantes et se faisaient le plus souvent verbalement. Les intervenants et les employés du centre hospitalier pouvaient venir nous rencontrer et nous pouvions les rencontrer avec ou sans rendez-vous afin de discuter du processus de la chirurgie d'un jour. Étant donné que les compte-rendus ou procès-verbaux de ces rencontres ne sont pas disponibles, nous avions dès lors une difficulté quant à la validation de ces données. Nous croyons que le fait que nous ne sommes plus à l'emploi du centre hospitalier n'enlève pas l'ambiguïté face au double rôle que nous avions à assumer à cette époque. Alors l'outil de validation qui nous apparaissait le mieux approprié, à ce moment-ci, était que le texte soit soumis pour validation auprès du coordonnateur des services professionnels et hospitaliers au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. Nous lui avons fait parvenir ledit texte afin qu'il confirme le contenu ou qu'il y apporte des modifications. Nous lui avons demandé de revoir les informations afin de cerner certaines dimensions qui auraient pu nous échapper. Mentionnons que les informations à valider se rapportent aux années 1991-1992 et 1992-1993. Certes, il aurait été pertinent de faire valider aussi le texte par les acteurs qui oeuvraient au centre hospitalier au moment de notre recherche, mais à cause du temps qui s'est écoulé depuis, certains ont quitté l'établissement et d'autres travaillent dans un autre service. Ceci nous amène à percevoir une faiblesse à ce niveau, mais malgré cela, nous croyons que l'image de la réalité demeure réaliste.

Nous allons, dans les pages qui suivent, décrire la vision de la réalité des

principaux acteurs de la chirurgie d'un jour au centre hospitalier.

Les administrateurs - Dans l'organisation souhaitée de la chirurgie d'un jour, les administrateurs entrevoient des avantages soit : des économies de temps et d'argent, une meilleure répartition des interventions chirurgicales, une meilleure utilisation des lits et un meilleur service à la clientèle. Ils s'interrogent sur l'organisation de la chirurgie de jour car, selon certaines statistiques 1992-1993, il ressort que les lits réservés à la chirurgie d'un jour ne sont pas occupés d'une façon régulière (cf. tableau 1). Il faut se rappeler que certains coûts peuvent être rattachés à la non performance de la chirurgie d'un jour.

Dans ce tableau, les journées marquées d'un "x" signifient que le service de la chirurgie d'un jour est fermé (congés fériés obligatoires) et les journées marquées d'un "-" signifient qu'elles sont situées en dehors de l'année financière de référence (journées exclues au calcul de la moyenne). Pour qu'il soit plus facile de comparer les journées les unes par rapport aux autres, nous avons fait une moyenne des admissions en chirurgie d'un jour par journée de calendrier (du lundi au vendredi inclusivement). À la lumière de ces données, nous constatons qu'il y a irrégularité dans la répartition des admissions de chirurgie d'un jour et, certains jours, il y a peu d'admissions en chirurgie d'un jour. Nous avons une moyenne de 13,98 admissions en chirurgie d'un jour les mercredis et 13,06 les vendredis; par contre, nous retrouvons une moyenne de 9,53 les jeudis, de 7,7 les mardis et de 5,46 les lundis (cf. figure 7). À notre avis, cette irrégularité dénote une planification et une

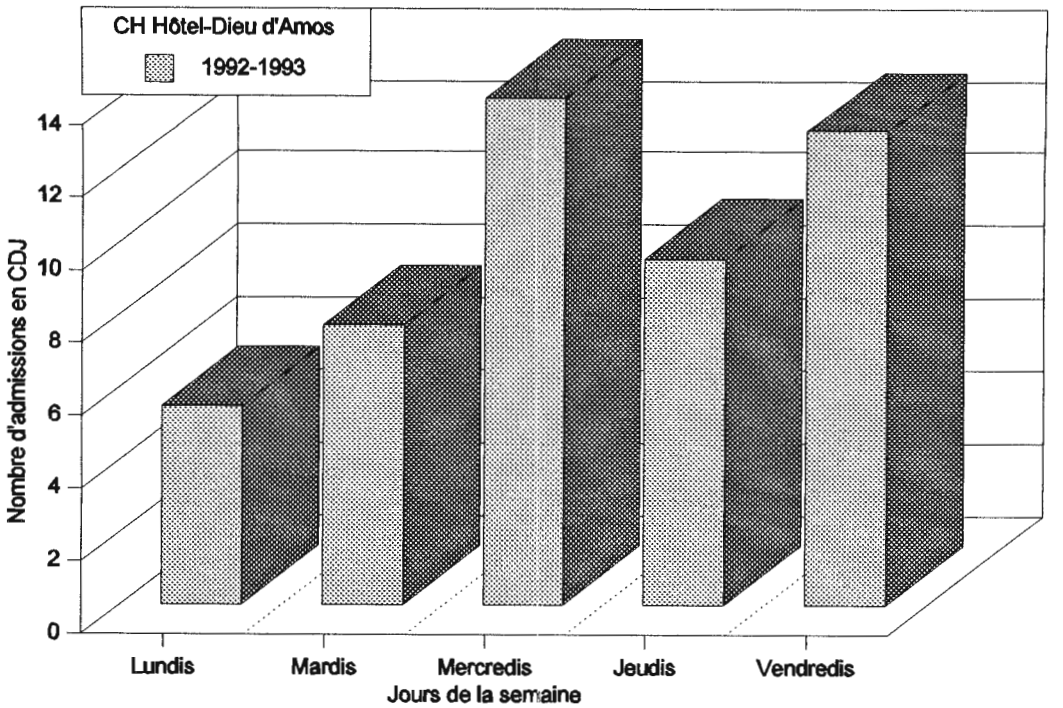
Tableau 1

Nombre d'admissions en chirurgie d'un jour Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos
Année financière 1992-1993

JOUR / ANNÉE 1992-1993	L	M	M	J	V
1, 2, 3 avril 1992	-	-	9	9	16
6, 7, 8, 9, 10 avril	3	9	12	5	16
13, 14, 15, 16, 17 avril	5	6	16	16	x
20, 21, 22, 23, 24 avril	x	8	11	11	10
27, 28, 29, 30 avril, 1er mai	8	7	23	4	12
4, 5, 6, 7, 8 mai	13	7	15	11	17
11, 12, 13, 14, 15 mai	6	12	14	11	14
18, 19, 20, 21, 22 mai	x	5	9	22	14
25, 26, 27, 28, 29 mai	7	7	11	8	18
1, 2, 3, 4, 5 juin	8	11	21	17	17
8, 9, 10, 11, 12 juin	9	5	9	12	13
15, 16, 17, 18, 19 juin	13	7	12	12	17
22, 23, 24, 25, 26 juin	8	6	x	7	14
29, 30 juin, 1, 2, 3 juillet	10	1	15	10	1
6, 7, 8, 9, 10 juillet	7	3	12	5	12
13, 14, 15, 16, 17 juillet	0	2	13	7	7
20, 21, 22, 23, 24 juillet	7	7	9	4	4
27, 28, 29, 30, 31 juillet	1	6	13	4	12
3, 4, 5, 6, 7 août	4	3	13	5	10
10, 11, 12, 13, 14 août	5	5	12	2	7
17, 18, 19, 20, 21 août	0	9	14	2	14
24, 25, 26, 27, 28 août	14	3	17	6	12
31 août, 1, 2, 3, 4 septembre	10	5	15	9	14
7, 8, 9, 10, 11 septembre	x	9	8	10	10
14, 15, 16, 17, 18 septembre	3	2	7	3	6
21, 22, 23, 24, 25 septembre	5	3	12	8	5
28, 29, 30 septembre, 1, 2 octobre	6	6	9	14	9
5, 6, 7, 8, 9 octobre	2	7	25	7	5
12, 13, 14, 15, 16 octobre	x	5	11	6	20
19, 20, 21, 22, 23 octobre	12	20	16	12	20
26, 27, 28, 29, 30 octobre	2	6	11	16	7
2, 3, 4, 5, 6 novembre	3	12	14	8	7
9, 10, 11, 12, 13 novembre	5	11	19	10	17
16, 17, 18, 19, 20 novembre	6	7	14	10	13
23, 24, 25, 26, 27 novembre	4	9	14	11	14
30, 1, 2, 3, 4 décembre	2	8	10	19	20
7, 8, 9, 10, 11 décembre	10	8	16	12	11
14, 15, 16, 17, 18 décembre	8	20	14	11	16
21, 22, 23, 24, 25 décembre	3	1	x	x	x
28, 29, 30, 31, 1er janvier 1993	x	x	x	x	x
4, 5, 6, 7, 8 janvier	1	6	10	7	15
11, 12, 13, 14, 15 janvier	4	5	11	6	17
18, 19, 20, 21, 22 janvier	1	11	17	10	18
25, 26, 27, 28, 29 janvier	6	8	10	11	11
1, 2, 3, 4, 5 février	2	9	16	7	16
8, 9, 10, 11, 12 février	6	12	9	23	18
15, 16, 17, 18, 19 février	9	12	11	9	11
22, 23, 24, 25, 26 février	1	7	13	2	21
1, 2, 3, 4, 5 mars	x	x	x	x	x
8, 9, 10, 11, 12 mars	2	15	12	16	14
15, 16, 17, 18, 19 mars	5	8	13	12	12
22, 23, 24, 25, 26 mars	2	10	7	8	23
29, 30, 31 mars 1993	3	14	12	-	-
TOTAL 2 366					

Source : Archives médicales, Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos, 1992-93

Figure 7
MOYENNE D'ADMISSIONS CDJ PAR JOUR



coordination déficientes au niveau de la chirurgie d'un jour.

Le système actuel de la chirurgie de jour a un impact monétaire important puisque le même personnel est en poste qu'il y ait, durant la journée, une ou vingt-trois (23) admissions en chirurgie d'un jour.

Le secrétariat de la chirurgie de jour - Il est important de rappeler, ici, que nous étions responsable du service d'accueil et centre de rendez-vous et nous avions sous notre responsabilité le secrétariat de la chirurgie d'un jour donc nous sommes en mesure de préciser le contexte dans lequel se situe la chirurgie d'un

jour. Tous les rapports des analyses et des examens des usagers en attente d'une intervention en chirurgie d'un jour doivent être compilés au secrétariat de la chirurgie d'un jour. Lesdits rapports ne sont pas tous acheminés au service d'accueil. Nous avons vérifié plusieurs dossiers et nous constatons que plusieurs rapports se rendent directement aux archives médicales plutôt qu'au secrétariat de la chirurgie de jour. De plus, le personnel du secrétariat de la chirurgie d'un jour vit une insécurité face à son emploi à temps partiel (20 heures par semaine) puisque souvent, le travail est plutôt à la baisse. Et pour combler ces temps inoccupés, on s'associe au personnel du service d'accueil et du centre de rendez-vous afin de les aider dans leur travail quotidien.

L'électrocardiographie - Le test d'ECG de l'usager devrait se faire quelques jours avant l'intervention chirurgicale. Ce test est obligatoire pour toutes les personnes de plus de quarante (40) ans. Pourtant, certains individus arrivent le matin même de l'intervention, sans que le test soit fait et tout le programme d'ECG est débalancé par un test ou plusieurs tests non planifiés qui leur arrivent à la dernière minute. Le service d'ECG suggère une planification avec rendez-vous.

Le laboratoire - Le personnel du laboratoire désire éviter les analyses de dernière minute, le matin même de l'opération, puisque ceci occasionne un surcroît de travail et provoque du retard dans le travail du jour. Lorsque les analyses sont faites durant les heures régulières, le personnel est en nombre suffisant pour répondre à la demande mais parce que les rapports des analyses ne sont pas

acheminés au secrétariat de la chirurgie d'un jour, ceci implique que les analyses doivent être refaites le matin même de l'opération entraînant ainsi des pertes de temps et des coûts additionnels pour le centre hospitalier. Le chef de service du laboratoire espère un meilleur contrôle des analyses préopératoires pour la chirurgie d'un jour.

L'imagerie médicale - Le personnel a les mêmes attentes que le laboratoire et vit les mêmes problèmes quant aux examens concernant la chirurgie d'un jour. Le chef de service souhaite que des rendez-vous soient fixés d'avance afin de mieux partager quotidiennement le flux des usagers.

Le bloc opératoire - Le chef de service désire la centralisation du travail au service d'accueil. L'avantage principal sera d'alléger la tâche de leur réceptionniste qui doit, entre autres : téléphoner à l'usager pour l'aviser de la date et l'heure de l'opération; lui donner les instructions appropriées; préparer les documents médicaux requis. De plus, certains contrôles du dossier de l'usager concernant la chirurgie d'un jour pourraient être faits ailleurs qu'au bloc opératoire.

Les anesthésistes - Ils rencontrent les usagers entre deux interventions chirurgicales. Leur disponibilité est restreinte. Ils sont débordés par les visites pré-anesthésiques aléatoires et ils se questionnent sur le bien-fondé d'avoir un système de rendez-vous pour ces visites.

Le service d'accueil - Le chef du service d'accueil oriente ses efforts afin que le processus de la chirurgie d'un jour soit fonctionnel, que tous les intervenants exécutent leurs tâches selon les procédures établies, qu'une analyse approfondie du processus soit faite ultérieurement pour organiser, de façon satisfaisante, le service de chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. Les ressources humaines, financières et matérielles étant restreintes, il est impossible de répondre aux attentes de tous les intervenants à ce moment-ci.

Les archives médicales - Le personnel perd du temps à chercher certains rapports suite à des analyses ou des examens requis pour la chirurgie d'un jour. Ils sont demandés, le plus souvent, par le personnel du bloc opératoire, le matin même de l'intervention chirurgicale. Ces rapports devraient être classés au secrétariat de la chirurgie de jour mais ils n'y sont pas.

Les professionnels - Dans une bureaucratie professionnelle, les professionnels aiment gérer leur temps et leurs actions d'une façon autonome. Dans les centres hospitaliers, pour plusieurs, la logique administrative s'oppose à la logique médicale. Les professionnels s'identifient davantage à leur profession (médecins, dentistes, pharmaciens, infirmiers, etc.) qu'à l'organisation pour laquelle ils travaillent. Les administrateurs, avec leurs politiques et procédures, viennent limiter, dans un sens, leurs actions.

Les usagers - Ils considèrent souvent la démarche longue et fastidieuse

lorsqu'ils n'ont pas leurs réquisitions pour leurs analyses ou leurs examens parce qu'ils ne les ont pas reçues. Ils apprécieraient être appelés au moins deux à trois jours d'avance et non la veille de l'intervention chirurgicale. Souvent, ils doivent attendre plusieurs heures avant de rencontrer l'anesthésiste qui est en salle d'opération et qui ne peut se libérer avant la fin de l'intervention chirurgicale en cours. Ils sont aussi insatisfaits par rapport à l'attente avant d'être admis en chirurgie d'un jour et aux nombreuses visites à faire au centre hospitalier avant que l'intervention chirurgicale se fasse.

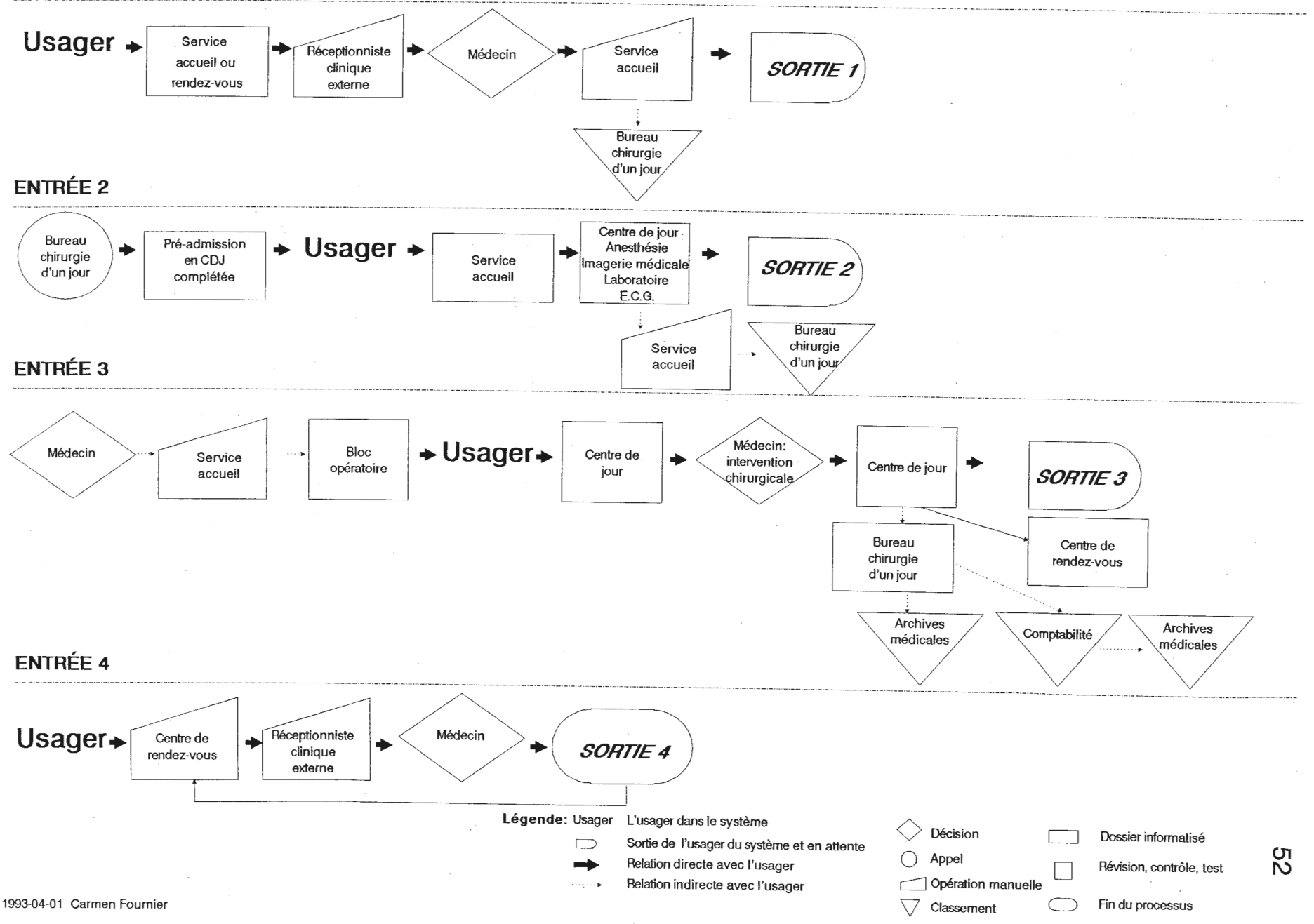
Nous avons modélisé toutes les étapes du processus de la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos (cf. figure 8). C'est à partir des symboles utilisés dans les diagrammes de fonctionnement de divers auteurs (Harrington, 1994; Kélada, 1991; Innovexcel Consultants inc., 1993; Laflamme et Baillargeon, 1992) que nous avons déterminé ceux que nous utiliserons (cf. annexe 1). La démarche est représentée à partir du moment où l'usager entre dans le système de la chirurgie d'un jour jusqu'à sa sortie. Nous identifierons les différents services et intervenants de la chirurgie d'un jour qui sont en interrelation afin d'offrir ce service à la clientèle.

Entrée 1 - L'*usager* se présente au *service d'accueil* ou au *centre de rendez-vous* afin de compléter son inscription; il est référé à la *réceptionniste* de la clinique externe; ensuite, il est appelé pour sa consultation médicale avec le *médecin*. L'usager doit subir une intervention chirurgicale en chirurgie d'un jour, le médecin

Figure 8

Modélisation de la démarche de l'usager de l'entrée à sa sortie en chirurgie d'un jour et les intervenants

Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos - 1992-1993



1993-04-01 Carmen Fournier

le réfère au *service d'accueil* afin qu'il remette sa demande d'admission de chirurgie d'un jour. L'usager est avisé des procédures d'admission de chirurgie d'un jour et retourne à la maison (**sortie 1**). Le service d'accueil fait parvenir les documents de chirurgie d'un jour au *secrétariat de la chirurgie d'un jour.*

Entrée 2 - À partir d'une procédure établie, le personnel du *secrétariat de la chirurgie d'un jour* communique par téléphone avec l'*usager*, complète son dossier de pré-admission, lui transmet les instructions concernant ses analyses et ses examens préopératoires. Le jour où l'usager doit passer ses analyses et ses examens, il se présente au *service d'accueil* pour compléter son inscription préopératoire. Le personnel du service d'accueil dirige l'usager au *centre de jour* où d'autres formulaires seront ajoutés à son inscription préopératoire, puis il est dirigé aux services d'*anesthésie*, d'*imagerie médicale*, de *laboratoire* et d'*électro-cardiographie*. Après ses analyses et ses examens, l'usager retourne à la maison (**sortie 2**). Les services d'anesthésie, d'imagerie médicale, de laboratoire et d'électrocardiographie font parvenir les rapports des analyses ou des examens au *service d'accueil* qui les achemine au *secrétariat de la chirurgie d'un jour*; le dossier médical de l'usager pour la chirurgie d'un jour est préparé et classé en attendant la date de l'admission.

Entrée 3 - Le *médecin* se présente au *service d'accueil* et remet la liste des admissions en chirurgie d'un jour qu'il désire pour son programme opératoire du lendemain. Le personnel du service d'accueil porte les demandes de chirurgie d'un

jour au *bloc opératoire*. La réceptionniste du bloc opératoire téléphone à l'usager et lui fixe un rendez-vous pour son intervention chirurgicale. Le lendemain, l'usager se présente directement au *centre de jour* où il est préparé pour son opération. L'usager est amené à la salle d'opération où le *médecin* l'attend. À la fin de son intervention chirurgicale, l'usager passe quelques heures au *centre de jour* avant de retourner à la maison (**sortie 3**). Le personnel du centre de jour prend un rendez-vous de contrôle (suivi) pour l'usager au *centre de rendez-vous*, fait parvenir au *secrétariat de la chirurgie de jour* l'AH-280B (cf. annexe 2) c'est-à-dire le formulaire d'inscription où les détails de l'intervention chirurgicale sont décrits par le médecin. L'admission de chirurgie d'un jour est complétée à l'informatique, le formulaire AH-280B est alors acheminé aux *archives médicales* tandis que l'admission de chirurgie d'un jour est envoyée au service de *comptabilité*. Après la cueillette des données, le personnel de la comptabilité fait parvenir l'admission de chirurgie d'un jour aux archives médicales pour vérification, codification et classement au *dossier médical* de l'usager.

Entrée 4 - L'*usager* se présente au *centre de rendez-vous* à la date et l'heure fixées pour son suivi et son inscription externe est complétée. Il est référé à la *réception de la clinique externe*, ensuite il rencontre le *médecin*, et retourne à la maison (**sortie 4**). Le médecin peut aussi demander à l'usager de prendre un autre rendez-vous pour une visite subséquente, si nécessaire.

L'usager est le point central dans le service de la chirurgie d'un jour. Nous

constatons que l'usager entre et sort du système à trois, quatre ou cinq reprises selon les différentes étapes de la chirurgie d'un jour. Nous remarquons aussi que le service d'accueil a une relation directe avec tous les intervenants du dossier. Des rapports informatisés pour fins de statistiques concernant la chirurgie d'un jour sont fournis quotidiennement par le service d'accueil aux archives médicales, à la comptabilité et aux administrateurs ou aux professionnels lorsque requis.

Nous retrouvons donc le concept "service" à la clientèle c'est-à-dire que l'usager se présente parce qu'il est malade jusqu'au moment où il en sort guéri. Et, nous avons le concept "organisation" de la chirurgie de jour c'est-à-dire comment on s'organise pour traiter et guérir l'usager. Plusieurs intervenants s'articulent autour du fonctionnement de la chirurgie d'un jour et c'est grâce au travail de chaque département ou service impliqué dans ce dossier que la chirurgie d'un jour peut répondre à la demande.

Par ces énoncés, nous constatons que le processus de la chirurgie d'un jour ne rejoint pas les attentes des intervenants et de l'usager. Chaque intervenant se sent un peu ou prou lésé selon que les administrateurs du centre hospitalier ont retenu ou non les besoins exprimés.

La chirurgie d'un jour constitue actuellement une préoccupation chez les praticiens, les administrateurs et les intervenants.

2.2 Problème de recherche

Notre problème de recherche se conçoit comme un écart entre la réalité perçue et la performance souhaitée dans le système de la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. Nous voulons atténuer cet écart perçu entre ce que nous savons, que nous jugeons insatisfaisant, et ce que nous devrions avoir, que nous jugeons désirable.

Notre problème de recherche se situe au coeur même du fonctionnement de la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos.

Notre problème de recherche émerge des symptômes que nous avons relevés précédemment soit : le mécontentement et l'insatisfaction des intervenants de la chirurgie d'un jour, la situation conflictuelle au niveau de l'autorité quant à l'application de la procédure de chirurgie d'un jour, les attentes qui diffèrent d'un intervenant à un autre, les fluctuations importantes dans le nombre d'arrivées en chirurgie d'un jour, la non application de la procédure de la chirurgie d'un jour par certains intervenants et les plaintes de la clientèle concernant les attentes et les nombreuses visites au centre hospitalier avant de subir l'intervention chirurgicale.

Il y a des coûts importants rattachés à la non-qualité de la chirurgie d'un jour. Selon Kélada (1991), l'on observe partout autour de nous de la non-qualité, tant dans le secteur privé que dans le secteur public ou para-public :

> *La qualité n'est pas l'effet du hasard; elle doit être gérée. Tout comme la gestion en général, la gestion de la qualité est un ensemble d'activités ayant pour but de définir et réaliser un certain nombre d'objectifs, par une utilisation optimale de ressources disponibles... La qualité est importante; on le dit, on le clame, on l'affirme, on le crie sur tous les toits. On n'a besoin de convaincre personne, tout le monde semble d'accord là-dessus... Malgré toutes ces affirmations, malgré les résultats de divers sondages et entrevues où la qualité ressort comme étant une préoccupation majeure, on observe partout autour de nous de la non-qualité, tant dans l'industrie que dans les services, tant dans le secteur privé que dans le secteur public ou para-public... Malgré que, généralement, personne ne produit sciemment et volontairement de la non-qualité, celle-ci est pourtant partout... Plusieurs experts ont estimé que la non-qualité entraîne des coûts...* (Kélada, 1991)

Le centre hospitalier est souvent confronté à une forte pression de la demande de lits en médecine provenant de l'urgence, à des débordements fréquents d'usagers traités en médecine affectés dans des lits de chirurgie, à des annulations de certaines interventions chirurgicales planifiées, à des listes d'attente importantes pour certains types de chirurgies, et à des perspectives quasi-inexistantes à l'ajout de lits en médecine et en chirurgie. Ces faits amènent des choix difficiles auxquels sont confrontés quotidiennement les médecins qui doivent répondre à une clientèle croissante et plus lourde, avec des ressources hospitalières limitées. On s'interroge de plus en plus sur la nécessité de rechercher divers moyens pour pouvoir satisfaire une demande croissante à même les lits existants. La possibilité d'une meilleure utilisation de l'unité de chirurgie d'un jour et ainsi accroître la satisfaction de la demande en soins chirurgicaux hospitaliers suscite un intérêt certain.

2.2.1 L'objectif général

L'objectif général de notre recherche est de présenter, aux administrateurs du Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos, une nouvelle réorganisation de la chirurgie d'un jour afin d'atténuer l'écart entre ce qui existe présentement et ce qui est souhaité et ce, à partir d'un changement planifié, d'un projet partagé avec les administrateurs et les médecins.

Nous désirons suppléer aux dysfonctions de la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. Nous croyons qu'en réorganisant le processus de la chirurgie d'un jour, à la satisfaction des usagers et des intervenants, nous pourrions régler ce problème et arriver à une meilleure gestion des lits, une meilleure rentabilité, une chirurgie d'un jour plus efficace et efficiente, un meilleur fonctionnement dans les services et un meilleur service à la clientèle.

2.2.2 Les objectifs spécifiques de l'étude

Notre projet de recherche sur l'unité de chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos se veut une proposition de changement dans le processus de la chirurgie d'un jour pour un meilleur fonctionnement. En effet, nous désirons apporter un changement planifié dans un projet partagé (administrateurs-médecins) pour un meilleur fonctionnement et une meilleure utilisation de la chirurgie d'un jour et ce, à la satisfaction de l'usager, des intervenants et de

l'administration. Nous croyons que c'est par une étude de faisabilité que nous parviendrons à confirmer ou à infirmer la pertinence de proposer une nouvelle réorganisation de la chirurgie d'un jour.

Plus précisément, nous désirons apporter un changement tout d'abord au processus de la chirurgie d'un jour en proposant un schéma organisationnel de la coordination de la chirurgie d'un jour et ses principaux éléments, ensuite nous désirons susciter l'intérêt des administrateurs afin qu'ils développent davantage l'utilisation de la chirurgie d'un jour dans leur établissement et nous préciserons quels gains peuvent en découler pour l'usager, les intervenants, les médecins et les gestionnaires. L'étude de faisabilité viendra démontrer la pertinence de proposer une amélioration du processus de la chirurgie d'un jour au centre hospitalier et l'importance d'une meilleure utilisation de la chirurgie d'un jour. Et puisque que l'implication d'un changement passe essentiellement par l'adhésion des principaux acteurs, nous parlerons d'une stratégie possible pour réussir le changement.

Conclusion

Nous croyons que notre recherche sur la chirurgie d'un jour est d'actualité et répond à un besoin ponctuel car la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos fait partie du quotidien des acteurs. Certains inconforts et certaines dysfonctions existent dans le processus de la chirurgie d'un jour et nous croyons être en mesure d'améliorer le processus de chirurgie d'un jour à la satisfaction de

l'usager, des intervenants et des administrateurs. En effet, nous voyons la nécessité d'atténuer l'écart de la performance de la chirurgie d'un jour entre la situation actuelle et la situation désirée.

Nous avons retenu trois concepts dans le cadre de cette recherche soit la chirurgie d'un jour, l'étude de faisabilité et le changement organisationnel. C'est au chapitre suivant que ces différents concepts seront discutés à la lumière de la vision des différents auteurs.

CHAPITRE 3

CONCEPTS RETENUS : RECENSEMENTS DES ÉCRITS PERTINENTS ET DÉFINITIONS

CHAPITRE 3

CONCEPTS RETENUS : RECENSEMENT DES ÉCRITS PERTINENTS ET DÉFINITIONS

Introduction

Un concept n'est pas la réalité elle-même mais une structure mentale réunissant certaines caractéristiques constantes de cette réalité. Les concepts que nous avons retenus sont la chirurgie d'un jour, l'étude de faisabilité et le changement organisationnel. Ces concepts nous semblent pertinents et il nous aideront à mieux aborder la réalité.

La chirurgie d'un jour a été identifiée comme une problématique d'intérêt dans deux centres hospitaliers pilotes au Québec. Les médecins desdits établissements ont tenté d'éclaircir cette problématique à l'aide des banques de données existantes au niveau local et provincial et ce, dans le cadre du projet OPTIMAH (Optimisation de l'Information pour le Monitoring de l'Activité Hospitalière) qui fut mis en oeuvre par l'Association des hôpitaux du Québec avec le support du ministère de la Santé et des Services sociaux. Un rapport traite de l'expérience des centres hospitaliers pilotes qui ont choisi de réaliser une démarche d'appréciation du potentiel de développement en chirurgie d'un jour à l'aide du fichier MED-ÉCHO.

La chirurgie d'un jour compte parmi les ressources à remplacer

l'hospitalisation. Au Québec, presque tous les centres hospitaliers offrent des services de chirurgie d'un jour. Cependant, la qualité des services offerts à la population doit par ailleurs demeurer prioritaire. Cela signifie donc que l'on doit répondre aux besoins des usagers en leur proposant des services plus accessibles que ceux offerts actuellement. Les services doivent être répartis de façon plus équitable et doivent être plus adaptés à la nature des besoins. Il faut enfin que ces services fassent l'objet d'une plus grande continuité et d'un meilleur suivi. De plus, l'exigence de la performance accrue de la chirurgie d'un jour doit se traduire dans la recherche de la pertinence par des interventions adaptées aux besoins des personnes, de l'efficacité par la capacité des ressources de produire le résultat attendu, ainsi que de l'efficience par la combinaison des ressources les moins coûteuses des services offerts.

En ce sens, nous enrichirons le concept de la chirurgie d'un jour à partir de la vision de différents auteurs afin d'obtenir une image riche du contexte. Cette revue de littérature nous permettra de voir ce qui existe déjà et ce qui se fait ailleurs. Nous retiendrons divers éléments qui nous permettront d'accroître la performance attendue dans un système de la chirurgie d'un jour. Et nous proposerons un schéma organisationnel de la coordination de la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos qui tiendra compte des différents éléments retenus.

Le schéma organisationnel proposé en regard de la chirurgie d'un jour est-il réalisable? Le concept de l'étude de faisabilité concerne la démarche à utiliser pour

confirmer ou infirmer la pertinence d'un projet. Dans notre travail de recherche, le schéma organisationnel proposé concernant la coordination de la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos est-il faisable?

C'est à partir d'un recensement des écrits sur les études de faisabilité que nous verrons les différentes approches ou méthodes pour analyser et pour évaluer les projets. Nous relèverons ce que les différents auteurs proposent comme composantes ou variables à considérer lors d'une étude de faisabilité. Parmi les différents outils proposés par les auteurs, nous dégagerons ceux qui nous semblent pertinents en regard du contexte dans lequel sera effectuée l'étude de faisabilité.

Enfin, l'étude de faisabilité terminée, elle viendra confirmer ou infirmer la faisabilité de notre projet c'est-à-dire la pertinence ou non de réorganiser le système de la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. Proposer aux administrateurs du centre hospitalier de réorganiser leur système de la chirurgie d'un jour les amène à envisager un changement dans l'organisation. Le changement organisationnel s'avère souvent un phénomène complexe pour les administrateurs.

C'est par un recensement des écrits sur le changement organisationnel que nous verrons la vision des différents auteurs, ce qu'ils proposent comme méthodes et outils en matière de gestion du changement et ce qu'ils relèvent comme étant les éléments-clés de succès. Ces différents éléments nous permettront de donner, aux

administrateurs, des pistes pour réussir le changement dans leur organisation.

3.1 Chirurgie d'un jour

La chirurgie d'un jour se retrouve dans le domaine des soins chirurgicaux. L'usager subit son intervention chirurgicale, récupère de façon sécuritaire et peut revenir à son domicile le jour même. Donc, on peut traiter en chirurgie d'un jour certaines clientèles qui étaient généralement hospitalisées pour une chirurgie élective.

Tout d'abord, nous présentons la vision des auteurs à travers les différents écrits sur le concept de la chirurgie d'un jour et de ses principales composantes ainsi que les faits d'expérience reconnus afin d'avoir une image riche du concept.

Le ministère de la Santé et Bien-être social (Canada, 1982) définit la chirurgie d'un jour comme un programme composé de certains éléments soit : les examens préparatoires à l'admission, les interventions chirurgicales et les traitements, le service où les usagers reçoivent des directives appropriées avant d'être admis et où ils ne séjournent que quelques heures, le système postopératoire organisé prévoyant une salle de réveil et une salle d'observation après le réveil, les services aussi bien par téléphone que sous forme de visites, la prise des mesures voulues concernant un suivi approprié ainsi que la poursuite des traitements.

En 1991, le ministère de la Santé et Bien-être social (Canada) définissait les programmes de chirurgie de jour comme des services hospitaliers structurés et organisés qui ont des protocoles pré et postopératoires. Des interventions chirurgicales et des actes diagnostiques et thérapeutiques non urgents y sont pratiqués. Les usagers reçoivent leur congé la journée même de leur admission. Aussi en 1995, le ministère de la Santé et des Services sociaux reprenait cette même définition de la chirurgie d'un jour.

L'AHQ (1992) définit la chirurgie d'un jour comme une chirurgie élective qui requiert les facilités d'un bloc opératoire. Elle est pratiquée sous une surveillance professionnelle en phase postopératoire immédiate mais dont la récupération rapide permet à l'usager un retour à domicile le jour même de l'intervention chirurgicale. Les différents éléments du programme y sont plutôt énoncés dans l'organisation d'un service de chirurgie d'un jour.

Les auteurs pré-cités sont d'avis que dans certains cas choisis avec soin, nous avons recourt de plus en plus à des interventions chirurgicales différées de jour plutôt qu'à l'hospitalisation. Les programmes de chirurgie d'un jour se sont révélés excellents du point de vue médical et économique. Outre le fait qu'ils sont pratiques pour les médecins, ces programmes sont généralement appropriés et acceptables aux yeux des usagers et de leur famille.

Les auteurs s'entendent pour dire qu'il existe un nombre de variables qui

influent sur les interventions pratiquées par un service de chirurgie d'un jour. L'importance de ces variables diffère suivant la structure physique du service et suivant l'expérience et les aptitudes que possède le personnel du service de chirurgie d'un jour.

Le ministère de la Santé et Bien-être social Canada (1982) précise l'importance de ne pas confondre la chirurgie d'un jour ou chirurgie différée d'un jour et les interventions chirurgicales d'urgence lors d'un bref séjour au centre hospitalier. L'AHQ (1992) fait une distinction entre la chirurgie d'un jour, la chirurgie ambulatoire et la chirurgie le même jour. La chirurgie d'un jour est une chirurgie élective qui requiert les facilités d'un bloc opératoire, qui nécessite une surveillance professionnelle en phase postopératoire immédiate mais dont la récupération rapide de l'usager permet un retour à domicile le jour même de l'intervention chirurgicale. La chirurgie ambulatoire est une chirurgie élective qui est pratiquée le plus souvent hors du bloc opératoire (par exemple, en clinique externe) chez un usager qui nécessite peu ou pas de surveillance professionnelle en phase postopératoire immédiate et qui permet à l'usager de regagner son domicile dans les minutes qui suivent l'intervention chirurgicale. La chirurgie le même jour est une chirurgie élective dont le bilan opératoire est réalisé sur une base externe. Elle est effectuée au bloc opératoire le même jour de l'admission de l'usager au centre hospitalier et la récupération de l'usager nécessite son hospitalisation.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (1995) précise que la chirurgie d'un jour se distingue de la chirurgie élective pratiquée hors du bloc opératoire comme en salle d'endoscopie ou en clinique externe chez un usager dont l'état ne nécessite que peu ou pas de surveillance professionnelle en phase postopératoire immédiate et où l'usager peut regagner son domicile dans les minutes mêmes qui suivent l'intervention chirurgicale.

Tous les auteurs classent la chirurgie d'un jour en trois catégories. La typologie de la chirurgie d'un jour selon les auteurs est sensiblement la même à l'exception des termes utilisés. Le ministère de la Santé et Bien-être Canada (1991) utilise les termes service polyvalent, service intégré ou service autonome de chirurgie d'un jour tandis que l'AHQ (1992) et le MSSS (1995) s'entendent pour les nommer centre intégré, centre dédié et centre autonome de chirurgie d'un jour.

Selon les établissements, différents types d'organisation et d'aménagement sont utilisés. Il est toutefois important de mentionner que les définitions qui suivent ne sont suggérées qu'à titre illustratif puisque l'on sait jusqu'à quel point les particularités organisationnelles locales y jouent un rôle prépondérant :

> *Un service autonome de chirurgie d'un jour - Ce type de service peut faire partie de l'hôpital même ou être situé à proximité de ce dernier. Dans un cas comme dans l'autre, le service autonome dispose de ses propres salles d'opération et de réveil. Il compte également un poste de réception, un vestiaire, une salle d'observation postopératoire et un bureau pour les formalités de départ.*

Un service intégré - Un tel service partage les principales salles d'opération et de réveil de l'hôpital. On doit y trouver des salles communes désignées et dotées du personnel nécessaire pour l'admission, l'évaluation et l'observation postopératoire.

Un service polyvalent - Dans les établissements où le nombre d'interventions chirurgicales prévues n'est pas suffisamment important pour justifier la création d'un service distinct, la chirurgie de jour peut être intégrée à la charge de travail habituelle du service de chirurgie de l'hôpital. Dans un tel cas, il est nécessaire d'élaborer et d'appliquer des lignes directrices précises de rattachant aux politiques et aux formalités d'admission et de départ. (MSSS, 1991)

En 1990, le projet OPTIMAH fut mis en oeuvre par l'Association des hôpitaux du Québec, avec le support du ministère de la Santé et de Services sociaux, dans six centres hospitaliers pilotes. Le but de ce projet est de familiariser les médecins et les gestionnaires en milieu hospitalier aux possibilités et limites de l'utilisation des banques de données médico-administratives (MED-ÉCHO, DRG) pour le monitoring par les médecins de l'activité médico-hospitalière. Chacun des six centres hospitaliers pilotes a identifié au moins un thème problématique d'intérêt que ses médecins tenteraient d'éclaircir à l'aide des banques de données existantes au niveau local et provincial, avec le support méthodologique et scientifique du coordonnateur du projet OPTIMAH dont un des thèmes portait sur le développement de la chirurgie d'un jour.

L'expérience menée dans le cadre du projet OPTIMAH à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et au Centre hospitalier régional de Lanaudière suggère

un potentiel important pour la chirurgie d'un jour comme moyen de mieux utiliser les ressources en lits. Le rapport traite non seulement des objectifs, des enjeux, de la méthode, mais aussi des changements de pratique visés dans chacun des milieux pilotes et de leurs retombées décisionnelles, des facteurs de participation des médecins, et des possibilités et limites de MED-ÉCHO dans le monitoring de la chirurgie d'un jour.

Maintenant, voici ce que le centre hospitalier retient comme type d'organisation en regard de la chirurgie d'un jour. Au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos, les administrateurs privilégient déjà un service intégré de chirurgie d'un jour c'est-à-dire que le service partage les principales salles d'opération et de réveil du centre hospitalier.

La définition de la chirurgie d'un jour retenue correspond fidèlement au type d'organisation de la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos :

> *Chirurgie élective requérant les facilités d'un bloc opératoire moderne, pratiquée chez un patient nécessitant une surveillance professionnelle en phase post-opératoire immédiate mais dont la récupération rapide permet un retour à domicile le jour même de l'intervention chirurgicale.* (AHQ, 1992)

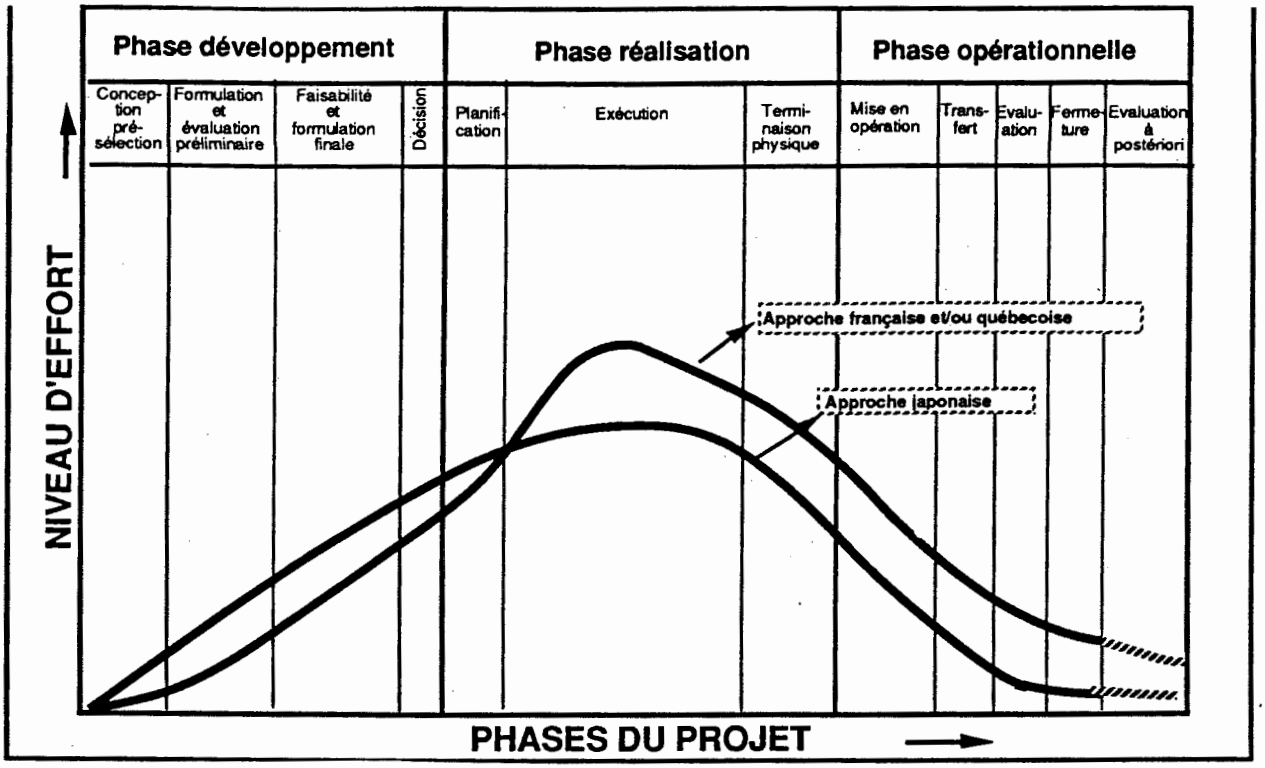
Nous introduisons, à cette étape-ci, la notion de cycle de vie d'un projet car nous sommes dans la phase développement du projet plus particulièrement à la phase de conception. Selon O'Shaughnessy (1992), la première étape de la phase développement consiste à concevoir ou à définir le projet de l'organisation.

Le cycle de vie d'un projet, selon l'auteur, est composé de trois phases soit la phase développement, la phase réalisation et la phase opérationnelle. La phase développement permet de définir et d'analyser le projet en profondeur afin de nous permettre de prendre une décision quant à son acceptation ou à son refus. La phase réalisation a pour fonction de mettre tout en oeuvre pour que les ressources mises à la disposition du projet soient transformées en extrants. La phase opérationnelle consiste à mettre en service les extrants réalisés dans la phase réalisation et à porter un jugement sur l'efficacité du projet à court, moyen et long termes. Ces trois phases d'un cycle de vie d'un projet sont présentées à la figure 9. Dans notre projet de recherche, nous déployons nos efforts à la phase développement du projet c'est-à-dire la phase de conception ou de formulation du projet et les phases réalisation et opérationnelle du projet se concrétiseront dans un autre temps, par les administrateurs de l'organisation. Les activités reliées à la phase de développement du projet, telles que décrites par O'Shaughnessy (1992) sont représentées à la figure 10. Elles nous guideront par une série d'étapes qui serviront à définir et à analyser le projet en profondeur.

Une première formulation et une évaluation du projet sont effectuées à l'aide d'une méthode telle le cadre logique. Les résultats conduisent généralement à une décision relative quant à la poursuite ou non du projet.

Figure 9

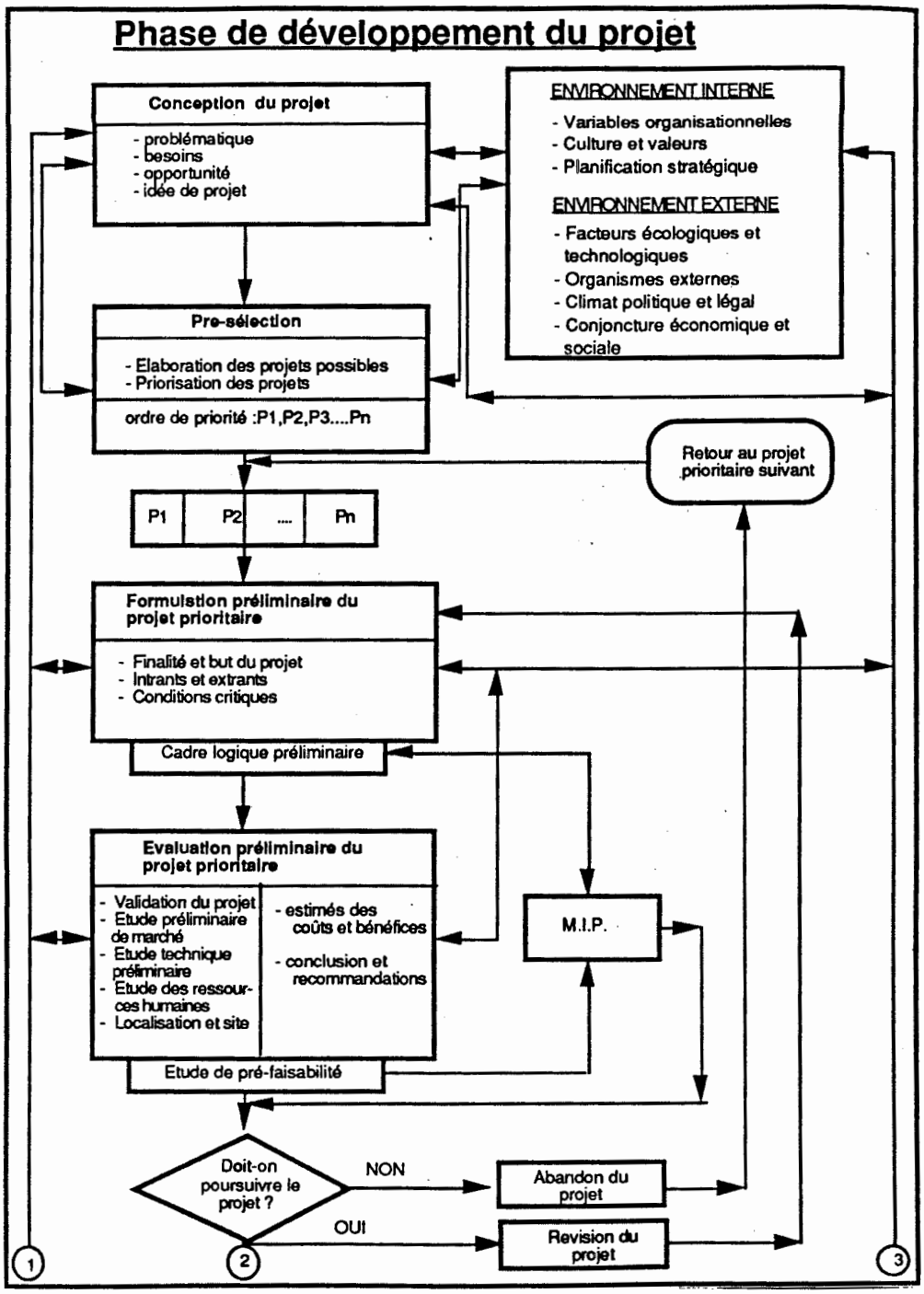
Cycle de vie d'un projet



Référence Grandmont - O'Shaughnessy (1990)

Figure 10

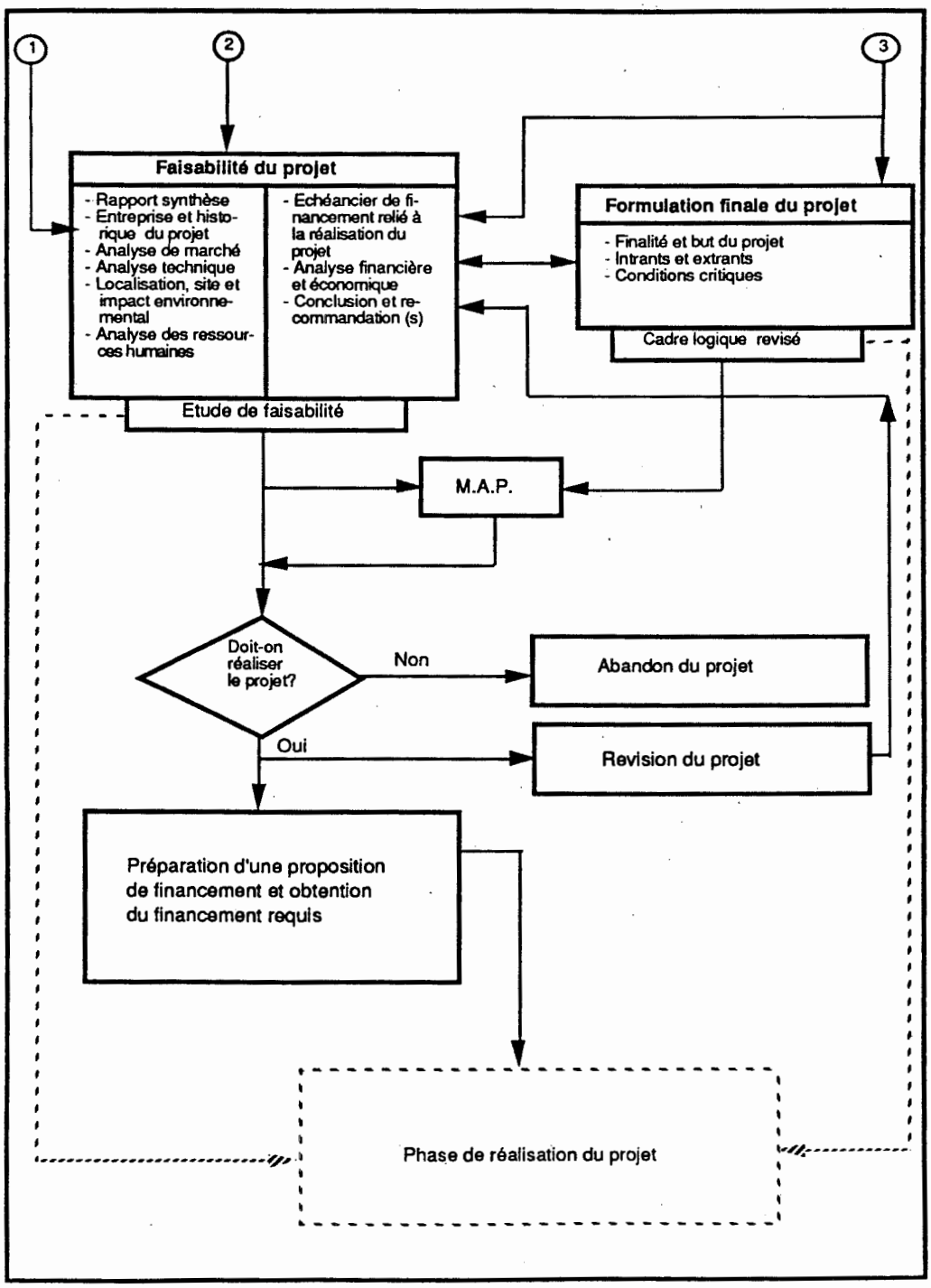
Phase de développement d'un projet



.../

Figure 10

Phase de développement d'un projet (suite)



Source : O'Shaughnessy, 1992

Selon O'Shaughnessy (1992), le cadre logique se définit ainsi :

> *Le cadre logique est une vision systémique de l'environnement d'un projet visant d'une part à identifier le motif pour lequel le projet est réalisé ainsi que la finalité à laquelle il contribue et d'autre part à définir d'une façon concise et précise ce à quoi le projet devrait ressembler une fois terminé ainsi que l'ensemble des conditions critiques devant être réalisé pour que le projet atteigne les différents niveaux d'objectifs pour lesquels il a été conçu.* (O'Shaughnessy, 1992)

Selon l'auteur, le cadre logique est un point de départ pour nous aider à entreprendre les autres activités reliées au cycle de vie normal d'un projet. Il fixe les règles du jeu et permet de déterminer à l'avance les conditions à remplir pour que le projet soit jugé efficient et efficace. L'efficacité étant le résultat obtenu en regard des buts et objectifs visés par le projet tandis que l'efficience étant le résultat obtenu en regard des ressources et des moyens mis en oeuvre pour la production des extrants que nous désirons. Le cadre logique nous sera utile dans la définition du projet et également lors de sa planification, de sa réalisation et de son évaluation. Mentionnons que les principales étapes de la méthode préconisée par l'auteur ont été retenues et nous retrouvons, à la figure 11, le cadre logique préliminaire relié à notre travail de recherche.

Le schéma organisationnel de la coordination de la chirurgie d'un jour que nous désirons proposer aux administrateurs est représenté à la figure 12. À partir de ce schéma organisationnel, nous avons relevé certains éléments pertinents en regard de la chirurgie d'un jour. L'organigramme des intervenants de la chirurgie

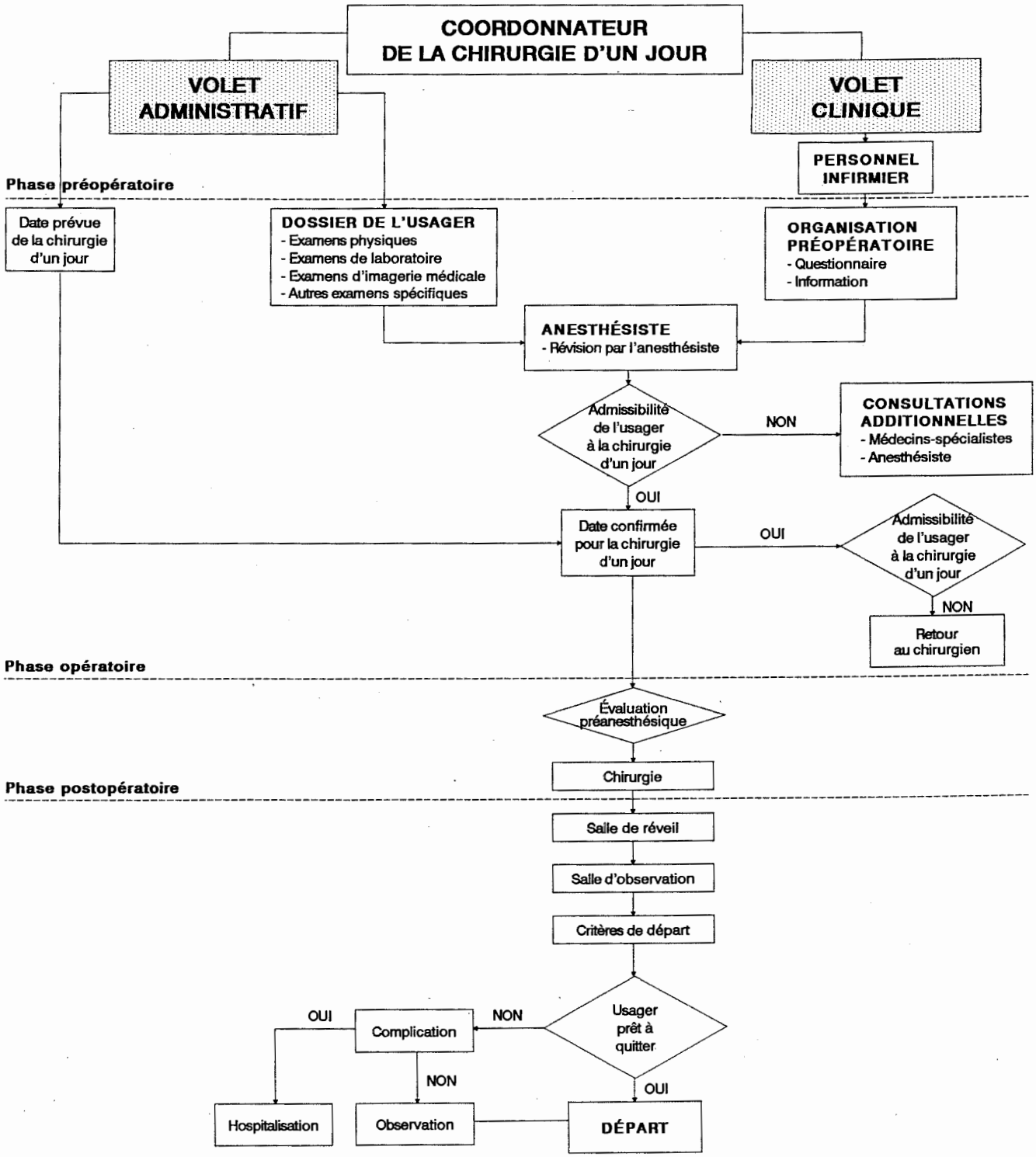
Figure 11

Cadre logique préliminaire de la chirurgie d'un jour

Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos

Niveaux descriptifs du projet	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Suppositions critiques
Finalité : . Mettre en place une nouvelle organisation de la CDJ et provoquer un changement planifié . Améliorer l'efficacité du processus actuel de la CDJ	Suppléer aux dysfonctions actuelles de la CDJ à la satisfaction des gens	Évaluation de la satisfaction des gens : . sondage . enquête	**Buts** **----> Finalité** Que les administrateurs adhèrent au projet
Buts : Améliorer le processus actuel de la CDJ	Proposer un schéma organisationnel de la coordination de la CDJ	Évaluation du fonctionnement par usagers et intervenants en CDJ : . sondage . enquête	**Extrants** **----> Buts** Susciter l'intérêt pour : . administrateurs . usagers . chirurgiens . intervenants
Avoir une meilleure utilisation de l'unité de chirurgie d'un jour	Augmentation du nombre d'admissions en chirurgie d'un jour	Rapports Med-Echo	Que les médecins changent leur pratique médicale
Extrants : . Réorganisation de l'unité de CDJ . Nouveau schéma d'organisation	Unité intégrée Service centralisé	Date officielle de mise en oeuvre Rapports d'étape	**Intrants ----> Extrants** Étude de faisabilité positive

Figure 12
Coordination de la chirurgie d'un jour
Schéma organisationnel proposé



1995-09-05 Carmen Fournier

d'un jour est représenté à la figure 13, et la modélisation de la démarche de l'usager de l'entrée à sa sortie en chirurgie d'un jour ainsi que les principaux intervenants est reproduite à la figure 14.

La méthode du cadre logique ne doit pas être considérée comme une fin en soi et elle ne peut se substituer aux différentes autres techniques d'analyse de projet. En fait, le cadre logique nous aidera principalement à la phase de développement, et nous allons poursuivre notre travail de recherche par une étude de faisabilité qui nous permettra de confirmer ou d'infirmer la pertinence de proposer une nouvelle réorganisation de la chirurgie d'un jour.

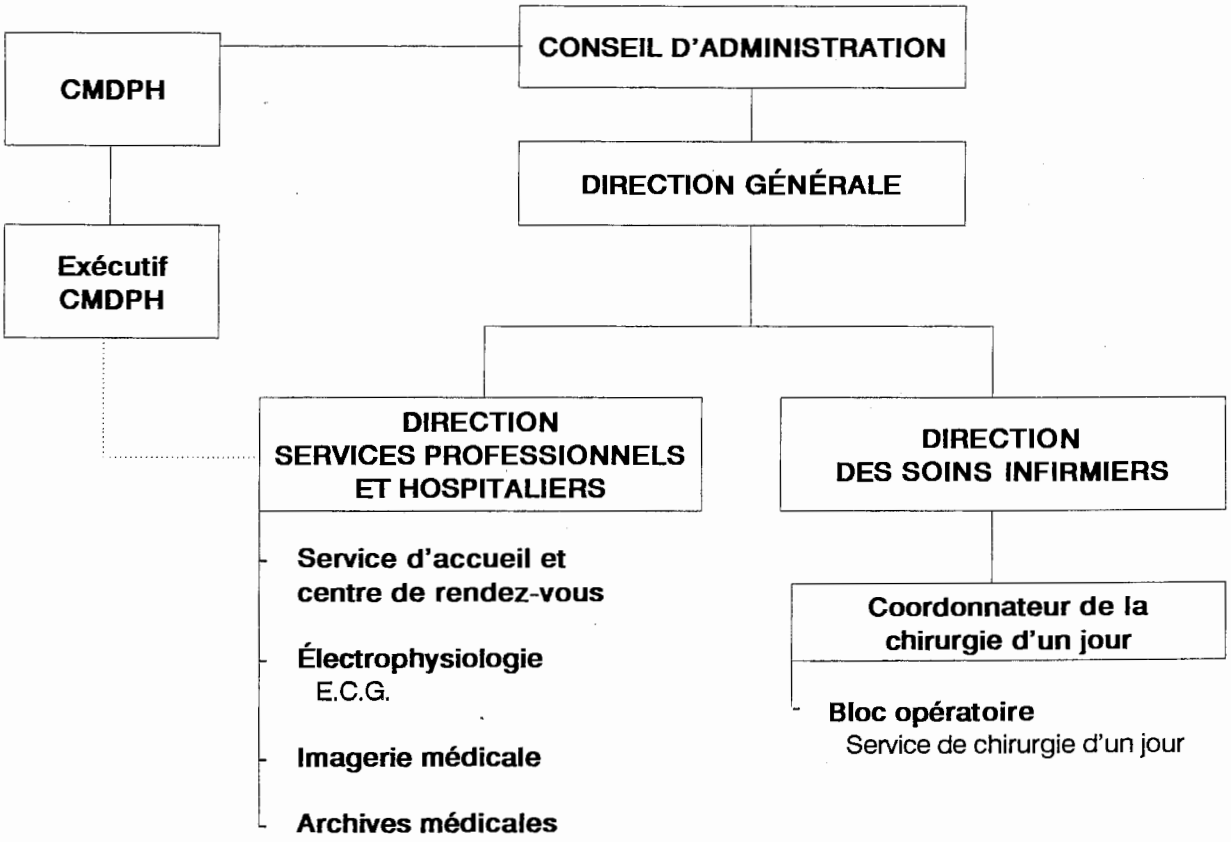
3.2 Étude de faisabilité

L'étude de faisabilité est une méthode qui a pour buts de procéder à une analyse détaillée des différentes composantes d'un projet et de vérifier la faisabilité dudit projet en regard de chacune de ses composantes. De plus, elle permet d'évaluer les risques et l'impact du projet sur l'organistion et son environnement. Enfin, elle confirme ou infirme la faisabilité du projet.

Tout d'abord, un survol de la littérature nous permet de faire le tour des méthodes existantes et de comparer les différentes visions des auteurs quant au bien fondé de l'étude de faisabilité et de ses principales composantes.

Figure 13

Intervenants de la chirurgie d'un jour
Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos
Organigramme proposé

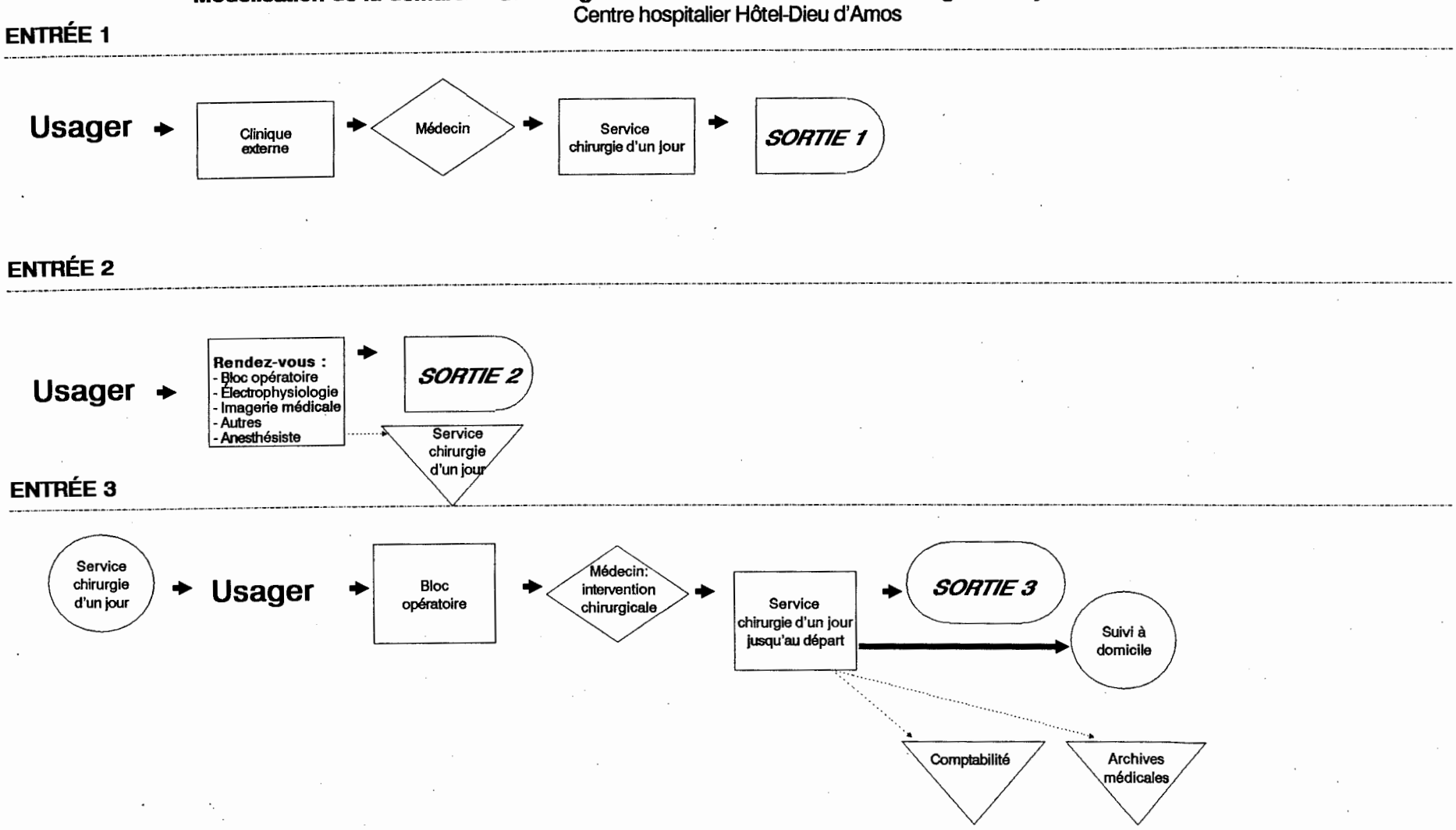


1995-09-05 Carmen Fournier

Figure 14

Modélisation de la démarche de l'usager de l'entrée à sa sortie en chirurgie d'un jour et les intervenants

Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos



Tout projet débute par une problématique, un besoin ou une idée. L'origine de l'idée peut être influencée par le secteur d'activités dans lequel évolue l'entreprise. Par cette idée, il est impératif d'assurer le développement et la survie de l'entreprise. Mais il faut évaluer l'idée objectivement. Les études de faisabilité ont pour buts d'analyser la faisabilité du projet sous différents angles (marché, technique, financier, ressources humaines, environnemental, légal) d'une façon détaillée, d'identifier les aspects du projet qui nécessitent une étude plus approfondie, de déterminer si le projet doit se poursuivre ou non.

Plusieurs chemins peuvent nous amener à solutionner un problème. En effet, notre recensement des écrits sur les modèles de faisabilité existants nous permet de comparer les différents outils pour évaluer la faisabilité d'un projet. En fait, l'étude de faisabilité doit permettre de voir si l'idée est réalisable. Dans la littérature, selon les auteurs, les études de faisabilité ont pour la plupart une portée identique ou comparable, mais par contre, elles peuvent différer considérablement du point de vue de leur orientation et de leurs caractéristiques principales selon la nature des activités, la taille et la complexité de l'organisation et l'investissement requis.

D'une façon générale, l'étude de faisabilité n'est satisfaisante que si elle analyse tous les principaux éléments et les implications de base d'un projet. L'étude de faisabilité n'est pas une fin en soi, c'est un moyen qui permet de parvenir à une décision d'investissement. Les études de faisabilité mettent l'accent sur l'étude des principales variables critiques pour le projet, elles reprennent en profondeur

l'analyse des différentes composantes du projet et visent à décider si le projet doit être réalisé ou non.

Les auteurs qui ont traité le sujet discourent sur des approches différentes, ils visent des projets de type industriel ou commercial. Nous n'en citerons que quelques-uns puisque la finalité de chacun d'eux demeure la même soit la rentabilité du projet.

L'Organisation des Nations Unies pour le développement industriel (ONUDI, 1993) met l'accent principalement sur une approche stratégique de l'investissement. Elle fait une place importante aux études d'impact sur l'environnement, le transfert de technologie, le marketing, les ressources humaines et la mobilisation de fonds. Elle se consacre aux diverses catégories d'études de préinvestissement à leurs caractéristiques fondamentales, elle traite des différents aspects d'une étude de faisabilité et elle décrit les techniques d'évaluation et de projection utilisées. Le manuel se veut un outil de travail précieux pour tous ceux qui oeuvrent pour une industrialisation plus harmonieuse des pays en développement.

O'Shaughnessy (1992) propose une démarche structurée afin d'analyser et d'évaluer la pertinence ou non d'entreprendre la réalisation d'un projet. Il s'adresse à tous ceux qui s'intéressent à la gestion de projet (projets de type industriel et commercial). Les étapes de la conception jusqu'à celle de la décision d'entreprendre ou non la réalisation du projet y sont présentées.

Le travail de recherche de l'auteur lui a permis de retenir, pour les projets de type industriel, un cycle de vie comportant trois phases soit la phase développement, la phase réalisation et la phase opérationnelle. Il relate l'importance relative des diverses origines de projet, la majorité proviennent d'origine externe selon l'auteur. L'auteur cite Karger et Murdick (1972) qui préconisent deux approches fondamentales pour identifier les opportunités soit : l'approche I qui identifie un besoin donné et par la suite trouve le produit ou service qui le satisfait; l'approche II qui sélectionne un produit ou service existant et en élargit l'étendue du besoin pour ce produit ou service. L'auteur cite Murphy (1956) qui mentionne que trois conditions sont à respecter pour que l'idée devienne une opportunité : il faut que l'idée cadre bien avec les habiletés et les intérêts de l'entreprise; il faut que l'idée soit accessible; il faut que l'idée représente une opportunité de croissance et de rentabilité pour l'entreprise. Il cite Clifton et Fyffe (1977) qui prétendent qu'il n'est pas nécessaire d'être à la recherche d'une nouvelle technologie, mais plutôt d'être à la recherche d'une situation dans laquelle l'entreprise pourra investir capital et talent afin d'en retirer un bénéfice tout autant personnel que monétaire.

Il insiste sur la planification stratégique de l'organisation qui doit être modulée en fonction des opportunités externes s'offrant à elle.

Dans son ouvrage, l'auteur a démontré, entre autres, l'importance déterminante de la phase développement dans le cycle de vie d'un projet. De plus, elle représente le carrefour informationnel et l'élément structurant des autres phases

du cycle de vie du projet. L'auteur propose aussi des outils pour nous guider à travers cette démarche.

Clifton et Fyffe (1977) présentent une approche, étapes par étapes, pour aider à préparer une étude de faisabilité. Leur manuel est à la portée aussi bien de l'entrepreneur que de l'industriel, que du financier. Les auteurs proposent une méthode à travers un modèle qui questionne chaque étape et qui permet une réponse aidant à la poursuite de l'étude du projet. L'étude de faisabilité est la base de la réussite et de la survie d'une entreprise selon les auteurs.

L'intérêt commun recherché par les administrateurs et les financiers, entre autres, se rejoint à plus d'un point de vue, par exemple : Le projet proposé est-il financièrement rentable? L'investissement sera-t-il profitable à la société? L'organisation a-t-elle les capacités administratives et financières pour mener à terme son projet?

Les différentes composantes d'une étude de faisabilité, de par leur nature pluridisciplinaire, posent souvent une difficulté d'intégration. Certains auteurs proposent un cheminement linéaire pour passer d'une étape à l'autre. Malheureusement, dans la réalité, les choses ne sont pas aussi simples. En effet, dans une étude de faisabilité, tout le processus d'analyse relatif aux différentes composantes est déclenché.

Selon les auteurs, différentes analyses composent l'étude de faisabilité selon l'orientation et les caractéristiques principales de chaque organisation. Les principales analyses qu'on y retrouve sont l'analyse de marché, l'analyse technique, l'analyse organisationnelle, l'analyse financière et l'analyse socio-économique.

Pour notre travail de recherche, nous avons retenu le modèle d'étude de faisabilité de Clifton et Fyffe (1977). C'est une approche, étape par étape, qui permet une réponse aidant à la poursuite du projet. Nous avons adapté le modèle de Clifton et Fyffe (1977) pour répondre aux besoins de notre travail.

L'auteur définit ainsi l'étude de faisabilité :

> *A project feasibility analysis comprises a market analysis, technical analysis, financial analysis, and social profitability analysis. Fréquently, the analyst is interested only in the commercial profitability and thus examines only the market, technical, and financial aspects of the project; the resulting study is referred to as an economic feasibility study.* (Clifton & Fyffe, 1977)

L'analyse de marché fait référence à la notion de produit ou de service destiné à une clientèle cible dont l'objectif global consiste à mesurer et à estimer le marché afin de déterminer si le projet produira le bon produit, au bon moment et au bon prix. L'analyse de marché est donc le point central de départ de l'étude de faisabilité. Elle permet de planifier plus facilement et efficacement le travail de recherche à effectuer dans les autres étapes de la démarche. Elle s'effectue en recourant aux données secondaires publiées sur le sujet, en recourant aux données

primaires, si cela s'avère nécessaire. Plusieurs méthodes prévisionnelles existent pour quantifier le marché soit : les méthodes portant sur les enquêtes de marché et sur les sondages auprès des acheteurs ou utilisateurs; les méthodes intuitives qui sont basées sur le jugement des experts ou des vendeurs; les méthodes statistiques qui portent sur les corrélations entre des variables et le volume des ventes; les méthodes reliées aux tendances. Le choix de l'une ou l'autre des méthodes sera influencé selon qu'il s'agit d'un service existant, d'un nouveau service ou d'un produit de substitution.

L'analyse technique vise principalement à déterminer si le projet est techniquement faisable. Entre autres, les éléments que nous sommes susceptibles de rencontrer concernent le niveau de production, le matériel et les équipements requis, les méthodes utilisées, les aspects organisationnels de la phase opérationnelle du projet, la location. Par contre, certaines informations sont préalables : sur le produit ou le service, la qualité, les services requis; le marché concernant les ventes, la livraison, la location des clients; le matériel et ses spécifications, sa disponibilité, la livraison et les délais; le capital disponible et la main-d'oeuvre disponible. Dans la phase opérationnelle du projet, il faut s'assurer que les aspects techniques du projet soient compatibles avec les opérations de l'organisation tout en répondant aux exigences des utilisateurs.

L'analyse organisationnelle doit tenir compte des ressources humaines, de la structure organisationnelle et du calendrier de réalisation. La question des

ressources humaines vise l'identification des besoins en personnel, les problèmes potentiels dans le recrutement et la rétention de la main-d'oeuvre nécessaire, les solutions aux problèmes potentiels et les coûts reliés aux solutions retenues, ce qui nous aidera pour l'examen de la rentabilité financière du projet. Une structure organisationnelle pour l'entreprise sera résumée dans un organigramme et, s'il y a lieu, dans des descriptions de tâches.

L'analyse financière, dans tout projet, est primordiale. L'estimation des coûts permettra de déterminer la rentabilité du projet et de fixer le niveau d'investissement qu'il requiert. Elle vise deux objectifs soit de montrer la rentabilité du projet et la qualifier par rapport à des projets similaires de telle sorte à nous rassurer quant à la viabilité ou la pertinence du projet et ensuite d'examiner le degré de rentabilité du projet pour vérifier si celui-ci rencontre les objectifs à cet égard.

L'étude de faisabilité s'inscrit dans la phase de développement. Aussi, faut-il préciser que les phases réalisation et opérationnelle de la coordination de la chirurgie d'un jour se réaliseront dans un autre temps, après que nous aurons proposé le schéma organisationnel au centre hospitalier. Ceci amènera un changement dans l'organisation et les administrateurs auront à gérer ce changement organisationnel qui s'avère souvent complexe.

3.3 Changement organisationnel

Nous désirons que les gens adhèrent à notre projet de réorganisation de la chirurgie d'un jour au centre hospitalier. Le changement proposé viendra altérer l'équilibre qui existe dans l'organisation. Les composantes du changement ont des effets souvent imprévisibles. Nous voulons apporter aux administrateurs une vision positive en leur soumettant certains éléments qui favoriseront la réussite du changement proposé.

Pour optimaliser nos chances de succès, nous verrons ce que les auteurs préconisent sur le changement organisationnel. En effet, un survol de la littérature spécialisée nous permet de constater qu'il existe une multitude de méthodes et d'outils en matière de gestion du changement. Le changement est au coeur des préoccupations organisationnelles et, celles-ci doivent changer pour évoluer, se développer ou survivre. Le changement organisationnel s'avère un phénomène complexe pour les gestionnaires.

Les auteurs ont des objectifs précis quant aux messages qu'ils désirent faire passer sur le changement mais tous veulent s'assurer que le lecteur prenne bien conscience de l'impact dû au changement. Ils parlent, entre autres, de changements qui peuvent être organisationnel, technologique, opérationnel, structurel, administratif ou génétique, et de changements d'ordre technique, économique, social et culturel. Aussi, plusieurs modèles de changement planifié sont proposés

par les auteurs et reflètent des visions du monde différentes.

Les auteurs s'entendent pour signifier que tout changement est proposé pour un mieux-être. Le changement dans les organisations est un phénomène normal et même nécessaire. Dans les organisations, le changement est habituellement planifié avec la préoccupation que cela rapporte à l'organisation d'abord et aux individus ensuite. Souvent une organisation procède à un changement en vue d'accroître son niveau de performance. Les auteurs qui favorisent le changement planifié sont convaincus que celui-ci ne peut engendrer que du positif s'il repose, entre autres, sur une croyance des travailleurs dans les projets proposés par la haute direction, un respect de la conscience et de la dignité individuelle et une meilleure image de l'organisation dans l'esprit des employés.

Les auteurs amènent différentes facettes concernant le changement dont certains éléments se recoupent ou se retrouvent isolés. Ils proposent des méthodes de gestion du changement, des techniques pour favoriser le changement, des étapes pour diminuer la résistance au changement, des approches ou des mécanismes pour résoudre les problèmes reliés au changement, des modèles d'analyse stratégique pour implanter le changement. Ils discutent des phases du phénomène du changement, des processus de changement, des niveaux pour opérer le changement, des relations de pouvoir et des jeux d'influence, du système d'action concret et des principaux acteurs reliés au changement.

Selon Dolan et Lamoureux (1990), le changement organisationnel peut se définir comme toute altération de l'équilibre fonctionnel d'un système de travail. La constatation ou l'anticipation d'un dysfonctionnement dans l'environnement de l'organisation requiert dès lors un changement. Le changement organisationnel peut être applicable aux buts et aux stratégies de l'organisation, à la division de ses tâches et de sa structure ainsi qu'à ses ressources humaines. Un changement dans une de ces dimensions entraîne possiblement des changements dans les autres.

Cependant, la nécessité d'un changement n'entraîne pas d'emblée un mouvement de changement même s'il est perçu par le personnel. Le risque d'une résistance au changement peut exister quand les changements touchent les employés ou la structure organisationnelle. Cette résistance au changement est une attitude négative adoptée par les employés lorsque des modifications sont introduites dans le cycle normal du travail. Plusieurs stratégies existent afin d'amoindrir la résistance au changement. Il est important d'évaluer le changement avec objectivité, en tenant compte de ses avantages et de ses inconvénients. Il cite Kurt Lewin qui propose trois étapes afin de diminuer la résistance au changement, soit le dégel, la transformation et le gel. Il cite aussi Watzlawick, l'École de Palo Alto qui mise sur des stratégies qui demandent de poser le problème du changement sous un autre angle moins conventionnel. Il s'agit d'une approche originale et logique dont une des forces de cette approche réside dans l'excellente compréhension et opérationnalisation de la notion de système et de ses interventions ayant pour objectif de modifier l'état des systèmes. De ces techniques

de changement, il est retenu le recadrage et le paradoxe. Il cite aussi les recherches de Hersey et Blanchard qui distinguent quatre niveaux auxquels s'opèrent le changement, soit les connaissances, les attitudes, le comportement individuel et le comportement de groupe ou organisationnel. De plus, deux méthodes sont reconnues en rapport avec ce processus de changement opérationnel, soit le modèle participatif et le modèle directif.

Ouellet (1993) abonde dans le sens que la préparation d'un changement organisationnel est une étape critique et importante. L'auteur tient compte des impacts sur les individus, de tout changement, qu'il s'agisse d'un changement d'orientation, de structure, de technologie ou autres. Il croit qu'un projet de changement bien préparé augmente de façon considérable ses chances de réussite. La préparation du changement, dans son ensemble, apparaît constituer les assises du succès de tout projet de changement. L'auteur rappelle l'importance d'évaluer les résistances au changement, phénomène normal et légitime. Il considère cinq stratégies types pouvant être utilisées pour mettre en oeuvre un changement organisationnel et ce, en fonction de son ampleur et de son degré d'urgence : la cascade, les foyers contaminants, la spirale, le jeu au sol et le blitz.

Alsène et Carignon (1993) traitent une méthode nouvelle de gestion du changement technologique. Cette méthode a pour intérêt de soutenir une gestion du changement technologique, non seulement globale et proactive, mais aussi temporellement articulée, évolutive et non directive. Au centre des éléments se

trouve aussi la stratégie d'où émanent diverses branches appelées modalités stratégiques d'accompagnement qui peuvent faire appel, à leur tour, à des modalités de gestion d'accompagnement ou des modalités complémentaires.

Selon Sekiou (1986), le changement planifié a sa raison d'être sachant que l'organisation est un ensemble de personnes interdépendantes et structurées qui collaborent à des activités plus ou moins variables dans lesquelles des jeux compliqués s'y jouent. D'après lui, le changement se doit d'être planifié si les dirigeants au sommet de l'organisation veulent percevoir la réalité du jeu. Un changement planifié implique alors quatre analyses de base soit : celle des ressources humaines et matérielles, celle des objectifs organisationnels et individuels, celle des valeurs des employés et celle des moyens à prendre face aux problèmes humains que pose toute forme de résistance au changement. L'auteur introduit le facteur temps dans le changement planifié. Le changement lui apparaît comme étant une réalité la plus permanente dans le temps.

Collerette et Delisle (1993) discutent des mécanismes ou des phénomènes qui risquent d'émerger dans toute situation où on tente d'introduire un changement. Leur approche essaie d'isoler et de décrire les phénomènes psychologiques et sociaux qui se manifestent dans les groupes. Ils utilisent l'expression "système social" comme synonyme de système organisationnel. Ils définissent le changement planifié comme un effet délibéré de changer une situation insatisfaisante par une série d'actions dont le choix et l'orchestration résultent d'une analyse systématique

de la situation qui est en cause. Les auteurs reprennent la théorie de Kurt Lewin dans le processus du changement tel que vécu par le système qui se caractérise par trois étapes soit : la décristallisation ou dégel, le mouvement et la recristallisation ou regel. Pour eux, le changement planifié ne porte pas uniquement sur le contenu de la situation insatisfaisante mais également sur les différents processus du système social concerné. Le changement planifié se résume en quatre phases : le diagnostic de la situation insatisfaisante, la planification de l'action, l'exécution de l'action et l'évaluation de l'action. Les auteurs amènent aussi la dimension du pouvoir et le choix d'une stratégie afin de permettre d'identifier et d'agencer les différentes actions à poser lors d'un changement.

La sociologie ne peut éviter la question du changement, mais comment se déclenchent les changements et de quelle manière se déroulent-ils? Michel Crozier et Erhard Friedberg (1977) notent deux conditions soit : celle qui se produit lorsque les tensions ne renforcent plus le système mais le font éclater et celle qui est nécessaire au changement soit que la crise débouche sur des mécanismes innovateurs. Le changement est considéré comme un phénomène systémique. Le changement est d'abord la transformation d'un système d'action c'est-à-dire, pour qu'il y ait changement, il faut que tout un système d'action se transforme. Les hommes doivent mettre en pratique de nouveaux rapports humains, de nouvelles formes de contrôle social. Sont en cause, plus particulièrement les jeux qui commandent les rapports sociaux et forment la trame des institutions. Ce qui doit changer c'est la nature même du jeu et non les règles. On y perçoit habituellement

un problème de résistance au changement. L'analyse stratégique des organisations et les systèmes d'action permettent d'expliquer la capacité de tout ensemble humain à absorber tout changement formel en maintenant ses caractéristiques essentielles. Dans le contexte des organisations et des systèmes d'action concrets, des ensembles de jeux inégaux, structurés autour des noeuds de pouvoir correspondent au contrôle que les individus et les groupes peuvent exercer sur des zones d'incertitude pour le fonctionnement satisfaisant ou la survie de l'ensemble. Les auteurs lancent un processus de changement impliquant action et réaction, négociation et coopération. Selon les auteurs, le premier problème que pose tout examen sérieux des finalités du changement est le problème du pouvoir. Les relations de pouvoir sont consubstantielles à l'action humaine. Elles sont liées directement à la zone de liberté qui fonde l'existence de l'homme comme acteur, et dont la mise en oeuvre stratégique et conflictuelle forme la trame de toute vie sociale, de tout ensemble collectif.

Crener et Monteil (1979) présentent le changement en tant que dynamique de tout système managérial. Puisque la société dans son ensemble est semblable à un système complexe, alors l'entreprise peut être considérée comme un sous-système de l'ensemble. Elle possède donc sa dynamique propre, tant sur le plan interne que sur le plan externe. Une structure ne peut pas être élaborée indépendamment des hommes qui s'en serviront pour atteindre des objectifs déterminés. Les auteurs expliquent le rôle du manager qui est de faire comprendre que tout évolue et, que par conséquent, la dynamique entraîne nécessairement le

changement. Dès qu'un changement est proposé par le manager, la résistance au changement apparaît chez les employés. L'auteur explique le cycle de l'évolution de la résistance par rapport à la vie de l'innovation comprenant quatre étapes : naissance de l'innovation, le changement aggrave le conflit entre partisans et opposants, vie ou mort de l'innovation, victoire de l'innovation. Se basant sur l'auteur Paul R. Lawrence, il insiste surtout sur l'aspect social du changement beaucoup plus que sur l'aspect technique.

Savoie-Zajc (1993) propose plusieurs modèles théoriques décrits selon leur morphologie et leurs racines. Son livre vise principalement la réussite du changement planifié en éducation mais se révèle particulièrement utile par les pistes de réflexion qui permettent d'analyser la situation de changement et de faire un choix éclairé parmi les modèles et les outils proposés. Le concept de changement planifié, selon l'auteur, désigne tout effort de changement qui s'exerce de façon consciente et délibérée en cherchant à atteindre un but spécifique. Et pour qu'il y ait changement planifié, il faut une intention, une volonté d'imprimer une direction à une démarche. Les acteurs du changement désignent toute personne qui participe à l'introduction et à l'implantation d'un changement. Les deux principaux acteurs sont le bénéficiaire du changement et l'agent de changement. C'est vers le bénéficiaire que les informations et les interventions qui supportent l'introduction d'un changement seront dirigées et, pour sa part, l'agent de changement joue un rôle de collaborateur. L'agent de changement, par son action, facilite le processus de changement.

Beaudoin (1987) considère qu'aujourd'hui, le changement est devenu une donnée essentielle à la vie des entreprises. Le changement fait partie de l'évolution, il façonne l'avenir. Dans la perspective de l'auteur, il n'est pas question de traiter largement de la théorie du changement appliquée aux organisations, mais bien plutôt de mettre à la disposition du praticien et du gestionnaire un guide simple et efficace pour bien conduire le changement dans l'entreprise. L'humain prenant part au processus de changement, peut alors influencer les résultats selon ses propres intentions. On parle alors de changements organisés, voulus, provoqués, planifiés. Pour l'auteur, changer c'est devenir, c'est s'ajuster, c'est s'adapter, c'est transformer. L'auteur veut aller au-delà de l'approche planifié, il tend vers un concept intégré. L'organisation est représentée comme un système comprenant de multiples variables interreliées, à savoir les tâches, les structures, la technologie et les acteurs. Entre autres, il est précisé que les ressources humaines représentent une composante fondamentale de toute entreprise et, par leur activité et leur motivation, créent le tissu organisationnel.

La gestion du changement comporte de nombreux défis. Le réformateur doit prouver la nécessité du changement, il doit démontrer que le changement sera bénéfique pour l'entreprise. Parmi les défis les plus importants, l'auteur mentionne l'identification du problème, l'objet du changement, la résistance au changement, le jeu politique et le contrôle du changement. Le moment opportun pour introduire un changement est souvent difficile à percevoir.

Beaudoin (1990) écrit sur la gestion du changement et insiste particulièrement sur une approche stratégique pour l'entreprise en mutation. Pour que le changement soit une composante stratégique du devenir des organisations dans un environnement aussi mouvant, il importe de savoir comment l'influencer, comment le saisir, le diriger et le piloter.

Le changement comporte de multiples dimensions et soulève de nombreux défis, que le changement soit inéluctable ou désiré. Parmi les défis les plus importants, il mentionne l'identification du problème, l'objet du changement, la résistance au changement, le jeu politique et le contrôle du changement.

Pour mieux faire face au changement, l'auteur présente un concept intégré qui explore tous les aspects de la gestion du changement. Il propose un modèle qui va au-delà des modèles classiques du changement planifié. Les composantes du changement sont toutes interreliées et leurs effets sont souvent imprévisibles. Pour arriver à ses fins, il existe plusieurs cheminements selon l'auteur et il est important d'avancer avec circonspection et de consolider progressivement pour enfin atteindre une situation d'équilibre.

Le pilote du changement doit choisir parmi toute une gamme de stratégies en tenant compte des différents contextes. Selon l'auteur, dans tous les cas, il faut bien initier le changement et suivre étroitement son implantation. Et, le défi actuel consiste à définir et mettre en place une approche à la gestion du changement qui

puisse permettre de transformer l'organisation dans le sens des exigences de son environnement, de la satisfaction de ses clients et de ses ressources humaines et de son potentiel technologique.

Les auteurs qui suivent ajoutent à leurs écrits sur le changement la façon dont ils voient le rôle des différents acteurs dans une organisation qui vit ou doit vivre un changement.

Bernoux (1985) s'intéresse à la sociologie des organisations. L'analyse stratégique y est expliquée à partir du concept de pouvoir et du concept de système d'action concret. Il précise l'équilibre délicat existant entre l'analyse par l'acteur et l'analyse par le système, entre le raisonnement stratégique et le raisonnement systémique. Selon l'auteur, le système se définit à partir de la notion d'interdépendance, qualité aussi attribuée à l'organisme. Pour lui, le système est un ensemble d'éléments interdépendants, c'est-à-dire qu'ils sont liés entre eux par des relations; si l'une est modifiée, les autres le sont aussi et, par conséquent, tout l'ensemble est transformé. L'acteur crée le système car toute organisation est composée d'acteurs qui structurent leurs relations dans un modèle aussi interactif qu'interdépendant. Le système d'action concret vient de la manière dont cet ensemble humain structure ses relations. Le système d'action concret recouvre deux réalités soit celle du système de régularisation des relations et celle du système des alliances et de leurs contraintes. La vie quotidienne de toute organisation est constituée de conflits de pouvoir. Chaque individu ou chaque

groupe a des objectifs qui ne coïncident jamais exactement puisque chacun a sa vision des moyens nécessaires pour assurer le fonctionnement de l'ensemble. Cette vision différente entraîne des stratégies pas toujours concordantes d'où conflit de pouvoir. Le changement est un phénomène difficile à réaliser. Tout changement est accepté dans la mesure où l'acteur pense qu'il a des chances de gagner quelque chose et sent qu'il maîtrise suffisamment les leviers et les conséquences du changement. Celui-ci doit se raisonner en termes de pouvoir, c'est pourquoi qu'une étude préalable en termes de pouvoir est donc toujours nécessaire à celui qui veut impulser un changement.

Mintzberg (1994) décrit le rôle de la planification stratégique ainsi que les nouveaux rôles des plans et des planificateurs dans les organisations [4] entre autres, ce que les planificateurs peuvent faire pour aider l'organisation à formuler ses propres stratégies. Les trois rôles du planificateur peuvent se résumer ainsi : qu'il est un découvreur de stratégies délibérées ou de stratégies émergentes dans les organisations et qu'il appartient au planificateur d'évaluer si ces stratégies sont viables et valent la peine d'être formalisées; qu'il joue le rôle d'analyste stratégique et qu'il recueille les données quantitatives et les analyse pour renseigner les décideurs des derniers développements théoriques; qu'il agit comme catalyseur, c'est-à-dire qu'il encourage la pensée créative parmi les individus de l'organisation lesquels fournissent les idées novatrices sur la façon dont le processus devrait

---

[4] Gestion, volume 19, numéro 2, 1994

fonctionner. Selon l'auteur, il y a lieu de laisser place à la souplesse du processus de formalisation de la stratégie compte tenu de la complexité des phénomènes environnementaux.

Selon Sobeco Ernst & Young (1994), pour composer avec le changement, les entreprises doivent avoir trois acteurs essentiels dans leur organisation soit : un promoteur, un agent et une cible. Le vrai défi stratégique est l'implantation du changement et le processus doit favoriser l'engagement des divers acteurs du changement. L'organisation doit tenir compte non seulement des dimensions d'affaires, mais aussi des dimensions humaines et organisationnelles. Selon les auteurs, la stratégie de changement ou le plan d'implantation est souvent la cause d'un échec à savoir que les efforts de la haute direction ne produisent pas toujours les bénéfices espérés. Les notions de pouvoir et d'influence dans l'entreprise reviennent au promoteur qui propose une vision du futur de l'organisation, initie le changement et gère son implantation. Ce dernier doit être capable d'identifier un agent de changement qui soit engagé, crédible et capable de mettre en place les activités nécessaires pour favoriser le changement. L'agent de changement doit aussi surmonter les résistances au changement et renforcer l'engagement des partenaires. La cible du changement doit être clairement identifiée par le promoteur. C'est en fait la personne ou le groupe de personnes qui devra développer les nouvelles connaissances, qui modifiera ses comportements ou ses façons de faire à la suite du changement.

Dans le même sens, Ouimet (1993) discute la nécessité, pour le promoteur de changement, d'être en mesure de connaître la portée et les limites de ses façons d'agir, de sa stratégie lors de l'introduction du changement, et de l'initiateur du changement qui tentera, par tous les moyens jugés utiles, de convaincre ses partenaires de la pertinence du changement. Les stratégies de changement prennent une importance puisque c'est précisément dans sa façon de faire que réside le succès ou l'échec de son effort de changement. L'auteur vise à préciser les conditions idéales d'adaptation et d'implantation du changement, d'identifier les caractéristiques personnelles susceptibles de garantir le succès et découvrir les composantes du succès et les causes de l'échec d'un effort de changement.

Friedberg (1993) reconnaît aussi l'importance de la stratégie de changement. L'action de changement tire sa rationalité et sa légitimité des seuls acteurs qui la portent et qui l'inscrivent dans un contexte c'est-à-dire dans un système d'acteurs empiriques avec ses caractéristiques, ses structures de pouvoir, ses capacités et ses règles du jeu. Le problème de la stratégie de changement tient un rôle central, c'est-à-dire le problème de la formulation, par des acteurs assumant le leadership en la matière, d'un projet et d'une orientation d'ensemble qui puissent lancer le processus de changement. Il nous ramène à une perspective au cas par cas. Il met aussi l'accent sur la reconnaissance de la nature comportementale du changement organisationnel. Intervenir sur le fonctionnement d'une organisation ou chercher à faire disparaître un problème perçu comme dysfonctionnel, c'est toujours intervenir sur un système d'acteurs qui, ensemble, et sans nécessairement le vouloir,

construisent et entretiennent ce fonctionnement ou ce problème par leurs interactions, c'est-à-dire par leurs comportements mêmes. Le changement constitue toujours un pari sur les possibilités d'évolution et d'apprentissage de ce système d'acteurs, un pari sans aucune assurance de réussite. Une stratégie de changement doit donc inventer et articuler un ensemble d'actions sur mesure qui tiennent compte des caractéristiques spécifiques des jeux et du système d'acteurs dont il s'agit de transformer la structuration. En prenant appui sur les opportunités particulières qu'offrent ces jeux et ce système d'acteurs, une telle stratégie peut ainsi raisonnablement aider les acteurs concernés à mettre en oeuvre les nouveaux comportements dont l'adoption et l'apprentissage conditionnent en définitive la réussite du changement recherché. Enfin, la mise en oeuvre d'une telle stratégie doit s'appuyer sur une connaissance approfondie et concrète des caractéristiques du système sur lequel on intervient. Elle doit d'autre part reposer sur une approche globale de ce système et elle exige, outre la mobilisation de l'ensemble des acteurs intéressés, l'affirmation d'un leadership.

Mintzberg (1982) décrit le fonctionnement des organisations. Entre autres, il explique ce qu'est une bureaucratie professionnelle qui est une des particularités d'un centre hospitalier. Donc, il nous apparaît important de citer l'auteur afin de voir comment il aborde les problèmes reliés au changement, principalement dans la bureaucratie professionnelle.

L'auteur décrit le fonctionnement des organisations, les paramètres de

conception, les facteurs de contingences et les configurations structurelles. Les configurations structurelles sont la structure simple, la bureaucratie mécaniste, la bureaucratie professionnelle, la structure divisionnalisée et l'adhocratie. L'auteur amène les problèmes reliés au changement, principalement dans la bureaucratie professionnelle qui s'appuie sur la standardisation des qualifications, sur la formation et la socialisation pour coordonner les activités. La bureaucratie professionnelle met l'accent sur le pouvoir de la compétence qui est de nature professionnelle.

Le regroupement dans la structure de la bureaucratie professionnelle se fait à la fois sur la base des marchés et sur la base des fonctions créant ainsi une équivalence entre les deux structures. Par exemple, ils peuvent être qualifiés de fonctionnels parce que les spécialistes y sont regroupés en fonction de leur compétence, de leurs aptitudes et des méthodes de travail qu'ils utilisent. Mais on peut dire aussi qu'il s'agit d'unités constituées sur la base de marchés puisque chacune d'elle traite un type particulier de clients. Dans la bureaucratie professionnelle, on a souvent deux hiérarchies parallèles, l'une pour les professionnels, l'autre pour les unités fonctionnelles et opérationnelles. Le travail très complexe du professionnel lui confère un pouvoir puisque le travail ne peut être supervisé par un supérieur hiérarchique ou standardisé par des analystes. Ses services étant en demande, ceci donne au professionnel une mobilité qui lui permet d'exiger une autonomie considérable dans son travail.

Le pouvoir dans la bureaucratie professionnelle passe à ceux des professionnels qui consacrent leurs efforts au travail administratif au lieu de l'activité professionnelle. Ils ont un pouvoir considérable, surtout dans des organisations professionnelles complexes. Mais l'administrateur n'a pas carte blanche, il ne conserve son pouvoir que dans la mesure où les professionnels estiment qu'il sert efficacement leurs intérêts.

Dans la bureaucratie professionnelle, le concept de stratégie perd une bonne partie de son sens car la production de ces organisations est difficile à mesurer. Compte tenu de l'autonomie dont dispose chaque professionnel dans son travail, il est plus logique de parler en terme de stratégie individuelle pour chacun d'eux.

Tout administrateur essaie de changer l'organisation à sa façon, d'en modifier les stratégies pour les rendre plus efficaces. Dans la bureaucratie professionnelle, ceci se traduit par un ensemble d'initiatives stratégiques que l'administrateur prend lui-même. Il ne peut pas imposer sa volonté aux professionnels de l'organisation, donc il doit utiliser son pouvoir informel et en faire un usage subtil. Les professionnels tenant à leur autonomie, l'administrateur agit avec précautions, par étapes de faible ampleur dont chacune est à peine discernable. De cette façon, il peut réussir à obtenir au bout du compte des changements que les professionnels auraient rejetés s'ils leur avaient été proposés en une fois. Certes, l'administrateur peut aussi demander aux professionnels de s'impliquer dans un projet, dans un changement. Du moment que de l'intervention du professionnel dépend la bonne

marche d'une activité, d'un secteur ou d'une fonction pour l'organisation, il pourra la négocier comme des avantages ou des privilèges.

Mintzberg (1990) s'inspirant de ses écrits précédents, tente de mieux faire comprendre les organisations, autant dans la société que parmi les managers qui s'efforcent de faire fonctionner ces organisations. Il présente alors sept configurations de base soit : l'organisation entrepreneuriale, l'organisation mécaniste, l'organisation divisionnalisée, l'organisation professionnelle, l'organisation innovatrice, l'organisation missionnaire et l'organisation politisée. L'auteur précise qu'à la base de toute organisation se trouvent les opérateurs c'est-à-dire ceux qui effectuent le travail de base pour produire le bien ou le service; ils forment le centre opérationnel. Dans toute organisation, au moins un manager occupe un poste à temps plein, même dans la plus petite organisation; c'est le sommet stratégique. Plus l'organisation grandit, plus il y a de managers pour superviser les opérateurs, et elle a besoin de managers pour superviser les managers; une ligne hiérarchique y est donc constituée c'est-à-dire une hiérarchie d'autorité entre la base et le sommet. Au fur et à mesure que l'organisation devient complexe, elle a besoin d'analystes pour y effectuer des tâches administratives; ils forment la technostructure. Il peut s'ajouter des unités staff d'un type différent qui constituent le staff de support logistique. Enfin, chaque organisation est composée d'une partie qu'on appelle idéologie. L'auteur introduit la notion de pouvoir qu'il considère importante. En effet, les travailleurs de l'organisation, soit pour prendre des décisions soit pour mettre en oeuvre des actions, peuvent être considérés

comme des détenteurs d'influence. Par cette coalition interne, il désigne un système à l'intérieur duquel ses membres luttent entre eux pour déterminer la répartition du pouvoir. En plus des détenteurs d'influence internes, on retrouve des détenteurs d'influence externes. Tous les intervenants externes peuvent être considérés comme constituant une coalition externe. Quelque soit la configuration de l'organisation, les jeux d'influence, de pouvoir et la formation de la stratégie sont deux éléments importants relevés par l'auteur.

Tous les auteurs pré-cités considèrent importantes les dimensions organisationnelles et humaines. Le rapport humain dans l'implantation du changement est très important puisque les composantes d'une organisation sont interreliées, un changement dans l'une produit des effets ailleurs, dans d'autres domaines, notamment sur les personnes directement concernées par le changement et c'est un phénomène dont il faut tenir compte dans l'implantation du changement. La majorité des auteurs considèrent la résistance au changement comme un phénomène normal dans toute organisation. Les jeux de pouvoir et d'influence entre les individus ou les groupes d'individus correspondent au contrôle qu'ils peuvent exercer. L'analyse stratégique quant à l'implantation du changement est souvent la cause de réussite ou d'échec.

Les travaux sur les processus de changement, selon les différents auteurs, nous laissent plusieurs méthodes qui semblent appropriées pour introduire le changement. Certaines méthodes peuvent être rapportées, de la plus probante à

la moins probante : éducation et communication, participation et engagement, facilitation et soutien, négociation et entente, manipulation, coercition implicite ou explicite. Ces méthodes se regroupent sous trois dimensions, soit les méthodes introduites par la raison, par le pouvoir ou par la rééducation.

Nous insistons, ici, sur le fait que dans un centre hospitalier, nous retrouvons une bureaucratie professionnelle qui met l'accent sur le pouvoir de la compétence qui est de nature professionnelle. Nous y retrouvons deux hiérarchies parallèles, l'une pour les professionnels, l'autre pour les unités fonctionnelles et opérationnelles. Aussi, pour effectuer un changement, ceci se traduit par un ensemble d'initiatives stratégiques que les administrateurs prennent. Ils ne peuvent pas imposer leur volonté aux professionnels de l'organisation, donc ils doivent utiliser leur pouvoir informel et en faire un usage subtil. (Mintzberg, 1982)

Nous désirons aborder plus en détails cette configuration structurelle qu'est la bureaucratie professionnelle et ce, afin d'en saisir toute la portée. En effet, dans un centre hospitalier nous trouvons une bureaucratie professionnelle car pour fonctionner, le centre hospitalier s'appuie sur les compétences et sur le savoir des professionnels. L'activité du médecin peut en fait être standardisé : par exemple, un chirurgien peut décrire une opération sous la forme d'une liste de symboles qu'il peut facilement mémoriser avant l'opération.

La structure de ces organisations est bureaucratique, sa coordination est

assurée par des standards qui déterminent à l'avance ce qui doit être fait. Un centre hospitalier nous montre à quel point l'organisation peut être bureaucratique : par exemple, le bloc opératoire est un service souvent routinier, qui ressemble même à certains points à une chaîne de montage où l'usager va de la salle d'opération à la salle de réveil et d'infirmier en infirmier au cours et après l'intervention chirurgicale. Pour l'usager, le service semble souvent être dépersonnalisé et impersonnel. Pour l'usager, l'opération est unique, mais pour le médecin et pour le personnel du bloc opératoire, il s'agit d'un travail répété quotidiennement.

L'ensemble des fonctions des unités opérationnelles est une partie de l'organisation importante. Compte tenu du coût élevé des professionnels, il est logique de leur accorder tout le support possible.

Le médecin, le plus souvent, tend à s'identifier plus avec sa profession qu'avec l'organisation où il la pratique. Dans les centres hospitaliers, la promotion ne correspond pas l'ascension d'une hiérarchie administrative mais au progrès professionnel, à la capacité de traiter des problèmes professionnels de plus en plus complexes. Ainsi quand le médecin ne dispose pas de l'autonomie dont il pense avoir besoin, il est tenté d'aller ailleurs.

Les professionnels font partie d'organisations parce qu'ils peuvent y partager des ressources : un chirurgien ne peut pas se payer une salle d'opération, mais il peut la partager avec d'autres. Certains autres désirent rejoindre leur clientèle par

l'organisation : les usagers se présentent d'eux-mêmes à une organisation qui a différentes sortes de professionnels, et qui après diagnostic les dirigera vers celui qui peut le mieux les servir. Ainsi, alors que certains médecins ont leurs propres clients, d'autres les reçoivent du service d'urgence ou de la clinique externe. Aussi, les usagers ont souvent besoin des services de plus d'un professionnel à la fois : une opération chirurgicale requiert au moins un chirurgien, un anesthésiste et un infirmier. Enfin, le regroupement de différents types de professionnels permet le transfert des usagers de l'un à l'autre lorsque le diagnostic initial s'avère erroné ou quand les besoins de l'usager changent au cours du traitement.

Dans la hiérarchie professionnelle, le pouvoir est celui de l'expertise. Ceci n'empêche pas d'ailleurs l'existence d'une hiérarchie stricte, mais oblige celle-ci à refléter les niveaux d'expertise et d'expérience professionnels. Par exemple, les médecins entrent dans le centre hospitalier comme internes, puis ils deviennent chefs de départements. Par contre, dans la hiérarchie non professionnelle, le pouvoir et le statut sont associés à la fonction.

Bien que l'administrateur professionnel (directeur général, directeur des services professionnels) ne puisse pas contrôler directement les professionnels (médecins), il a un ensemble de rôles qui lui donnent dans la structure un pouvoir informel considérable. L'administrateur professionnel consacre beaucoup de temps à traiter les perturbations surgissant dans la structure.

L'administrateur professionnel a un rôle clé situé à la frontière de l'organisation, entre les professionnels qui sont à l'intérieur et des parties prenantes externes (par exemple, les gouvernements, les associations, etc.).

Toutefois, le professionnel devient dépendant de l'administrateur efficace. Le professionnel est face à un dilemme : il a souvent horreur de l'administration et désire seulement qu'on le laisse en paix exercer sa profession. Il se retrouve devant deux options soit faire le travail administratif et avoir moins de temps pour pratiquer sa profession ou laisser ce travail aux administrateurs mais leur abandonner nécessairement une partie des pouvoirs de décision.

Nous retenons, pour les fins de ce travail de recherche, certains éléments qui viennent appuyer notre démarche qui doit aboutir à des recommandations aux administrateurs du centre hospitalier.

La constatation d'un dysfonctionnement dans l'environnement de l'organisation requiert dès lors un changement (Dolan et Lamoureux, 1990). À partir de cet énoncé, nous voyons déjà la pertinence d'annoncer un changement dans le processus de la chirurgie d'un jour puisque nous y retrouvons un dysfonctionnement que nous avons décrit dans un chapitre antérieur.

Un des rôles du planificateur qui consiste à agir comme catalyseur, c'est-à-dire à encourager la pensée créative parmi les individus de l'organisation lesquels

fournissent des idées les plus novatrices quant au processus (Mintzbert, 1994) peut, à notre avis, se rattacher à notre rôle, en tant que chercheur et responsable du service d'accueil et du centre de rendez-vous au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. En effet, en côtoyant les divers intervenants du centre hospitalier, ceux-ci étaient parfois des critiques de la planification formelle, parce qu'ils remettaient en question les idées préconçues et les préjugés. Ils pouvaient fournir des idées sur les façons de faire ou d'organiser le travail de la chirurgie d'un jour.

Le changement se doit d'être planifié afin que les administrateurs puissent y percevoir la réalité du jeu. Le changement planifié a sa raison d'être sachant que l'organisation est un ensemble d'individus interdépendants et structurés qui collaborent à des activités plus ou moins variables dans lesquelles des jeux compliqués s'y jouent (Sekiou, 1986). En effet, c'est par un changement planifié (administrateurs-médecins) que nous désirons suppléer aux dysfonctions existantes de l'unité de chirurgie d'un jour.

Le changement planifié ne porte pas uniquement sur le contenu de la situation insatisfaisante mais également sur les différents processus du système social concerné. Le changement planifié se résume en quatre phases soit le diagnostic de la situation insatisfaisante, la planification de l'action, l'exécution de l'action et l'évaluation de l'action. La dimension du pouvoir et le choix d'une stratégie afin de permettre d'agencer les différentes actions à poser lors d'un changement sont aussi des éléments importants (Collerette et Delisle, 1993). Dans

notre travail de recherche, la situation insatisfaisante est posée dans un chapitre précédent, la planification de l'action est présentée avec la proposition d'un schéma organisationnel de la coordination de la chirurgie d'un jour et par l'étude de faisabilité. L'exécution de l'action se fera dans un autre temps, après que le modèle sera proposé aux administrateurs et qu'ils auront adhérer à notre projet. De plus, nous souhaitons que l'évaluation de l'action soit faite par le centre hospitalier, après la mise en oeuvre, à savoir si le changement était pertinent ou non ou s'il y a une amélioration à y apporter.

Aussi, faut-il se rappeler que pour composer avec le changement, les organisations doivent avoir des acteurs et le processus de changement doit favoriser l'engagement des divers acteurs du changement.

Conclusion

Les lectures sur le concept de la chirurgie d'un jour nous ont permis d'enrichir ce concept et son contenu pratique. Des recherches sur les différents modèles de faisabilité nous ont permis d'analyser divers modèles et d'en choisir un pour nous guider vers la résultante recherchée soit la faisabilité ou non du projet. Des lectures sur le changement organisationnel et sur les modèles de la santé nous ont permis de retenir certains éléments pertinents qui nous aideront à amener un changement planifié dans l'organisation.

Le fait que l'Association des Hôpitaux du Québec et le Ministère de la Santé et des Services sociaux s'intéressent vivement à ce sujet d'actualité qu'est la chirurgie d'un jour dans les centres hospitaliers est, à notre avis, un élément facilitateur pour faire adhérer les gens à un changement dans l'organisation quant à la chirurgie d'un jour.

CHAPITRE 4

CADRE MÉTHODOLOGIQUE

CHAPITRE 4

CADRE MÉTHODOLOGIQUE

Introduction

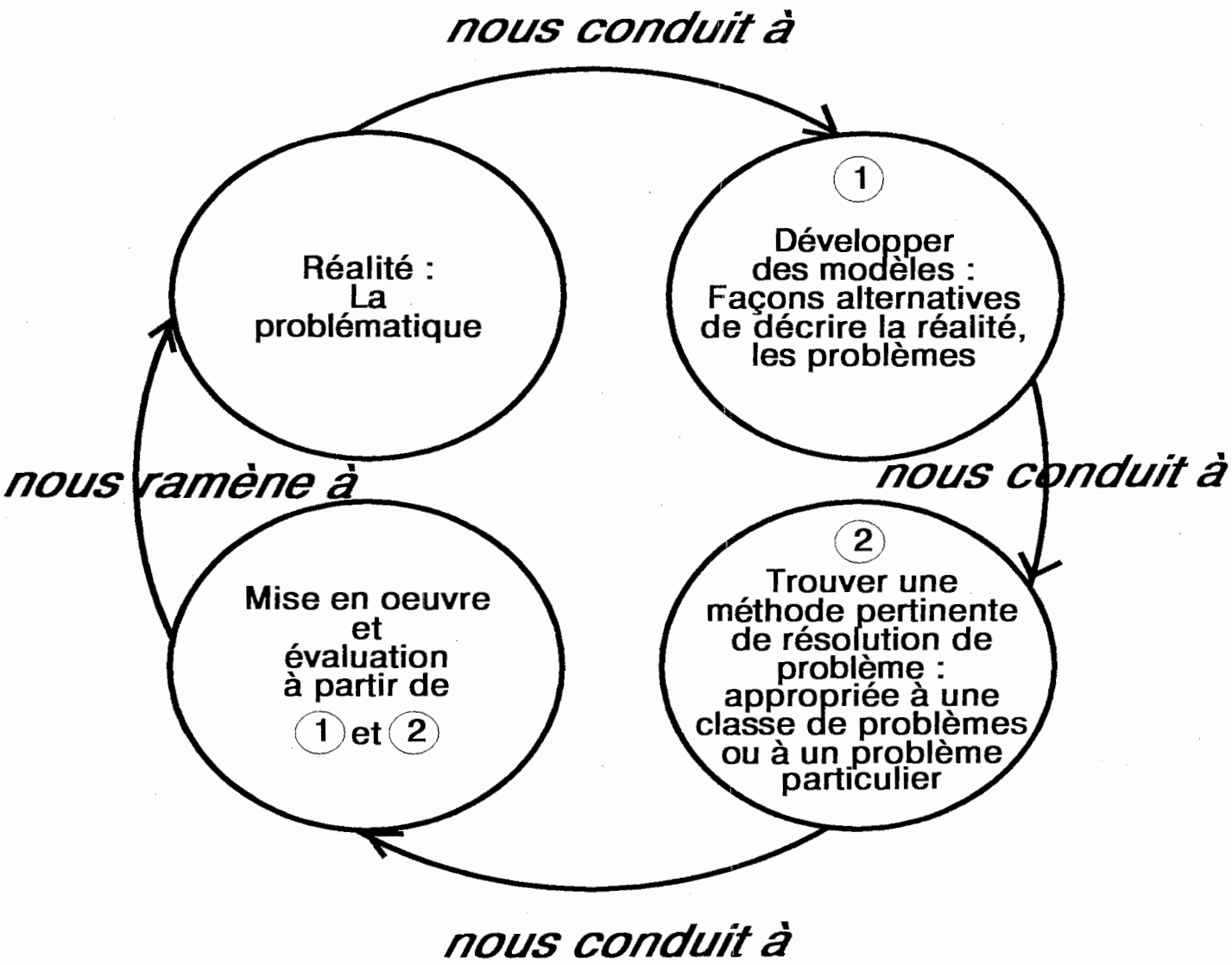
Notre démarche (explicite et falsifiable) s'articule autour d'une suite d'étapes et de règles opératoires suivies pour apporter des éléments de réponse au problème identifié au chapitre 2. À la figure 15, nous avons représenté le modèle de Wilson (1990) qui supporte notre démarche.

Nous avons découvert un problème et nous avons exposé clairement notre réalité. Ensuite, nous avons fixé des objectifs se rattachant à cette problématique. Puis, nous avons fait le recensement des écrits pertinents sur les concepts retenus. Nous avons aussi examiné ce qui a déjà été fait pour voir si cela peut, en principe, s'appliquer et éventuellement résoudre le problème que nous avons soulevé. Nous avons utilisé ou développé des modèles et des outils à partir de trois concepts retenus soit la chirurgie d'un jour, l'étude de faisabilité et le changement organisationnel. C'est à partir de ces trois concepts que nous avons abordé notre réalité. Un survol de la littérature existant sur la chirurgie d'un jour et les principaux faits d'expérience nous ont permis d'enrichir notre portrait sur la chirurgie d'un jour et préciser davantage ce que nous voulons et souhaitons améliorer au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. C'est à partir d'un recensement des écrits sur les études de faisabilité que nous avons pu choisir la démarche qui permettait de

Figure 15

Schéma général

Cycle de recherche



Source : Traduction libre de Brian Wilson, 1990

montrer la faisabilité du changement proposé. L'étude de faisabilité viendra confirmer ou infirmer la pertinence de mettre en oeuvre une nouvelle réorganisation du système de la chirurgie d'un jour et ainsi atténuer l'écart perçu entre ce que nous savons et que nous jugeons insatisfaisant, et ce que nous jugeons désirable. Aussi, nous désirons que les gens adhèrent à notre projet, c'est pourquoi nous abordons, dans notre travail, le changement organisationnel puisque notre but est d'amener un changement planifié au niveau du système de la chirurgie d'un jour. Enfin, la mise en oeuvre et l'évaluation du projet contribuent parfois à la formulation de nouveaux problèmes lorsque la solution a été plus ou moins satisfaisante. C'est alors que le cycle de recherche peut être repris à la première étape.

4.1 Le concept de chirurgie d'un jour proposé

Le concept de chirurgie d'un jour proposé est composé principalement de deux volets soit un volet administratif et un volet clinique sous la responsabilité d'un coordonnateur de la chirurgie d'un jour au centre hospitalier. Le déroulement de la chirurgie d'un jour se subdivise en trois phases d'intervention auprès de l'usager soit les phases préopératoire, opératoire et postopératoire. En phase préopératoire, l'évaluation de l'usager est faite sur une base externe, selon un protocole établi par le centre hospitalier. L'usager se présente le jour même de son intervention en chirurgie d'un jour. La phase opératoire ou intervention chirurgicale, se fait soit sous anesthésie générale, régionale ou locale. Habituellement, elle exige l'usage d'une salle d'opération et la présence d'un anesthésiste. La phase postopératoire se

déroule en deux étapes soit la phase postopératoire immédiate qui se fait sous surveillance professionnelle en salle de réveil et la phase postopératoire subséquente qui se déroule en salle d'observation et ce, jusqu'à ce que l'usager quitte le centre hospitalier. Les particularités concernant ces trois phases se retrouvent au schéma organisationnel proposé (cf. figure 12).

La connaissance approfondie de la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos, par le recensement des écrits et par la description des faits, nous aide à faire un portrait de la situation. Ceci nous permet de faire des relations entre les différents éléments. De plus, nous allons voir ailleurs ce qui se fait en chirurgie d'un jour afin d'avoir une base comparative en ce domaine. Nous allons décrire l'ensemble des moyens (le comment) que nous avons utilisés afin de parvenir à la cueillette de données. Nous précisons ensuite l'ensemble des techniques utilisées pour passer de ces données à des informations permettant d'éclairer encore plus le contenu de ce que nous proposons.

Dans ce travail de recherche, en tant que chercheur, nous devons clarifier notre rôle. En effet, nous avons une double fonction puisque nous avons effectué le recensement des écrits et nous avons relevé les faits dans l'organisation alors que nous occupions la fonction de responsable du service d'accueil et du centre de rendez-vous au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos.

Les principaux acteurs dans le système de la chirurgie d'un jour sont les

usagers ainsi que les médecins et les travailleurs oeuvrant au centre hospitalier. Les ressources humaines du centre hospitalier sont principalement les administrateurs tels le conseil d'administration, le directeur général, la directrice des services professionnels et hospitaliers et la directrice des soins infirmiers, les responsables et le personnel de différents services tels le service d'accueil et le centre de rendez-vous, le bloc opératoire, le laboratoire, l'imagerie médicale et les archives médicales (cf. figure 8).

La cueillette de données concernant la description des faits vise la compilation de l'information la plus complète possible sur la situation vécue dans le système de la chirurgie d'un jour. Suite à la description des composantes de la situation, nous insistons sur l'importance d'en repérer le sens, l'orientation et la dynamique, non seulement par l'utilisation de la seule distanciation, mais aussi par celle de l'intersubjectivité, comme mode d'appréhension du réel. Elle est complétée par une démarche où les acteurs sont questionnés sur la situation telle qu'ils la vivent afin de pouvoir déterminer le sens de leurs actions. À cela s'ajoute une série d'approches complémentaires (cueillette documentaire, échanges, entrevues) qui permettent de révéler plus avant le sens des événements observés.

Dans le cadre de nos responsabilités au centre hospitalier, nous avons à gérer une partie de la démarche de la chirurgie d'un jour et nous avons à rencontrer les divers intervenants autant d'une façon formelle qu'informelle en regard de la chirurgie d'un jour. En tant que chef de service, les différents intervenants peuvent

venir me rencontrer au besoin ou peuvent aller voir le personnel selon les situations ponctuelles qui se présentent afin de discuter de tout dossier y compris la chirurgie d'un jour. Donc, afin d'identifier les insatisfactions des intervenants ainsi que les inconforts dans le système de la chirurgie d'un jour, nous avons rencontré les intervenants parfois d'une façon formelle lors de réunions ou bien d'une façon informelle lors d'échanges avec un ou plusieurs intervenants à la fois. En effet, l'entrevue y trouve sa place puisqu'elle est une méthode efficace et économique pour obtenir l'information désirée. L'entrevue ouverte est un mode d'approche particulier à la collecte d'informations pour fins de recherche. La personne interviewée est appelée à s'engager activement afin de puiser en elle-même et de livrer au chercheur les données requises et l'interviewer entre en relation avec son interlocuteur déployant ses meilleures habiletés d'écoute et de réceptivité pour stimuler la communication. Il est permis dans ce type d'entrevue une grande souplesse pour recueillir des renseignements très précis et explorer d'autres avenues. Tous les acteurs concernés cités précédemment ont été rencontrés afin de recueillir les informations pertinentes à notre travail de recherche sans toutefois utiliser un questionnaire formel à cet effet.

Nous avons compilé toutes ces informations et nous les avons rassemblées par groupes d'intérêt des acteurs. Afin de s'assurer d'avoir bien saisi toute la problématique du système de la chirurgie d'un jour, nous avons validé le contenu du texte auprès du coordonnateur des services professionnels et hospitaliers au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos (cf. annexe 3).

Aussi, nous avons relevé certains éléments qui nous apparaissent importants concernant la chirurgie d'un jour et ce, à partir d'une cueillette de données provenant de diverses sources. En effet, nous avons recherché à rassembler toute l'information et toutes les données statistiques pouvant être disponibles relativement au système de la chirurgie d'un jour. La statistique descriptive est une méthode de description numérique qui a pour but de dégager, d'un grand nombre de données, des caractéristiques simples et nous l'avons utilisée afin de voir la répartition des admissions en chirurgie d'un jour. Aussi, des documents officiels de la firme des vérificateurs externes nous ont permis d'avoir des informations générales quant aux centres hospitaliers de l'Abitibi-Témiscamingue et ainsi pouvoir comparer les centres hospitaliers de la région avec le Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. Des documents et des statistiques provenant du MSSS, de MED-ÉCHO, de l'AHQ, de l'AHC et de la RRSSSAT nous ont permis d'obtenir des informations sur la situation géographique de l'Abitibi-Témiscamingue et du territoire de CLSC-Amos, sur les activités de la chirurgie d'un jour du Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos, des centres hospitaliers de la région, du Québec, du Canada et ailleurs. De plus, des rapports officiels du MSSS et des articles parus dans les journaux ou revues nous ont permis de relever certains faits saillants au Québec, au Canada et ailleurs. Nous avons partagé ces informations et statistiques en considérant plusieurs niveaux (local, régional, provincial, national et ailleurs). Ces données viennent enrichir le contexte nous permettant ainsi de faire des relations entre les différents éléments.

De plus, dans notre travail de recherche, nous retrouvons des tableaux, des figures et des annexes. Des données provenant de certains tableaux ont été reconduites en représentations graphiques pour mieux visualiser certains écarts. Selon le cas, nous avons utilisé les diagrammes en barres qui consistent en des rectangles et les longueurs qui sont proportionnelles aux grandeurs représentées, les diagrammes circulaires qui sont constitués par un cercle divisé en secteurs où chaque secteur a un angle au centre qui est proportionnel à la grandeur représentée (ils représentent les différentes parties d'un tout), et le polygone d'une série sans classe où chaque point est déterminé par la hauteur qui est proportionnelle à la valeur des données (les points sont reliés entre eux).

Enfin, il existe un nombre de variables qui influent sur les interventions pratiquées par le service de chirurgie d'un jour. La structure physique du service et les aptitudes que possède le personnel du service de chirurgie d'un jour sont les variables considérées comme les plus importantes.

4.2 L'étude de faisabilité du changement proposé

Dans un premier temps, avant d'effecuer l'étude de faisabilité, nous avons considéré le cycle de vie d'un projet tel que définit par O'Shaughnessy (1992). Il comporte trois phases soit la phase développement, la phase réalisation et la phase opérationnelle (cf. figure 9). Dans notre projet de recherche, nous déployons nos efforts à la phase développement du projet c'est-à-dire la méthode de résolution de

problème car les phases réalisation et opérationnelle seront réalisées par les administrateurs du centre hospitalier. La phase développement permet de définir et d'analyser le projet en profondeur nous permettant ainsi de prendre une décision quant à la poursuite ou à l'abandon du projet. C'est dans la phase développement que nous retrouvons l'étude de faisabilité. L'étude de faisabilité a pour buts de procéder à une analyse détaillée des différentes composantes du projet et de vérifier la faisabilité du projet pour chacune de ses composantes.

Ensuite, nous avons utilisé la méthode du cadre logique (O'Shaughnessy, 1992 qui s'inspire d'un document de l'ACDI, 1981). C'est une technique de formulation de projet. Le cadre logique permet de définir succinctement un projet. Il établit à l'avance les règles qui feront, qu'une fois réalisé, le projet puisse être considéré comme étant un succès ou un échec. Le cadre logique nous est utile autant dans la définition du projet que lors de sa planification, de sa réalisation et de son évaluation. Nous avons utilisé, dans notre travail de recherche, un cadre logique préliminaire de la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos (cf. figure 11). Nous avons adapté le cadre logique préliminaire de l'auteur pour correspondre aux besoins de notre travail de recherche. C'est un outil structurant dans le sens où sur un même document, nous retrouvons à la fois tous les éléments du projet. Il nous permet d'identifier toutes les responsabilités de chacun et de déterminer à l'avance les conditions à remplir pour que le projet soit jugé efficient et efficace. Le cadre logique comprend quatre colonnes et quatre rangées. Nous y retrouvons les niveaux descriptifs ou d'objectifs du projet soit les

intrants, les extrants, les objectifs spécifiques et l'objectif général et l'ensemble des suppositions critiques à satisfaire pour atteindre les divers niveaux d'objectifs du projet. Aussi, le cadre logique préliminaire comporte , pour chacun des niveaux descriptifs du projet, des indicateurs objectivement vérifiables ainsi que des moyens précis de vérification de ces indicateurs. Le fonctionnement s'opère à partir de relations causales entres les divers niveaux descriptifs du projet et en fonction d'hypothèses relatives à la réalisation des suppositions critiques fixées aux différents niveaux descriptifs du projet. Aussi, on y retrouve l'explication de chacun des niveaux descriptifs du projet ainsi que des moyens précis afin de vérifier si les objectifs ont été atteints ou non. Les résultats conduisent à une décision relative quant à la poursuite ou non du projet. Le cadre logique préliminaire comporte habituellement deux versions. La deuxième version est rédigée à partir des infirmations recueillies lors de l'étude de faisabilité et les ajustements sont apportés à la première version.

À partir du recensement des écrits concernant les modèles d'étude de faisabilité, nous avons retenu le modèle de Clifton et Fyffe (1977) qui est représenté à l'annexe 4. C'est une approche qui présente plusieurs étapes soit l'analyse du marché, l'analyse financière, l'analyse technique et l'analyse socio-économique. Ce modèle est un guide qui questionne chaque étape et permet une réponse aidant à la poursuite de l'étude du projet. Dans le cadre de notre travail de recherche, nous l'avons modifié et adapté à notre problème de recherche. En effet, nous avons retiré l'analyse socio-économique et nous avons ajouté l'analyse organisationnelle. Nous

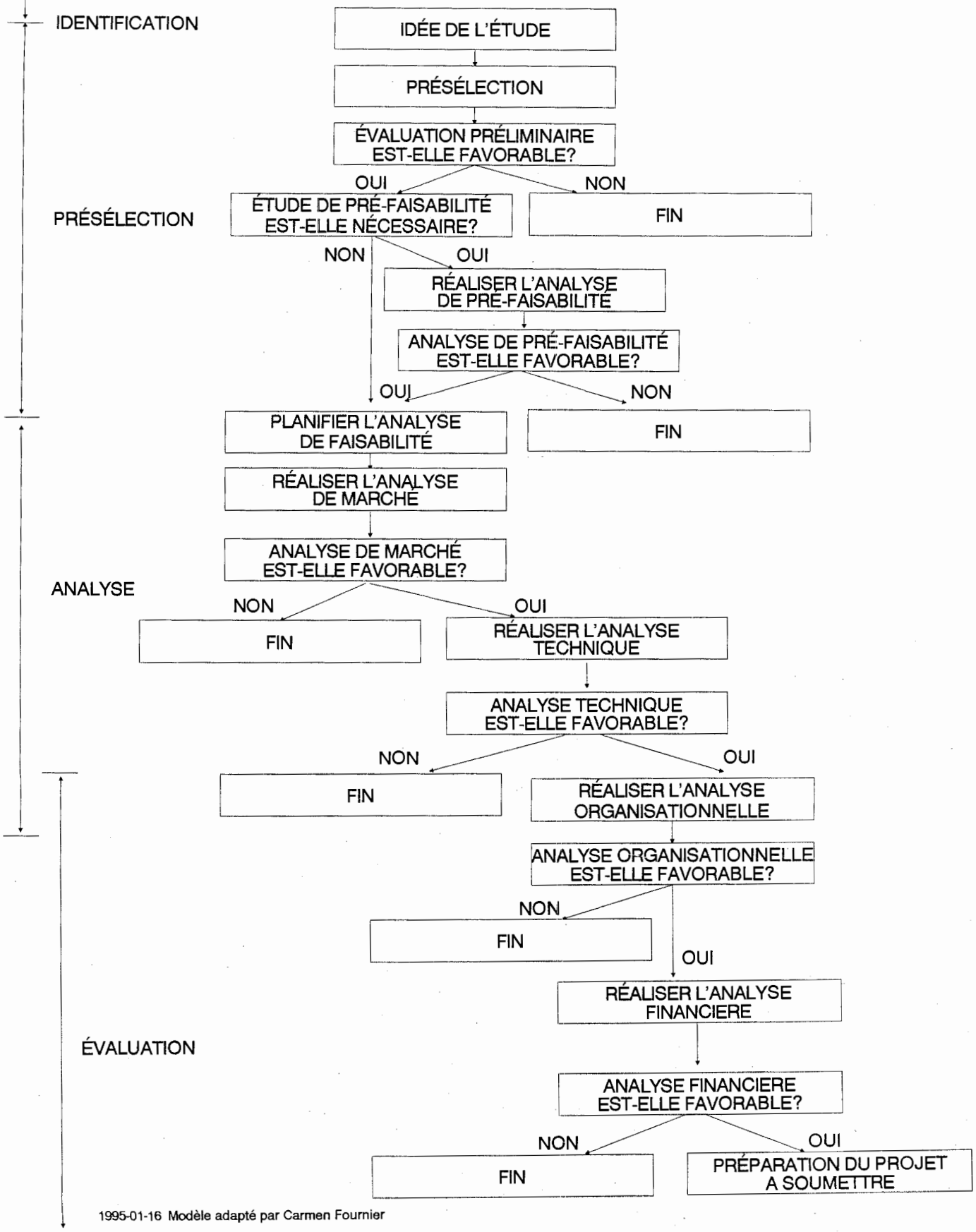
avons illustré, à la figure 16, le modèle de Clifton & Fyffe modifié qui reprend les principaux éléments.

Nous avons combiné, au modèle de Clifton et Fyffe (1977), la dynamique entre les différentes composantes de l'étude de faisabilité selon l'approche proposée par O'Shaughnessy (1992) qui est représentée à la figure 17. Ce modèle supporte notre démarche d'étude de faisabilité. Toutefois, il faut mentionner que les différentes composantes ont été adaptées à notre problématique. En effet, nous avons retenu quatre analyses soit : l'analyse de marché qui réfère à la notion de service destiné à une clientèle cible dont l'objectif global consiste à mesurer et à estimer le marché; l'analyse technique qui vise principalement à déterminer si le projet est techniquement faisable et les aspects techniques du projet doivent être compatibles avec les opérations de l'organisation tout en répondant aux exigences des utilisateurs; l'analyse organisationnelle qui tient compte principalement des ressources humaines visant l'identification des besoins en personnel, le recrutement, la rétention de la main-d'oeuvre et de la structure organisationnelle qui se résume dans un organigramme et dans des descriptions de tâches; et l'analyse financière qui, par l'estimation des coûts, permet de déterminer la rentabilité du projet et de fixer l'investissement requis.

Dans ce contexte, l'étude de faisabilité a généralement pour buts de procéder à une analyse détaillée des différentes composantes du projet, de vérifier la faisabilité du projet pour chacune de ses composantes, d'évaluer les risques et

Figure 16

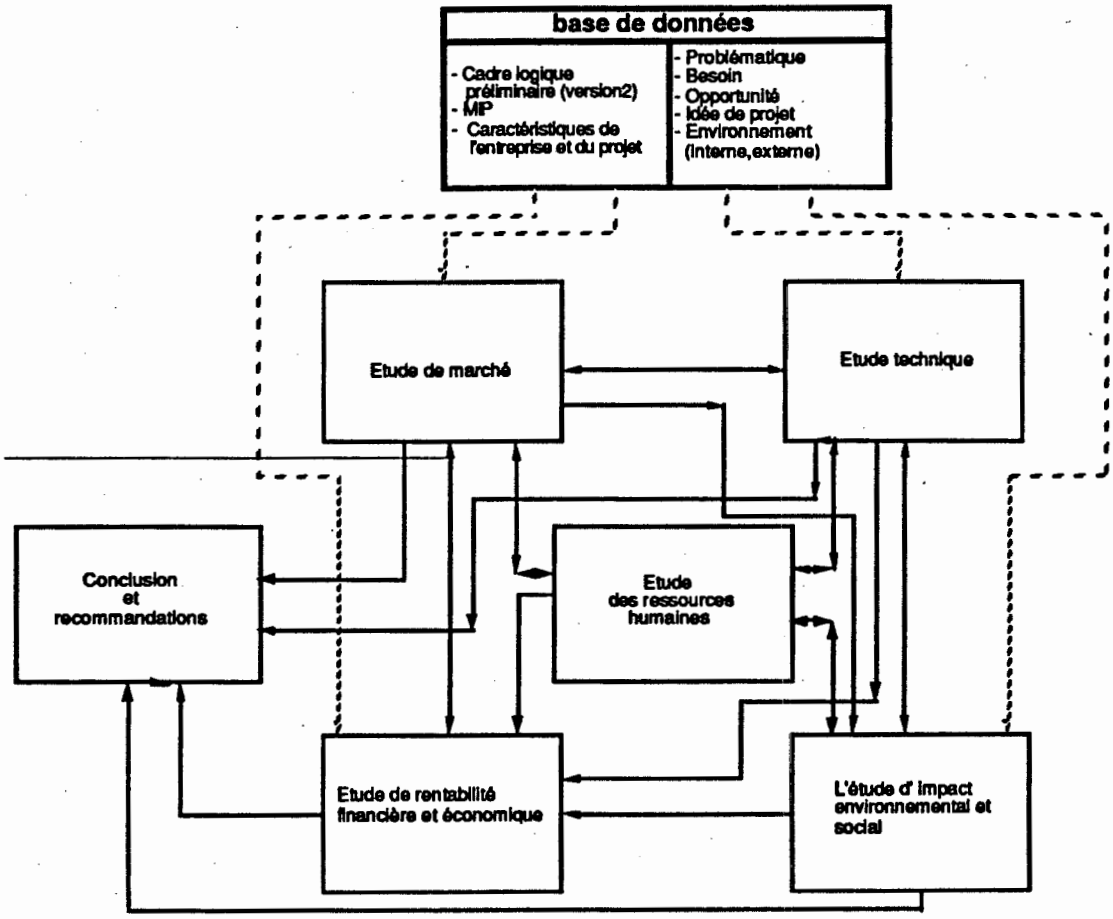
Modèle de faisabilité de Clifton et Fyffe modifié



1995-01-16 Modèle adapté par Carmen Fournier

Figure 17

Dynamique entre les différentes composantes de l'étude de faisabilité



Source : O'Shaughnessy, 1992

d'identifier les variables critiques, de décider si nous devons réaliser ou non le projet ou de formuler des recommandations relatives aux diverses composantes du projet.

C'est par l'étude de faisabilité que nous allons en vérifier les impacts organisationnels et financiers (ressources humaines et ressources matérielles). Nous accordons une attention spéciale à ces éléments-clés. Ces étapes nous conduiront à la faisabilité ou à la non faisabilité du projet.

Par le contexte particulier d'un centre hospitalier, il nous a fallu adapter les données à recueillir par rapport aux différentes analyses visées dans cette étude. En s'inspirant de l'approche de O'Shaughnessy (1992) et du modèle de faisabilité de Clifton et Fyffe (1977), nous abordons individuellement chacune des composantes de l'étude de faisabilité en identifiant un ensemble de questions-clés que nous retenons comme étant pertinentes et dont les réponses nous permettront de porter un jugement sur le projet. À la figure 18, nous reprenons les composantes de l'étude de faisabilité et y ajoutons les éléments retenus comme étant pertinents.

L'analyse de marché, dans notre travail de recherche, est rattachée au secteur public et vise plus particulièrement des besoins ou des services et elle est une étape tout aussi importante. Elle va nous permettre de recueillir toutes les données nécessaires pour en faire l'évaluation. Il s'agira essentiellement de confirmer l'existence d'un marché ainsi que d'alimenter ce marché de manière rentable. Les décisions sont alors basées sur son savoir du marché et sur ses habiletés des projections futures du marché potentiel. De cette étude dépendra en grande partie la qualité des décisions que nous aurons à prendre plus tard. Bien gérer, c'est aussi prendre de bonnes décisions.

Dans notre travail de recherche, nous avons recherché les données qui peuvent être utilisées, isolées, décrites et quantifiées pour nous permettre d'identifier le marché de la chirurgie d'un jour principalement au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. Les principaux points retenus pour cette analyse sont : la

Figure 18

Composantes de l'étude de faisabilité de la chirurgie d'un jour

Composantes	Éléments concernant la chirurgie d'un jour
Analyse de marché	Définition et typologie Variables qui influent Intervenants Attentes Caractérisation du marché
Analyse technique	Technologies médicales Matériel et équipements requis Localisation
Analyse organisationnelle	Structure juridique Ressources humaines Impacts organisationnels
Analyse financière	Financement requis pour les ressources humaines et matérielles États financiers prévisionnels Évaluation de la rentabilité financière Risque

Inspiré de : O'Shaughnessy,1992; Clifton et Fyffe, 1977

définition de la chirurgie d'un jour retenue ainsi que les variables qui influent sur les interventions pratiquées par une unité de chirurgie d'un jour; les intervenants de la chirurgie d'un jour dans l'organisation (le personnel de l'électrocardiographie, de la clinique externe, de l'imagerie médicale, du bloc opératoire, du centre de jour, du centre de rendez-vous, du département d'anesthésie, du laboratoire, du service d'accueil et des archives médicales, les médecins) et l'usager; les principales attentes des intervenants et de l'usager en regard des dysfonctions du service de chirurgie d'un jour; la caractérisation du marché quant à la chirurgie d'un jour c'est-à-dire le type de marché visé, la taille et la croissance de ce marché, le profil de la

clientèle et l'estimation du marché potentiel en chirurgie d'un jour.

La trousse d'appréciation du potentiel de développement de la chirurgie d'un jour de l'Association des hôpitaux du Québec (1992) nous aidera à relever les principaux éléments essentiels à notre projet et ainsi faciliter notre tâche tout en respectant la spécificité de notre établissement. Nous nous proposons d'utiliser une méthode validée qui nous permettra d'estimer rétrospectivement le nombre d'usagers qui auraient pu réalistement être traités en chirurgie d'un jour parmi la clientèle hospitalisée principalement en 1991-1992. A partir de huit types d'interventions chirurgicales, il est relevé le nombre d'usagers traités en chirurgie d'un jour dans l'établissement, le nombre de personnes qui ont été hospitalisées pour ces mêmes types d'intervention et qui auraient pu être traités en chirurgie d'un jour.

La démarche d'appréciation du potentiel en chirurgie d'un jour est constituée de l'analyse comparative du profil d'utilisation de la chirurgie d'un jour dans ce centre hospitalier, de la sélection du choix des interventions prioritaires à haut potentiel de transfert en chirurgie d'un jour dans l'établissement, de l'estimation rétrospective de la clientèle cliniquement admissible à la chirurgie d'un jour et de son impact sur l'utilisation des lits. Certains indicateurs d'auto-analyse et critères de sélection nous permettront une rétroaction dans diverses sphères de l'activité médicale en milieu hospitalier. Nous allons entre autres : comparer le profil d'utilisation de la chirurgie d'un jour dans ce centre hospitalier à celui observé dans

les milieux de pointe; identifier au besoin les interventions chirurgicales qui en raison de leur potentiel de substitution en chirurgie d'un jour, mériteraient une attention prioritaire; estimer pour chacune de ces interventions la clientèle cliniquement admissible à la chirurgie d'un jour, parmi les personnes hospitalisées dans ce centre hospitalier l'an dernier grâce à l'application de critères de sélection d'usagers; identifier des objectifs réalistes d'utilisation de la chirurgie d'un jour par type d'intervention.

Nous nous appuierons sur des critères de sélection reconnus en Amérique du Nord, facilement applicables par le fichier MED-ÉCHO, et ayant fait l'objet d'une validation par panel de chirurgiens dans un centre hospitalier universitaire au Québec (AHQ, 1992). Nous pourrons estimer pour chacune des interventions, le nombre d'usagers admissibles à chirurgie d'un jour de même que les jours d'hospitalisation et les équivalents-lits que ces derniers ont utilisés durant cette période de référence.

L'analyse technique vise principalement à déterminer si le projet est techniquement faisable, à choisir la technologie adéquate et un processus de transformation approprié et à agencer les différents intrants de façon optimale. Ainsi, nous avons adapté la façon d'analyser les éléments que nous considérons comme pertinents.

Dans notre projet, nous ne mettrons pas d'emphase sur l'analyse technique

puisque la chirurgie d'un jour fait déjà partie du système opérationnel au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. L'organisation des méthodes relève des professionnels de la santé et elle est bien connue de tous; le matériel et les équipements ont été choisis par les professionnels de la santé qui tiennent compte de la technologie récente; et la localisation qui fait référence à l'espace précis où sera logé le projet est déjà précisé au centre hospitalier.

L'analyse organisationnelle comporte un certain nombre de questions à propos desquelles des réponses doivent être trouvées. Parmi les éléments organisationnels devant faire l'objet d'une analyse au moins sommaire, les principaux sont les ressources humaines, la structure juridique et la structure organisationnelle.

Les ressources humaines ayant un impact important dans toute organisation, il va sans dire qu'il peut alors y avoir une incidence sur la structure organisationnelle et qu'elle peut être modifiée. Quant à la structure juridique, nous y retrouvons des lois, des réglementations, des normes, des codes, des conventions collectives de travail, des droits, etc. dont il faut tenir compte.

Dans notre travail de recherche, par l'analyse organisationnelle, nous désirons prévoir les impacts organisationnels tant au niveau des ressources humaines en évaluant les ressources humaines nécessaires dans l'organisation du service de la chirurgie d'un jour, tant au niveau de la structure organisationnelle

requise puisque plusieurs directions, départements et services sont en interrelation dans le processus de la chirurgie d'un jour et, tant au niveau légal par rapport à la pratique des interventions chirurgicales de l'unité de chirurgie d'un jour. Aussi, dans l'analyse organisationnelle, nous désirons mettre l'accent sur un mécanisme d'accès pour la clientèle concernant la chirurgie d'un jour, et c'est par l'amélioration des processus que nous y parviendrons. Précisons qu'un processus regroupe une série d'activités logiquement reliées permettant de réaliser des services à l'aide des ressources dans l'entreprise (par exemple, la chirurgie d'un jour). L'amélioration des processus est une approche structurée regroupant les efforts des intervenants dans un processus afin d'améliorer les services offerts et ainsi rencontrer ou dépasser les attentes du ou des clients. Et, pour chaque activité de la chirurgie d'un jour, nous en évaluerons les impacts, par exemple : l'utilisation des lits au centre hospitalier (admissions en chirurgie d'un jour et admissions en courte durée); la gestion du personnel sous toutes ses facettes (unités fonctionnelles et opérationnelles), la démarche de l'usager dans le système de la chirurgie d'un jour (de son entrée à sa sortie) qui comprend divers éléments, par exemple : les heures d'ouverture, les conseils prodigués à l'usager, les examens préopératoires, le programme opératoire, les responsabilités cliniques et administratives, le suivi postopératoire et la gestion de la qualité. À la fin de cette étape, une nouvelle organisation de l'unité de la chirurgie d'un jour sera proposée, et par le fait même, nous aurons relevé des informations sur les besoins en ressources humaines et matérielles.

L'analyse financière est faite à partir des éléments dégagés par les autres études préalables et elle permet de conclure à la faisabilité ou non du projet. En principe, le processus comporte deux étapes soit : la préparation d'états financiers prévisionnels, et l'examen des résultats afin de vérifier si la rentabilité prévisible du projet rencontre nos objectifs.

Dans notre travail de recherche, l'analyse financière nous aidera à déterminer si l'organisation doit procéder à la réorganisation de la chirurgie d'un jour. Notre analyse financière doit reposer principalement sur les ressources nécessaires pour l'amélioration du processus de la chirurgie d'un jour afin d'améliorer le service à la clientèle.

Nous devons, entre autres, déterminer quels sont les objectifs de l'utilisation de l'unité de chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. Il est d'intérêt de s'interroger à priori sur les chances de succès d'une telle réorganisation de l'unité de chirurgie d'un jour : Nous devons, tout d'abord, examiner la faisabilité d'une meilleure utilisation de l'unité de chirurgie d'un jour et la réponse nous mènera à la pertinence ou non d'apporter un changement dans le processus de la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. Ensuite, la gestion de la démarche devra s'articuler pour en maximiser les chances de succès. Les résultats de l'expérimentation de la démarche dans deux centres hospitaliers pilotes participant au projet OPTIMAH peuvent guider notre considération à cet effet.

Nous pouvons nous inspirer du mémoire d'identification de projet (MIP) pour soumettre notre projet aux administrateurs du Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos (O'Shaughnessy, 1992). Le MIP nous aide à structurer l'information suivant une démarche qui présente les renseignements de telle sorte que les dirigeants seront en mesure de statuer sur l'orientation à donner au projet en prenant une décision concernant la possibilité d'entreprendre ou non une étude de faisabilité détaillée sur les différentes composantes du projet et d'autre part à décider si le projet doit être modifié, adapté, abandonné ou poursuivi tel que présenté. (Cf. annexe 5)

Le MIP est un document succinct de sept pages comprenant trois parties distinctes soit l'origine du projet, la formulation du projet et la synthèse de l'étude de pré-faisabilité. Le MIP contient deux annexes dont l'une porte sur les solutions envisagées, mais non retenues et l'autre sur la présentation du cadre logique préliminaire du projet. Les principaux éléments du MIP peuvent se résume ainsi : une page titre indiquant le titre du projet, le responsable du projet, la date du MIP, le coût du projet, le début du projet, la fin du projet et la décision à rendre; la première partie intitulée "L'origine du projet" vient préciser l'origine du projet à l'étude et comprend la situation actuelle (problématique et/ou besoins), la situation désirée (objectif général, objectifs spécifiques), les contraintes à respecter, la signature du demandeur et du responsable ainsi que la date des signatures; la deuxième partie intitulée "La formulation du projet" vise à définir ce à quoi devrait ressembler le projet une fois terminé et comprend la description générale du projet (mandat), l'échéancier des principaux extrants, la description des principaux extrants

(spécifications), la description des principaux intrants et les principales spécifications critiques; la troisième partie intitulée "La synthèse de l'étude de pré-faisabilité" a pour but de démontrer si le projet tel que formulé est réalisable ou non et nous y retrouvons un bref résumé des principales informations obtenues pour chacune des variables étudiées ainsi qu'une recommandation découlant de cette analyse soit la description du marché, les caractéristiques techniques du projet, la localisation, les aspects organisationnels du projet, l'estimation des coûts et des bénéfices, la conclusion et la recommandation.

Aussi, des données supplémentaires peuvent être amenées, à titre indicatif, afin d'obtenir une vision globale quant à des économies potentielles, quant à une meilleure utilisation de l'unité de chirurgie d'un jour et ainsi insister les administrateurs à adhérer à notre projet.

Il est important de préciser, à ce moment-ci, que la réorganisation de l'unité de chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos sera un choix d'établissement puisque tous les coûts reliés à ce changement doivent être considérés dans l'enveloppe budgétaire annuelle de l'établissement.

Conclusion

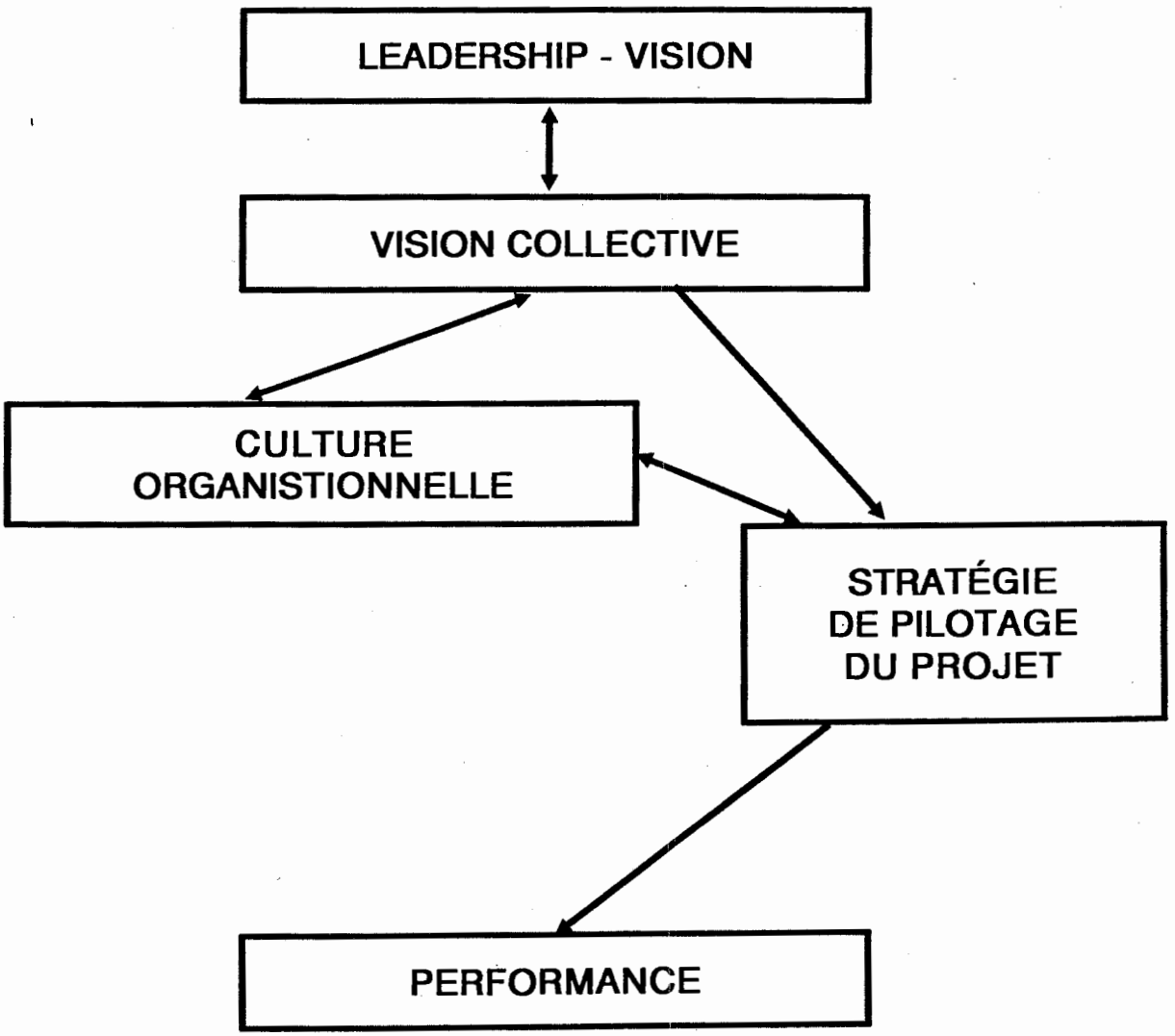
Le Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos ayant privilégié, depuis 1992, une unité intégrée de chirurgie d'un jour, c'est avec cette orientation que nous avons

poursuivi notre démarche puisqu'elle correspond à notre réalité.

L'étude de faisabilité vient confirmer ou infirmer la pertinence de proposer une réorganisation de l'unité de chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. Nous la retrouvons dans la phase développement du cycle de vie d'un projet et les phases réalisation et opérationnelle se réaliseront dans un deuxième projet, après que nous aurons présenter notre projet aux administrateurs et qu'ils auront adhérer à celui-ci. Nous retrouvons le changement organisationnel dans la mise en oeuvre du projet. Dans ce travail de recherche, nous désirons amener aux administrateurs des éléments qui feront en sorte qu'ils seront intéressés par notre projet. En effet, c'est à partir de la vision des uns et des autres que les gens adhèrent à un changement collectif. (Cf. figure 19)

Nous croyons que cette méthode de résolution de problème n'est pas exclusive au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos et qu'elle peut s'appliquer à d'autres centres hospitaliers souhaitant améliorer le processus de chirurgie d'un jour.

Figure 19
Changement organisationnel



Source : Document miméo A. Gbodossou, 1996

CHAPITRE 5

ANALYSE DES DONNÉES ET PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

CHAPITRE 5

ANALYSE DES DONNÉES ET PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Introduction

Tout d'abord, nous définissons notre projet puis, nous présentons, d'une part, les conditions préalables à la mise en oeuvre du modèle que nous avons proposé c'est-à-dire les ressources humaines et l'organisation physique des lieux nécessaires et adaptés aux besoins de la chirurgie d'un jour, et d'autre part, les suppositions critiques qui peuvent devenir une entrave à la démarche de l'opérationnalisation du changement à apporter.

Nous avons amassé les données jugées pertinentes pour les fins de ce travail et, nous les analysons pour présenter des résultats qui seront interprétés à la lumière des questions que nous avons formulées au départ. Les résultats amenés s'appuient sur le traitement et l'analyse des données. Nous utilisons principalement la statistique descriptive qui a pour but de décrire les caractéristiques essentielles d'un ensemble de données numériques. Toutefois, la description qualitative est aussi utilisée, entre autres, lors des entrevues.

Les sources de données sont principalement les données internes et les données externes et elles sont disponibles soit à l'intérieur ou à l'extérieur du centre hospitalier. Ainsi, les données sur la chirurgie d'un jour sont regroupées aux

niveaux local, régional et provincial et l'étude de faisabilité comporte les analyses de marché, technique, organisationnelle et financière.

Par la présentation des résultats, nous verrons les liens qui existent avec le cadre conceptuel présenté antérieurement et ce, pour l'amélioration du processus de la chirurgie d'un jour et pour une meilleure utilisation de la chirurgie d'un jour. Et à l'issu des résultats, des recommandations seront présentées aux administrateurs du Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos.

5.1 Définition du projet

Nous proposons une réorganisation du système de chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos appuyée par un schéma organisationnel de la coordination de la chirurgie d'un jour qui est divisé en deux volets soit un volet administratif et un volet clinique (cf. figure 12). Les résultats concernent principalement deux aspects. Tout d'abord, les avantages qui sont liés à une réorganisation du système de la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. Ainsi, l'amélioration du processus de chirurgie d'un jour permettra d'atténuer les dysfonctions existantes. Aussi, les informations concernent les avantages qui sont liés à une meilleure utilisation de la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. Celles-ci permettent de déceler un potentiel de développement de la chirurgie d'un jour d'où la pertinence d'améliorer le processus de la chirurgie d'un jour.

5.1.1 Les conditions préablables

Les conditions préalables sont les conditions importantes qui doivent être réalisées pour que le projet soit lancé. Ce sont des conditions que les administrateurs peuvent contrôler. Dans tous les projets, nous considérons, entre autres, que le financement gouvernemental est une condition nécessaire à la réalisation du projet. Nous avons énuméré, pour notre projet, certaines conditions préalables qui en favoriseront la réalisation.

Les ressources humaines requises et l'organisation physique des lieux nécessaires à l'amélioration du processus de la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos doivent être adaptées aux besoins de la chirurgie d'un jour.

Le changement doit être planifié par les dirigeants du centre hospitalier car la stratégie est l'une des phases les plus critiques auxquelles les administrateurs ont à faire face. Il faut s'assurer que les supports organisationnels de structure, de plans opérationnels, de contrôle et d'animation des travailleurs soient adaptés aux caractéristiques des actions qu'il est nécessaire d'entreprendre.

Les administrateurs du centre hospitalier doivent croire au changement proposé et doivent prendre le leadership. L'adhésion des principaux acteurs est

essentielle. Il faut qu'au moins un chirurgien soit intéressé au projet et soit capable de leadership au niveau de l'équipe médicale. Il faut un directeur engagé et prêt à supporter les autres chirurgiens dans la réalisation de cette démarche et dans ses implications décisionnelles.

Une telle adhésion n'est envisageable que si les chirurgiens de l'établissement ont eux-mêmes reconnu la pertinence d'apporter certains ajustements à leur pratique chirurgicale suite à des informations et à des expériences vécues dans d'autres établissements. Ils doivent être en mesure d'en reconnaître les avantages, et doivent croire en la faisabilité de les concrétiser dans leur établissement, avec le support des administrateurs. De plus, il est important d'impliquer le plus de gens possible à tous les niveaux en autant qu'ils soient concernés par les changements à apporter.

5.1.2 Les suppositions critiques

Pour la réussite d'un projet, il faut tenir compte des sources de risque qui peuvent affecter le projet et devenir une entrave à la démarche. Les suppositions critriques sont non contrôlables par les administrateurs. Elles peuvent provenir soit de l'environnement interne ou externe du projet. En effet, nous pouvons penser que telle chose peut arriver mais nous ne pouvons pas prédire qu'elle arrivera ou non. Lorsque nous avons identifié ces sources de risque, nous pouvons évaluer la probalité de réalisation et leur impact sur le projet. Dans notre étude, nous avons

relevé certaines sources de risque pour le projet.

Le processus de changement, tant au niveau de l'amélioration du processus de la chirurgie d'un jour qu'au niveau d'une meilleure utilisation de la chirurgie d'un jour, est un mécanisme par lequel un ensemble de caractéristiques touchent le personnel ou la structure organisationnelle du centre hospitalier. Entre autres, les attitudes et les valeurs des travailleurs se modifient dans le temps et peuvent apporter une résistance au changement.

Les administrateurs, en se lançant dans le processus de changement proposé, favorisent l'action et la réaction, ce qui peut poser un problème soit celui du pouvoir. Le succès va dépendre en grande partie du cadre politique de la situation. Les acteurs en présence (employés, cadres intermédiaires et supérieurs, médecins, syndicats) vont influencer la réalisation de la stratégie en la favorisant ou, au contraire, en la freinant.

Un climat de respect et de confiance entre chirurgiens, gestionnaires et personnel du centre hospitalier est essentiel. En fait, si ce climat de bon vouloir ne se retrouve pas chez tous ceux qui seront touchés par les mesures retenues, à un moment ou l'autre, lors des phases réalisation ou opérationnelle du projet, la motivation à poursuivre cette démarche peut ne plus être la même et mettre en péril le succès de l'opération.

Aussi, tous les facteurs que le centre hospitalier ne maîtrise pas peuvent devenir un élément négatif à la réussite du changement. Par exemple, certaines variables environnementales peuvent surgir et retarder, voire même, compromettre le changement amorcé (les ressources humaines : personnel, médecins; les ressources matérielles : fournitures et équipements médicaux; les ressources financières : allocation budgétaire, compressions budgétaires; les ressources informationnelles : statistiques, évaluation; la structure organisationnelle : normes, valeurs, culture, objectifs).

5.2 Étude de faisabilité de la chirurgie d'un jour

Les composantes de l'étude de faisabilité de la chirurgie d'un jour et leurs principaux éléments retenus pour les fins de cette recherche se retrouvent à la figure 18.

5.2.1 L'analyse de marché

5.2.1.1 Définition et typologie

La chirurgie d'un jour se définit comme une chirurgie élective qui requiert les facilités d'un bloc opératoire, qui est pratiquée sous une surveillance professionnelle en phase postopératoire immédiate mais dont la récupération rapide permet à l'usager un retour à domicile le jour même de l'intervention chirurgicale.

Depuis 1992, le Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos a développé une unité intégrée de chirurgie d'un jour c'est-à-dire qu'elle partage les salles d'opération et de réveil principales de l'établissement. Le service possède ses propres ressources en ce qui concerne les traitement préopératoires, opératoires, et postopératoires, ainsi que pour les formalités de sortie et le suivi.

5.2.1.2 Variables

Les variables qui influent sur les interventions pratiquées par l'unité de chirurgie d'un jour au centre hospitalier sont en conséquence de la structure physique de l'unité, de l'expérience et des aptitudes que possède le personnel de l'unité. Et les principaux critères sont la sélection des usagers, le service d'anesthésie, le consentement éclairé de l'usager, les cas d'intervention exclus du programme de chirurgie d'un jour, les dispositions suivant la sortie de l'usager, la distance à parcourir après la sortie et le mode de transport dont dispose l'usager.

5.2.1.3 Intervenants

Les principaux intervenants qui jouent un rôle dans le système de chirurgie d'un jour au centre hospitalier sont les administrateurs, le personnel concerné, les médecins et les usagers. (Cf. figure 6)

5.2.1.4 Attentes

Les principales attentes des intervenants du centre hospitalier en regard du de la chirurgie d'un jour sont entre autres : une meilleure planification des admissions de chirurgie d'un jour et des hospitalisations, une efficacité accrue de la chirurgie d'un jour, une réorganisation des activités, une centralisation des activités, une autonomie dans le travail, une atténuation des dysfonctions qui existent ou un meilleur service à la clientèle.

5.2.1.5 Caractérisation du marché

La population de l'étude est celle de la région sociosanitaire de l'Abitibi-Témiscamingue et des territoires de CLSC qui la composent avec ses 151 978 habitants (Recensement, 1991). La région est partagée entre six territoires de CLSC désignés par le nom de la principale municipalité : Amos, La Sarre, Rouyn-Noranda, Témiscaming, Val-d'Or et Ville-Marie (cf. annexe 6). Et le territoire de CLSC Amos avec ses 25 334 habitants (Recensement, 1991) est partagé entre vingt (20) territoires désignés par le nom de la principale municipalité (cf. annexe 7).

La clientèle cible comprend tous les usagers qui ont subi ou qui doivent subir une intervention chirurgicale en chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos.

Le marché potentiel comprend tous les usagers qui subiront une intervention chirurgicale en chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos qu'ils proviennent du territoire de CLSC Amos ou d'un autre secteur de l'Abitibi-Témiscamingue et tous les usagers du secteur Amos qui pourraient faire une admission en chirurgie d'un jour dans un autre secteur que celui d'Amos.

Les secteurs où les usagers se sont présentés pour leur admission en chirurgie d'un jour sont ainsi représentés. Au total, 497 personnes ont été inscrites en chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu D'Amos : d'une part, parmi ces 497 personnes, 186 personnes provenaient d'un autre secteur que celui d'Amos soit 28 de Rouyn-Noranda, 51 de La Sarre, 106 de Val-d'Or et 1 de Ville-Marie (cf. figure 20); et d'autre part, 442 personnes du secteur Amos ont été inscrites en chirurgie d'un jour dans un autre territoire que celui d'Amos soit 111 à Rouyn-Noranda, 294 à Val-d'Or, 1 à Ville-Marie, 26 à Montréal et 10 ailleurs au Québec (cf. figure 21). (Source des données : MED-ÉCHO/MSSS, 1993, cf. annexe 8)

La croissance du marché est une croissance rapide qui n'a pas encore atteint sa maturité. En effet, le centre hospitalier comptait 497 admissions en chirurgie d'un jour en 1991-1992, 2 366 en 1992-1993 et 2 670 en 1993-1994 (cf. tableau 2; figure 22). (Source des données : MED-ÉCHO, 1986-1987 - 1993-1994).

Figure 20
CDJ 1991-1992 Amos et sa provenance

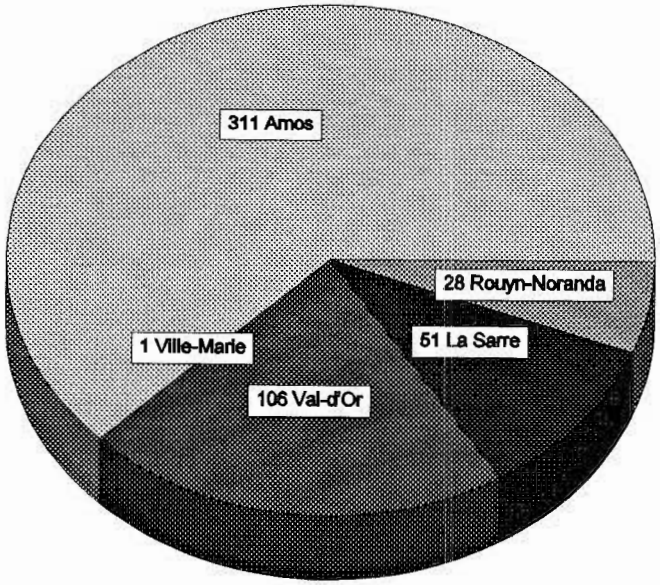


Figure 21
CDJ 1991-1992 Amos dans autres secteurs

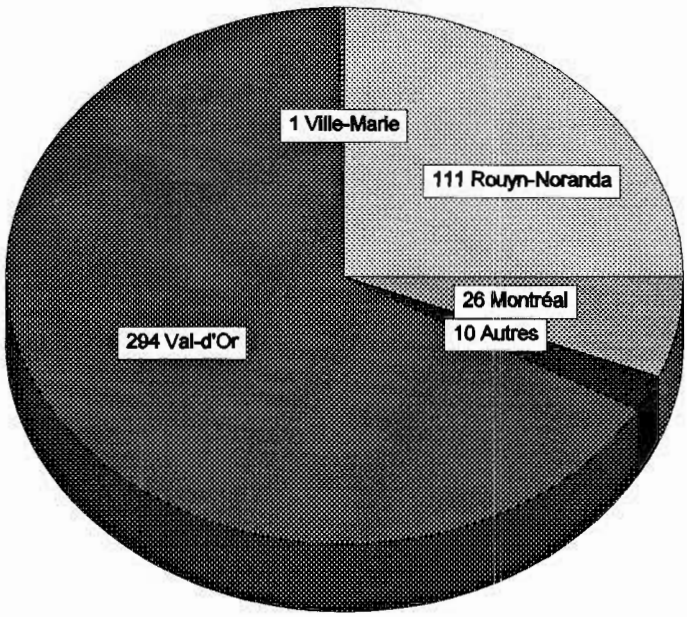


Tableau 2

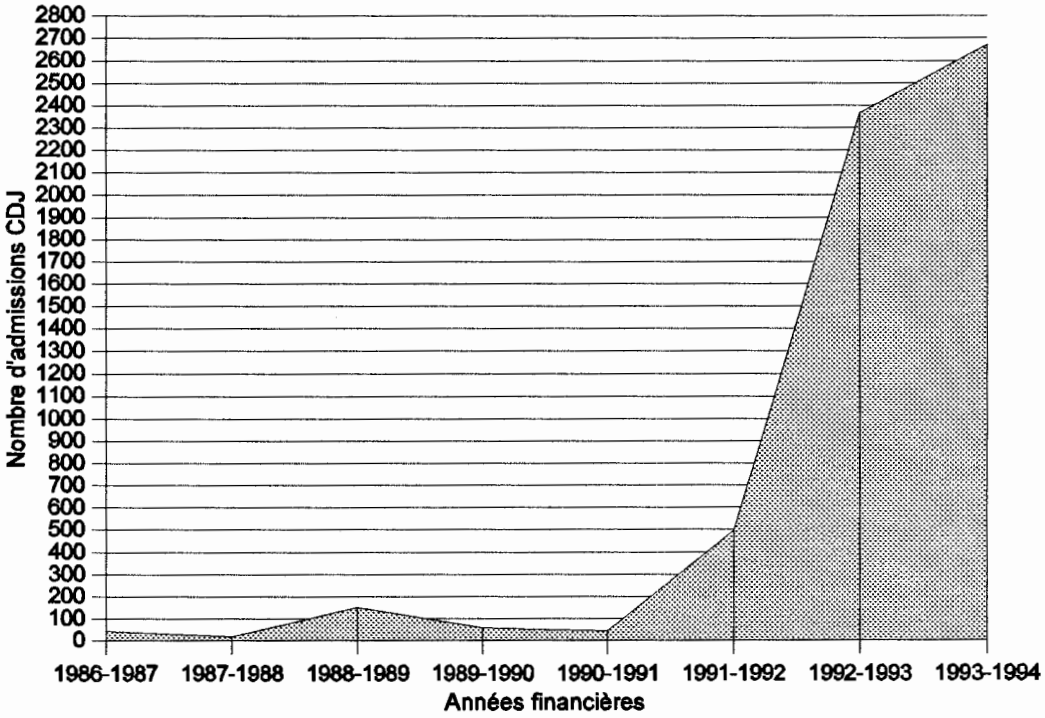
Admissions en chirurgie d'un jour
Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos 1986-1994

1986-1987	43	admissions en chirurgie d'un jour
1987-1988	19	admissions en chirurgie d'un jour
1988-1989	152	admissions en chirurgie d'un jour
1989-1990	57	admissions en chirurgie d'un jour
1990-1991	42	admissions en chirurgie d'un jour
1991-1992	497	admissions en chirurgie d'un jour
1992-1993	2 366	admissions en chirurgie d'un jour
1993-1994	2 670	admissions en chirurgie d'un jour

Source : Base de données MED-ÉCHO

Figure 22

CH Hôtel-Dieu d'Amos - CDJ 1986-1994



La proportion des cas pratiqués en chirurgie d'un jour en 1991-1992, selon le taux de prévalence qui est de 35 pour le Centre hospitalier d'Amos comparativement à 86 pour le maximum groupe et 92 pour le maximum Québec et de 65 à 79 pour les milieux étalons démontre que le centre hospitalier est en deça de tous les groupes. Par rapport aux interventions, au centre hospitalier, certaines d'entre elles ne sont pas faites en chirurgie d'un jour comparativement aux autres groupes. Certains types d'intervention ne font pas partie des spécialités de l'établissement et tous les usagers hospitalisés inclus dans les présentes données n'auraient pas nécessairement été de bons candidats à la chirurgie d'un jour. (Source des données : AHQ, 1992, cf. annexe 9)

Le potentiel net d'activités en chirurgie d'un jour en 1991-1992 représente, pour le Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos, un taux moyen d'occupation de 85% pour les lits de chirurgie, sur une base annuelle. Le taux d'utilisation du potentiel en chirurgie d'un jour n'est que de 70,63%. Concernant les interventions spécifiques, 202 usagers ont été traités en chirurgie d'un jour en 1991-1992, 84 usagers ont été hospitalisés et auraient été admissibles en chirurgie d'un jour et le potentiel net d'activités en chirurgie d'un jour est de 286 cas. (Source des données : AHQ, 1992, cf. annexe 10)

5.2.1.6 Analyse de marché est-elle favorable?

L'analyse de marché nous apparaît favorable en considérant principalement

que le nombre d'admissions en chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu est en croissance, que le centre hospitalier est en deça de tous les groupes pour la proportion des cas pratiqués en chirurgie d'un jour selon le type d'intervention et le milieu de référence et que le potentiel net d'activités en chirurgie d'un jour est de 286 cas. Nous constatons qu'un marché potentiel existe pour la chirurgie d'un jour d'où la pertinence de poursuivre avec l'analyse technique.

5.2.2 L'analyse technique

5.2.2.1 Technologies médicales

La technologie médicale, d'une façon assez large, comprend les appareils médicaux et instruments, les procédures médicales et chirurgicales aussi bien que les systèmes organisationnels et de soutien. La technologie en matière de santé renvoie à divers moyens technologiques qui incluent les connaissances et le savoir-faire dans le système de santé. Ces tâches concernent la grande majorité des professionnels et du personnel de la santé. Le champ est vaste.

La chirurgie d'un jour fait donc référence à différentes technologies médicales et anesthésiques. À ce jour, les équipements et instruments médicaux reliés aux interventions chirurgicales en chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos sont conformes et adéquats. L'organisation des méthodes relève des professionnels de la santé oeuvrant dans l'établissement lesquels possèdent un

pouvoir d'expertise en ce domaine. La responsable du bloc opératoire nous affirme qu'aucun autre équipement médical n'est requis pour les interventions chirurgicales en chirurgie d'un jour. De plus, le support technique des équipements médicaux est assuré par deux personnes à l'emploi du centre hospitalier soit des techniciens en biomédical.

5.2.2.2 Matériel et équipements requis

Les professionnels de la santé jouent un rôle important dans le choix des technologies médicales. Leur but principal est de fournir les meilleurs soins possibles aux usagers, soit pour améliorer leur état de santé, soit pour les conserver dans leur clientèle, soit pour des motifs de prestige ou soit pour toutes ces raisons ensemble.

En effet, les équipements et instruments médicaux sont sélectionnés en collaboration avec les professionnels de la santé particulièrement en regard de leurs spécialités chirurgicales tout en tenant compte de l'évolution de la technologie médicale et de la technologie anesthésique pouvant mieux répondre aux besoins des usagers. Les équipements médicaux au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos sont conformes et disponibles au centre hospitalier. Concernant les équipements médicaux au centre hospitalier, mentionnons en autres : la scanographie, les articulations artificielles, l'endoscopie par fibre optique, etc. D'autres équipements sont aussi requis outre les équipements médicaux spécialisés pour la chirurgie d'un

jour soit les équipements et fournitures de bureau lesquels sont aussi disponibles dans l'établissement. Ces principaux équipements sont les postes de travail. informatisés ou non, que le personnel infirmier ou d'admission requiert, les locaux adaptés aux besoins des usagers tels les locaux, vestiaire et salle de toilette. (Cf. annexe 11 : liste non exhaustive des ressources matérielles).

5.2.2.3 Localisation

Au centre hospitalier, les bâtiments, les infrastructures sont déjà en place sans compter que l'unité de chirurgie d'un jour est déjà localisée au bloc opératoire et fait partie du système opérationnel au centre hospitalier.

5.2.2.4 Analyse technique est-elle favorable?

Dans notre projet, l'analyse technique ne s'avère pas très complexe et n'est pas exhaustive. La technologie médicale, par son évolution, exerce une influence sur l'état de santé de la population telle la pratique médicale. En regard de la chirurgie d'un jour, nous considérons que l'analyse technique est favorable puisqu'au centre hospitalier, les technologies médicales sont adéquates, le matériel et les équipements sont conformes et disponibles, et les bâtiments et les infrastructures sont déjà en place.

Nous pouvons conclure que les équipements actuels peuvent répondre à une

augmentation de clientèle en chirurgie d'un jour. De plus, la population estime avoir droit aux meilleurs soins et aux meilleurs technologies disponibles dont la chirurgie d'un jour. Nous poursuivons donc avec l'analyse organisationnelle.

5.2.3 L'analyse organisationnelle

5.2.3.1 Structure juridique

Les centres hospitaliers publics sont les acteurs cibles les plus visés par les mesures gouvernementales et ils sont touchés par des instruments juridiques (par exemple, l'obligation de l'approbation des équipements médicaux). Aussi, les médecins sont davantage visés par les instruments juridiques et financiers concernant l'utilisation des techniques médicales.

Dans notre projet de recherche, l'aspect juridique ne pose pas problème car, d'une part, les équipements médicaux reliés à la chirurgie d'un jour sont conformes aux normes, et d'autre part en ce qui concerne la chirurgie d'un jour, tous les experts s'entendent pour reconnaître qu'un élément clé à un service sécuritaire en chirurgie d'un jour est la sélection rigoureuse des usagers cliniquement admissibles à une chirurgie d'un jour. À cet effet, l'AHQ (1992) a publié des critères de sélection qui sont largement utilisés et ils sont disponibles pour les professionnels de la santé.

5.2.3.2 Ressources humaines

Les ressources humaines du centre hospitalier doivent être adaptées aux besoins de la chirurgie d'un jour. Une estimation des ressources humaines requises pour répondre aux tâches reliées à la chirurgie d'un jour n'est suggérée qu'à titre illustratif à cause des particularités organisationnelles qui y jouent un rôle prépondérant (cf. annexe 12). Pour répondre aux besoins de la réorganisation du système de la chirurgie d'un jour, nous proposons : un poste à demi-temps de coordonnateur pour le programme de la chirurgie d'un jour; un poste de préposée à l'admission pour le dossier de l'usager; l'équivalent d'une infirmière et demi par deux civières en salle de réveil; l'équivalent d'une infirmière pour quatre à cinq usagers en salle d'observation pré et postopératoire (elle peut aussi s'occuper des renseignements auprès de l'usager); le personnel administratif pour l'administration et la gestion de la qualité.

5.2.3.3 Impacts organisationnels

Les principaux impacts organisationnels dans l'organisation du système de la chirurgie d'un jour touchent une meilleure utilisation des lits, une meilleure gestion du personnel, les rapports d'examens ou d'analyses en temps et lieu, l'organisation des visites aux anesthésistes, un seul service centralisé pour la chirurgie d'un jour ayant des avantages pour les médecins et l'usager. Les justifications de chacun des éléments pré-cités sont définies à l'annexe 13. Les administrateurs veulent en

même temps tenir leur établissement à l'avant-garde du progrès et contrôler le volume de leurs dépenses et ce, tout en répondant aux demandes de leur personnel médical et des usagers.

Nous pouvons conclure que les ressources humaines sont disponibles au centre hospitalier et il est de la responsabilité des administrateurs de planifier les ressources humaines en fonction des activités reliées à la chirurgie d'un jour.

5.2.3.4 Analyse organisationnelle est-elle favorable?

En regard de la chirurgie d'un jour, la structure juridique du centre hospitalier ne posant pas problème, les ressources humaines ayant identifiées approximativement incluant le volet administratif et le volet clinique de la chirurgie d'un jour, et les impacts organisationnels ressortant positifs, nous voyons la pertinence de poursuivre notre démarche quant à l'amélioration du processus de la chirurgie d'un jour et à une meilleure utilisation de l'unité de chirurgie d'un jour. Ceci nous amène à réaliser l'analyse financière.

5.2.4 L'analyse financière

5.2.4.1 Financement requis

Les principaux éléments identifiés dans le processus de la chirurgie d'un jour

concernant les implications financières peuvent, à ce moment-ci, être quantifiées approximativement en fonction de l'organisation du service de chirurgie d'un jour en 1992-1993 et de la réorganisation proposée ainsi que de l'accroissement du volume visé en chirurgie d'un jour au centre hospitalier. (Cf. annexe 14).

À l'annexe 15, des extraits du rapport financier annuel 1992-1993 du Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos ont été relevés pour nous permettre d'établir approximativement le financement requis pour la réorganisation de la chirurgie d'un jour tout en tenant compte de l'augmentation visée des admissions en chirurgie d'un jour.

Le financement requis est calculé en considérant la capacité d'augmenter à près de 4 000 le nombre de chirurgies d'un jour par année. Le calcul provient d'une hypothèse d'utilisation maximale des civières disponibles pour la chirurgie d'un jour soit 10 civières pouvant recevoir l'équivalent de 15 usagers par jour. Nous avons pris une moyenne de 15 admissions en chirurgie d'un jour sur une possibilité de 260 jours d'opération au bloc opératoire.

Quant à l'estimation concernant les ressources matérielles requises pour répondre aux tâches reliées à la chirurgie d'un jour, il en ressort : que les équipements médicaux spécialisés sont conformes et disponibles; que les équipements divers autres que médicaux, les locaux et les fournitures de bureau sont aussi disponibles; que l'augmentation des fournitures au bloc opératoire ainsi

que des services diagnostiques est calculée en fonction de près de 4 000 admissions en chirurgie d'un jour par année à partir du coût unitaire brut de chacun d'eux relevé au rapport financier annuel 1992-1993 du Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. L'implication financière concernant les ressources matérielles requises est identifiée à l'annexe 11.

L'estimation des ressources humaines requises pour répondre aux tâches reliées à la chirurgie d'un jour a été faite à partir de ce qui existe actuellement et ce qui est requis en considérant la nouvelle organisation de la chirurgie d'un jour et le volume visé pour les admissions en chirurgie d'un jour. L'écart entre les deux nous indique le financement requis additionnel pour pouvoir augmenter le nombre d'admissions en chirurgie d'un jour à près de 4 000 par année. Principalement, il est requis en personnel : l'ajout d'un demi-poste pour la coordination du programme de la chirurgie d'un jour; l'addition de trois heures par jour pour la préposée à l'admission pour le dossier de l'usager; l'ajout de 1.13 infirmières en salle d'observation pré et postopératoire dont celles-ci devront aussi prendre et donner les renseignements aux usagers. L'implication financière en regard des ressources humaines requises est identifiée à l'annexe 12.

5.2.4.2 Évaluation de la rentabilité financière

Si le centre hospitalier veut offrir des services équivalents à ceux offerts en hospitalisation, il est essentiel de s'assurer d'avoir des activités bien organisées et

structurées. La chirurgie d'un jour peut être utilisée, sur le plan des coûts, dans deux contextes différents et les administrateurs du centre hospitalier auront à se positionner en ce sens.

Tout d'abord, elle peut être utilisée pour augmenter les ressources hospitalières sans addition de lits donc le développement de la chirurgie d'un jour permettra de dégager des lits et d'hospitaliser des usagers qui auraient dû demeurer plus longtemps sur une liste d'attente. Les coûts hospitaliers augmentent en fonction du développement de la chirurgie d'un jour et du type de clientèle qui remplace les usagers déplacés vers la chirurgie d'un jour. Les coûts sont alors directement reliés aux différents types d'interventions chirurgicales en chirurgie d'un jour.

D'autre part, l'utilisation de la chirurgie d'un jour peut permettre au centre hospitalier de faire certaines économies. Celles-ci ne sont réalisables que dans l'hypothèse d'une substitution complète, c'est-à-dire que si les ressources utilisées pour traiter les usagers sont déplacées de l'hospitalisation vers les services de chirurgie d'un jour et que si les lits utilisés pour l'hospitalisation sont fermés. En moyenne la substitution de la chirurgie d'un jour à l'hospitalisation devrait permettre des économies nettes d'environ 393 $ par cas (en dollars de 1992-1993) selon le MSSS (1995).

Selon les résultats en regard des estimations approximatives des ressources

matérielles et financières nécessaires pour répondre aux tâches reliées à la chirurgie d'un jour, une somme additionnelle de 109 618 $ est requise annuellement si le centre hospitalier veut augmenter ses admissions en chirurgie d'un jour. (Cf. annexes 11 et 12)

L'établissement ne peut pas utiliser les soldes de fonds ou l'avoir propre pour financer des activités non récurrentes. Les administrateurs devront prendre cette somme dans le budget global de l'établissement et ce, en priorisant la chirurgie d'un jour. Pour financer la chirurgie d'un jour, ils peuvent soit : diminuer leur taux d'encadrement; économiser par une meilleure gestion de leurs lits; réaliser des économies par une substitution complète c'est-à-dire que les ressources utilisées pour traiter les usagers sont déplacées de l'hospitalisation vers les services de chirurgie d'un jour et que les lits utilisés pour l'hospitalisation sont fermés; ou inviter les professionnels de la santé à faire leur part en réduisant l'utilisation de certaines technologies dont l'efficience n'est pas démontrée telles les radiographies pulmonaires préopératoires de routine, en limitant des tests et diagnostics et en éliminant la pratique médicale axée sur des besoins plutôt esthétiques.

5.2.4.3 Analyse financière est-elle favorable?

Nous faisons l'hypothèse que les administrateurs du Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos priorisent la chirurgie d'un jour sous deux angles c'est-à-dire que, dans un premier temps, ils réorganisent le système de la chirurgie d'un jour à la

satisfaction des usagers et des intervenants du centre hospitalier et, dans un deuxième temps, ils désirent augmenter le nombre d'admissions en chirurgie d'un jour dans leur établissement. Les administrateurs du centre hospitalier doivent obligatoirement considérer le financement de la chirurgie d'un jour à l'intérieur de leur budget global annuel. Ils sont les maîtres d'oeuvre de toute réalisation de projet que ce soit la chirurgie d'un jour ou autre et des choix sont à faire.

À la lumière de ces informations, l'analyse financière semble positive. La réorganisation du système de chirurgie d'un jour est financièrement réalisable. Ceci nous amène à considérer le bien-fondé de la poursuite du projet, donc à faire des recommandations aux administrateurs du centre hospitalier.

5.3 Recommandations

À l'issu des résultats obtenus, quatre recommandations sont faites aux administrateurs du centre hospitalier en regard de la chirurgie d'un jour et elle concernent principalement : l'amélioration du processus du système de la chirurgie d'un jour; une meilleure utilisation de la chirurgie d'un jour au centre hospitalier; et pour les administrateurs, une stratégie pour réaliser ce changement dans l'organisation.

Première recommandation :

Considérant que des coûts sont rattachés aux dysfonctions existant dans le système de la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos, **nous recommandons que** soit retenu le schéma organisationnel de la coordination de la chirurgie d'un jour tel qu'illustré à la figure 12, afin de viser, entre autres :

- une meilleure gestion du personnel;
- une meilleure utilisation des lits;
- des rapports d'examens ou d'analyses en temps et lieu;
- des rendez-vous fixés à l'avance pour les usagers;
- une coordination entre les différents intervenants de la chirurgie d'un jour.

Deuxième recommandation :

Considérant que le déroulement de la chirurgie d'un jour comprend trois phases principales d'intervention auprès de l'usager soit : la phase préopératoire qui a pour objectif de favoriser à la fois l'usager et les médecins par une structure ambulatoire efficace; la phase opératoire qui est dépendante de l'organisation du bloc opératoire, des techniques chirurgicales et anesthésiques utilisées ainsi que du traitement de la douleur postopératoire; et la phase postopératoire qui se déroule en deux étapes soit la phase dite immédiate et soit la phase dite subséquente, **nous recommandons :**

- qu'une visite préopératoire soit planifiée pour l'évaluation de l'usager sur une base

externe dès que la chirurgie d'un jour est envisagée, selon un protocole établi par le centre hospitalier, et couvrira tous les aspects de la préparation préopératoire (cf. annexe 16);

- que dans l'organisation du bloc opératoire, le centre hospitalier tienne compte qu'il a retenu une unité intégrée de chirurgie d'un jour, c'est-à-dire qu'elle partage les salles d'opération et de réveil principales de l'établissement et que ce service possède ses propres ressources en ce qui concerne les traitements (cf. annexe 17);
- qu'un personnel spécialisé en soins aigus, capable d'évaluer différents niveaux de conscience et de maîtriser les situations urgentes, soit assigné en salle de réveil, et que la salle d'observation postopératoire, propre à la chirurgie d'un jour, reçoive tous les usagers de la chirurgie d'un jour en tenant compte de divers éléments qui feront en sorte que l'usager pourra quitter le centre hospitalier, le jour même de son intervention et ce, en toute quiétude (cf. annexe 18).

Troisième recommandation :

Considérant que le potentiel net d'activités en chirurgie d'un jour en 1991-1992, au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos, représente un taux moyen d'occupation de 85% pour les lits de chirurgie, et ce, sur une base annuelle et que le taux d'utilisation du potentiel en chirurgie d'un jour n'est que de 70,63% avec un potentiel net d'activités en chirurgie d'un jour de 286 cas (AHQ, 1992), **nous recommandons que** les administrateurs du centre hospitalier se penchent sur les différentes étapes

à suivre quant à l'appréciation du potentiel en chirurgie d'un jour et ce, pour les aider à prendre une décision judicieuse à cet effet. (Cf.annexe 19)

Quatrième recommandation :

Considérant que le risque d'une résistance au changement peut exister quand les changements touchent les employés ou la structure organisationnelle et que la configuration structurelle d'un centre hospitalier est celle d'une bureaucratie professionnelle, **nous recommandons que** les administrateurs, afin de réaliser la substitution d'actes chirurgicaux actuellement pratiqués en soins de courte durée par des actes pratiqués en chirurgie d'un jour, utilisent des mesures promotionnelles visant à sensibiliser tant les intervenants concernés que la population aux avantages de la chirurgie d'un jour (les usagers potentiels de la chirurgie d'un jour, les médecins, les infirmières et les gestionnaires du centre hospitalier) soit par :

- l'information qui peutt être transmise à la population par différents moyens afin de faire valoir les avantages de la chirurgie d'un jour :
  . un dépliant en version française et en version anglaise, à l'intention des usagers, a déjà été réalisé par le MSSS;
  . une vidéocassette en version française et en version anglaise, pour les usagers, a été produite par le MSSS;
  . la sensibilisation des associations patronales et syndicales pourrait être favorisée par des rencontres d'information;
- la sensibilisation des médecins et des infirmières qui peut se faire par

l'entremise des corporations et associations professionnelles :

. *pour les médecins* : par le Collège des médecins du Québec, lors de colloques, ainsi qu'à l'aide de publications; par les associations professionnelles médicales telles celles des chirurgiens et des anesthésistes à l'occasion de congrès nationaux et aussi au moyen de publications; dans le cadre de programmes d'enseignement;

. *pour les infirmières* : par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, lors de congrès et de colloques, ainsi que par des articles publiés dans le bulletin mensuel de l'Ordre; par le regroupement des directeurs et responsables de soins infirmiers, lors de colloques et de journées de formation; par l'Association des infirmières de salles d'opération, à l'occasion de congrès;

- les mesures administratives qui reconnaissent la chirurgie d'un jour en tant qu'activité hospitalière :

. le perfectionnement des cadres, des chefs de département, des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens et de l'ensemble du personnel du centre hospitalier;

. des activités visant à impliquer ces différentes personnes ou ces différents conseils dans la promotion et l'organisation d'activités de la chirurgie d'un jour dans le milieur pourraient être organisées.

Conclusion

À notre avis, le schéma organisationnel de la coordination de la chirurgie d'un

jour, tel que nous le proposons, viendra atténuer les dysfonctions existantes, améliorera le service à la clientèle, atténuera les insatisfactions des intervenants du centre hospitalier et facilitera les liens entre les divers intervenants.

Parmi les ressources de nature à remplacer l'hospitalisation, la chirurgie d'un jour est en voie de devenir "la façon de faire" dans le domaine des soins chirurgicaux. Selon le MSSS (1995), au Québec, presque tous les centres hospitaliers offrent des services de chirurgie d'un jour et, la majorité d'entre eux, peuvent encore développer la chirurgie d'un jour de façon à ce que certains actes chirurgicaux qui nécessitent traditionnellement une hospitalisation puissent être dispensés plus rapidement.

La chirurgie d'un jour est une formule de plus en plus populaire auprès de la clientèle admissible en raison de ses avantages marqués sur l'hospitalisation. En effet, l'usager y retrouve certains avantages : un temps d'attente réduit; il connaît d'avance la date d'opération avec moins de risque d'annulation ou de retard; une possibilité d'éviter une nuit au centre hospitalier; une récupération plus rapide à la maison dans un environnement familier; un traumatisme psychologique moindre pour les personnes âgées ou les enfants; un retour plus rapide aux activités, au travail ou à l'école; une perturbation minimale du style de vie et de celui de sa famille; un service qui réduit l'exposition au risque d'infection nosocomiale inhérent à toute hospitalisation. En effet, la chirurgie d'un jour ne s'adresse pas seulement aux jeunes. Plus de 23% de tous les cas de chirurgie d'un jour faits aux États-Unis

en 1986 l'ont été chez des usagers de 65 ans et plus; près de 15% des chirurgies d'un jour ont été pratiquées chez des usagers âgés de 70 ans et plus en Colombie-Britannique. (AHQ, 1992)

Des changements dans la chirurgie d'un jour auront un impact sur la charge de travail du chirurgien. S'il n'y a pas de fermeture de lits, le chirurgien peut voir accroître son volume d'activités, peut voir là une possibilité d'une pratique hospitalière plus intéressante associée au traitement et suivi en hospitalisation d'une clientèle plus complexe puisque les cas plus simples sont traités en chirurgie d'un jour. Aussi, la pratique hospitalière devient moins accaparente puisque le suivi de la clientèle traitée en chirurgie d'un jour est généralement moins lourde; il devient possible de maintenir le même volume d'activité en chirurgie tout en ayant une pratique hospitalière dont une partie serait à l'abri des risques d'annulation résultant de l'occupation des lits par des urgences. Si le développement de la chirurgie d'un jour vise d'abord à accroître l'accessibilité à des services chirurgicaux de qualité où aucune fermeture de lits n'est associée à ce développement, nous voyons la possibilité d'accroître son volume d'activité et la possibilité d'une pratique hospitalière plus intéressante associé au traitement et suivi en hospitalisation d'une clientèle plus complexe puisque les cas simples seront dorénavant traités en chirurgie d'un jour. Si l'usager admis en chirurgie d'un jour n'évolue pas aussi bien que prévu et n'est pas en état de quitter le centre hospitalier le soir venu, un système d'admission prioritaire assure une place pour ces usagers.

La chirurgie d'un jour représente plusieurs avantages pour le centre hospitalier : une utilisation plus judicieuse des lits résultant d'une sélection plus rigoureuse des usagers admis, ce qui pourrait toutefois entraîner une hausse justifiée des durées moyennes de séjour des cas hospitalisés en chirurgie; la perspective d'une diminution de la période d'attente pour les usagers en attente de certaines chirurgies électives, donc une amélioration de l'accessibilité des services; un mode de fonctionnement adapté aux pratiques de soins modernes qui fait une large place aux alternatives à l'hospitalisation pour la clientèle admissible, qui répond mieux aux attentes de la clientèle sensible à son environnement naturel, et qui permet d'offrir des services de qualité à moindre coût.

Dans le contexte où le centre hospitalier viserait par une meilleure utilisation de la chirurgie d'un jour à accroître sa capacité de satisfaire la demande de soins avec le nombre de lits dressés, le centre hospitalier pourrait : accroître le volume total de chirurgie à son bloc opératoire, accroître la complexité des cas admis en chirurgie puisque les cas plus simples sont transférés en chirurgie d'un jour; avoir un fonctionnement axé sur une utilisation optimale des ressources pour répondre à une demande croissante de soins hospitaliers; offrir le même volume de services de chirurgie élective avec une accessibilité vraisemblablement plus rapide et une qualité de soins égale ou supérieure.

CONCLUSION

CONCLUSION

Conditions générales de la démarche

Les dysfonctions relevées au processus de la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos nous ont conduite à développer des modèles pour mieux décrire la réalité du problème perçu. Le modèle de Wilson (1990) supporte toute notre démarche (cf. figure 1). C'est une suite d'étapes et de règles opératoires suivies pour nous aider à trouver des éléments de réponse propres au problème identifié.

C'est à partir de trois concepts retenus soit la chirurgie d'un jour, l'étude de faisabilité et changement organisationnel que des modèles et des outils ont été utilisés ou développés pour soutenir notre démarche. Tout d'abord, c'est un survol de la littérature existant sur la chirurgie d'un jour et les principaux faits d'expérience en ce domaine qui nous ont permis d'enrichir l'image de la chirurgie d'un jour. Nous avons proposé un schéma organisationnel en regard de la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. Nous croyons que le changement proposé pour l'amélioration du processus de la chirurgie d'un jour viendra atténuer l'écart entre la situation actuelle et la situation désirée. Et, afin de connaître la faisabilité de notre projet, nous avons poursuivi notre travail de recherche par une étude de faisabilité du projet. À cet effet, le recensement des écrits sur les études de faisabilité nous a permis de retenir, principalement, un modèle pour nous aider à

démontrer la faisabilité ou non du projet. Enfin, nous désirons que les administrateurs adhèrent à notre projet. Leur adhésion amènera un changement dans leur organisation. C'est par le recensement des écrits sur le changement organisationnel que nous avons relevé certains éléments qui favoriseront la réussite du changement proposé au système de la chirurgie d'un jour.

Dans notre travail de recherche, nous avons considéré le cycle de vie d'un projet qui comprend trois phases soit la phase développement, la phase réalisation et la phase opérationnelle (O'Shaughnessy, 1992). Dans cette étude, nous avons concentré nos efforts à la phase développement qui comprend, entre autres, l'étude de faisabilité. Les phases réalisation et opérationnelle se réaliseront, plus tard, par les administrateurs du centre hospitalier.

En réponse aux analyses de marché, technique, organisationnelle et financière de l'étude de faisabilité, nous considérons qu'elles sont favorables à la faisabilité du projet. L'analyse de marché nous a permis de reconnaître que le nombre d'admissions en chirurgie d'un jour est à la hausse et que le centre hospitalier a un potentiel net d'activités en chirurgie d'un jour. L'analyse technique nous a permis de constater, qu'au centre hospitalier, les technologies médicales sont conformes et adéquates, que le matériel et les équipements sont disponibles et que les bâtiments et les infrastructures sont déjà en place. L'analyse organisationnelle nous a conduite à considérer qu'aucun problème ne semble exister au niveau de la structure juridique, que les ressources humaines peuvent

être disponibles dans l'établissement et que les impacts organisationnels semblent positifs. Enfin, l'analyse financière fait ressortir, d'une façon positive, que les administrateurs du centre hospitalier auront à prioriser ce projet en regard de la chirurgie d'un jour. Le financement requis devra être pris à l'intérieur de leur budget global annuel. Le financement pour les ressources humaines et matérielles requises pour la réalisation du projet peuvent être disponibles dans l'organisation, donc nous pouvons conclure à la faisabilité de notre projet.

À l'issu des résultats obtenus, nous avons fait quatre recommandations aux administrateurs du Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. Elles concernent principalement l'amélioration du processus de la chirurgie d'un jour, une meilleure utilisation de l'unité de la chirurgie d'un jour et une stratégie d'implantation du changement dans l'organisation. Tout d'abord, nous leur avons proposé un schéma organisationnel de coordination de la chirurgie d'un jour afin d'atténuer les dysfonctions existantes dans le système de la chirurgie d'un jour (cf. figure 12). Ensuite, nous avons retenu les trois phases de la chirurgie d'un jour soit les phases préopératoire, opératoire et postopératoire et nous avons proposé aux administrateurs du centre hospialier une série d'éléments qu'ils devront considérer à cet égard. En plus, nous leur avons soumis certaines étapes importantes à tenir en compte en regard de l'appréciation du potentiel en chirurgie d'un jour et ce, en ce qui concerne leur établissement. Enfin, afin d'amoindrir le risque de résistance au changement, nous avons recommandé une stratégie pour les usagers et les intervenants en chirurgie d'un jour afin de faire connaître et de faire accepter la

chirurgie d'un jour comme activité hospitalière au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos.

Fonction critique

L'annonce de cette réorganisation du système de la chirurgie d'un jour amène une nouvelle façon de faire dans l'organisation, c'est pourquoi nous avons retenu le concept de changement organisationnel dans notre travail de recherche. La préparation d'un changement organisationnel est une étape critique et importante, et un projet de changement bien préparé augmente de façon considérable ses chances de succès (Ouellet, 1993). Le changement planifié a sa raison d'être puisque l'organisation est un ensemble d'individus interdépendants et structurés qui collaborent ensemble à des activités (Sékiou, 1986). Le choix d'une stratégie devient important afin de permettre d'identifier et d'agencer les différentes actions à poser lors d'un changement (Collerette et Delisle, 1993). Tout changement est accepté dans la mesure où l'acteur pense qu'il a des chances de gagner quelque chose et sent qu'il maîtrise suffisamment les leviers et les conséquences du changement (Bernoux, 1985). De plus, dans un centre hospitalier nous retrouvons une bureaucratie professionnelle qui met l'accent sur le pouvoir de la compétence qui est de nature professionnelle (Mintzberg, 1982).

En conséquence, dans la stratégie de changement, nous devons avoir une bonne compréhension du pouvoir des acteurs en présence et des buts personnels

poursuivis par chacun. Il faut être conscient du risque inhérent aux jeux des acteurs impliqués. Un projet n'est jamais géré dans un contexte de certitude.

Nous avons réfléchi sur la démarche poursuivie pour en arriver aux recommandations. Il ressort, qu'en tant que chercheur, nous avions une double fonction puisque nous étions à l'emploi du Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos pendant cette étude. Le fait d'avoir validé les informations recueillies auprès du coordonnateur des services professionnels et hospitaliers du Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos nous assure d'avoir bien saisi toute la problématique du système de la chirurgie d'un jour. Aussi, nous avons orienté la stratégie pour amener le changement dans l'organisation sur des moyens, principalement des mesures promotionnelles en regard de la chirurgie d'un jour. Nous croyons que ces éléments de promotion feront accepter la chirurgie d'un jour comme activité hospitalière et ce, autant au niveau des usagers que des intervenants. Puisque nous considérons que le concept de changement planifié désigne tout effort de changement qui s'exerce de façon consciente et que nous cherchons à atteindre un but bien précis, nous sommes convaincue qu'il doit y avoir une intention, une volonté des administrateurs d'imprimer une direction à la démarche. De plus, puisque les acteurs sont importants dans une organisation, nous croyons que la sensibilisation auprès des intervenants de l'organisation leur fera accepter le changement dans le système de la chirurgie d'un jour.

La connaissance des faits est hypothétique plutôt que finale puisqu'elle est

constamment corrigible. Nous croyons que les réponses des intervenants peuvent être nuancées selon les situations, le climat ou les personnes. Les produits de notre expérience sont difficilement comparables puisque nous ne pouvons pas reproduire les faits.

Il s'avère évident, que dans toute démarche, nous pouvons ajuster les concepts pour enrichir la problématique afin d'en arriver aux résultats attendus et aux recommandations. La présente étude s'est échelonnée sur une certaine période de temps. Alors, si nous avions à refaire cette démarche, plusieurs facteurs viendraient influer sur les résultats. En effet, certaines variables des environnements interne et externe, les acteurs qui ont changé au centre hospitalier viendraient nuancer le portrait de la situation.

Ouverture sur le monde

À notre avis, il est possible de réaliser ce projet, non pas seulement au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos mais aussi dans tous les milieux hospitaliers. Par contre, nous devons retrouver, chez les administrateurs, la volonté d'améliorer le processus de la chirurgie d'un jour. De plus, il est nécessaire d'avoir, au moins, un chirurgien qui se sente concerné par une meilleure utilisation de l'unité de la chirurgie d'un jour et qui soit prêt à mettre à contribution son leadership naturel vis-à-vis ses pairs.

Les solutions proposées par la science ne sont que partiellement vraies, elles ne sont jamais considérées comme complètes et finales. La science est une tentative, un essai continuel et elle admet qu'il est toujours possible de faire des erreurs et qu'il faut remettre en question continuellement ses faits, ses théories et ses explications. Le jeu de la science est en principe sans fin. Le centre hospitalier, après la mise en oeuvre du projet, doit faire une évaluation du modèle proposé. Ainsi, si la solution a été plus ou moins satisfaisante, il doit reprendre le cycle de recherche à la première étape (problématique). Il doit vérifier, entre autres, s'il y a eu amélioration au processus de la chirurgie d'un jour et s'il y a eu une meilleure utilisation de l'unité de chirurgie d'un jour.

De plus, le concept de chirurgie d'un jour peut encore être amélioré. La technologie médicale a tendance à évoluer rapidement, tout en exerçant une influence sur l'état de santé de la population. Elle se manifeste aussi sur des variables imporantes comme les budgets, la pratique médicale et la sécurité du public. À cet effet, des recherches sur des technologies chirurgicales et anesthésiques peuvent faire découvrir des techniques nouvelles qui permettraient de faire, en chirurgie d'un jour, des types d'interventions jusqu'à ce jour considérés impossibles à faire. C'est une voie explorable qui peut révolutionner encore le monde de la chirurgie.

En terminant, la chirurgie d'un jour est parmi les ressources de nature à remplacer progressivement l'hospitalisation. Elle est en voie de devenir *"la façon*

de faire" dans le domaine chirurgical. Les avantages sont largement démontrés et ce, tant pour les usagers, les médecins et les centres hospitaliers. La chirurgie d'un jour permet d'offrir des services de qualité à la population et elle doit être utilisée pour accroître la performance du réseau de la santé et des services sociaux.

L'ère post-réforme annonce, pour l'ensemble du réseau, une importante période de transition et de changements organisationnels. *"L'ère ambulatoire - Les technologies chirurgicale et anesthésique se développant d'une manière presque expotentielle, la chirurgie d'un jour est en voie de révolutionner le domaine de la chirurgie. Pour des interventions de plus en plus nombreuses et de plus en plus complexes, elle permet d'offrir de meilleurs services à moindre coût, c'est-à-dire de mieux utiliser la ressources hospitalière. Malgré le retard que nous avons pris dans l'utilisation de son potentiel de développement, nous n'échapperons pas au phénomène : la chirurgie d'un jour vient bouleverser la notion même de l'hôpital, elle préfigure le type de soins que nous réserve la médecine de l'an 2000."* [5] Par contre, *"Les avantages thérapeutiques et la pression budgétaire ont beau se conjuguer, il serait quand même hasardeux de présumer que la transformation souhaitée de la pratique chirurgicale se réalisera du jour au lendemain. Négocier un virage aussi prononcé en faisant fi des réticences légitimes et en évitant de satisfaire un certain nombre de conditions péalables serait téméraire. La transformation des pratiques chirurgicales commande en effet un changement important des mentalités et des habitudes de chirurgiens et des anesthésistes mais aussi du personnel infirmier. La*

---

[5] InterAction, volume 1, numéro 3, Printemps 1995

collaboration de l'administration hospitalière est également indispensable." [6]

Enfin, nous sommes confiante que notre projet de recherche amènera une amélioration au processus de chirurgie d'un jour et une meilleure accessibilité pour l'usager à ces services. Par une meilleure coordination de la chirurgie d'un jour, nous atténuerons les dysfonctions existantes et nous maximiserons l'utilisation de l'unité de chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos.

---

[6] InterAction, volume 2, numéro 3, Printemps 1995

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE CANADIENNE DE DÉVELOPPEMENT INTERNATIONAL. La méthode du cadre logique dans la gestion et l'évaluation des projets de coopération, ACDI, 1981.

AHQ. Programme d'incitation et de support à la chirurgie d'un jour, Collection : Rapports et bilans, novembre 1993, 38 pages.

AHQ, Communiqué de presse : La Loi 120 : première étape d'une Réforme à compléter, août 1991, 3 pages.

AHQ, OPTIMAH. Appréciation du potentiel de développement de la chirurgie d'un jour dans un centre hospitalier à l'aide du fichier MED-ÉCHO, Hôpital Maisonneuve-Rosemont et Centre hospitalier régional de Lanaudière, Collection : Rapports et bilans, décembre 1991, 77 pages.

AHQ, OPTIMAH. La chirurgie d'un jour : Peut-on faire plus? Trousse d'appréciation du potentiel de développement en chirurgie d'un jour, Collection : Trousse d'implantation, octobre 1992, 61 pages.

ALSÈNE, Éric; CARIGNON, Joëlle. Une méthode nouvelle de gestion du changement technologique, Gestion, mai 1993, pp. 49-60.

BEAUDOIN, Pierre. La gestion du changement : Une approche stratégique pour l'entreprise en mutation, Libre Expression, Stratégies d'Entreprise, 1990, 220 pages.

BEHRENS, W.; HAWRANEK, P.M. Manuel de préparation des études de faisabilité industrielle, Organisation des Nations Unies pour le développement industriel (ONUDI), Vienne 1993, 283 pages.

BERGERON, Jean-Louis; CÔTÉ LÉGER, Nicole; JACQUES, Jocelyn; BÉLANGER, Laurent. Les aspects humains de l'organisation, gaëtan morin éditeur, 1979, 337 pages.

BERNOUX, Philippe. La sociologie des organisations, initiation, les Éditions du Seuil, 1985, pp. 135-199.

BORDELEAU, Yvan. Comprendre et développer les organisations, méthodes d'analyse et d'intervention, Les éditions Agence d'ARC inc., 1987, 297 pages.

CENTRE HOSPITALIER HÔTEL-DIEU D'AMOS. Chirurgie de jour, DSPH-7521-02, Direction des services professionnels et hospitaliers, 1992, 6 pages.

CENTRE HOSPITALIER HÔTEL-DIEU D'AMOS. Rapport annuel 1992-1993.

CG/DSP/RRSSSAT. Répartition des inscriptions de soins infirmiers de jour des résidents de l'Abitibi-Témiscamingue selon le lieu de traitement au Québec par territoire de CLSC en 1991-1992, novembre 1993, 1 page.

CLIFTON, David S., Jr; FYFFE, David E. Project Feasibility Analysis : A Guide to Profitable New Ventures, A Wiley-Interscience Publication, 1977, 340 pages.

COLLERETTE, Pierre; DELISLE, Gilles. Le changement planifié - Une approche pour intervenir dans les systèmes organisationnels, Édition revue et corrigée, Éditions Agence d'Arc, 1993, 213 pages.

CRENER, Maxime; MONTEIL, Bernard. Principes de management, Les Presses de l'Université du Québec, 1979, pp. 457-485.

CROZIER, Michel; FRIEDBERG, Erhard. L'acteur et le système, cinquième partie : Réflexions sur le changement, Éditions du Seuil, 1977, pp. 325-388.

CRSSSAT. Plan d'effectifs médicaux autorisé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, région de l'Abitibi-Témiscamingue (08), Rouyn-Noranda, mars 1992, 51 pages.

DENIS, J.-Louis; CHAMPAGNE, François. Pour comprendre le changement dans les organisations, Gestion, février 1990, pp. 44-55.

DOLAN, Shinon L.; LAMOUREUX, Gérard. Initiation à la psychologie du travail, chapitre 13 : Le changement et le développement organisationnel, gaëtan morin éditeur, 1990, pp. 385-419.

FRIEDBERG, Erhard. Le Pouvoir et la Règle - Dynamiques de l'action organisée, chapitre 11 : L'importance de la stratégie de changement, Sociologie Seuil, 1993, pp. 319-346.

GAUTHIER, Benoît et al. Recherche sociale de la problématique à la collecte de données, Presses de l'Université du Québec, 1990, 535 pages.

GBODOSSOU, André et al. 2PMO801 Méthodologie de la recherche, Recueil d'articles scientifiques, UQAT, automne 1991.

GIROUX, Nicole. La gestion du changement stratégique, Gestion, mai 1991, pp. 8-14.

GORTNER, Harold F.; MAHLER, Julianne; BELL NICHOLSON, Jeanne. La gestion des organisations publiques, chapitre 10 : Le changement et le développement organisationnel, Presses de l'Université du Québec, 1993, pp. 515-576.

GOYETTE, Gabriel; LESSARD-HÉBERT, Michelle. La recherche-action, ses fonctions, ses fondements et son instrumentation, Presse de l'Université du Québec, 1987, 204 pages.

GRANDMONT; O'SHAUGHNESSY. Notes de cours inédites, UQTR, 1990.

GUEST, R.H.; HERSEY, P.; BLANCHARD, K.H. Organisation Change through Effective Leadership, Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1986.

HARRINGTON, James H. La réingénierie des processus administratifs : Le pouvoir de réinventer son organisation, Les éditions Transcontinentales inc., 1994, 406 pages.

INNOVEXCEL CONSULTANTS INC. Amélioration des processus, spécialistes en formation et consultation, 1993, 84 pages.

IST SANTÉ. Mise à jour des statistique A/D/T, nombre d'admissions en chirurgie d'un jour, cumulatif année financière 1992-1993.

KARGER, D.W.; MURDICK, R.G. New Product Venture Management, Gordon and Breach, 1972.

KÉLADA, Joseph. Comprendre et réaliser la qualité totale, chapitre 1 : Le concept de la qualité totale, Éditions QUAFEC, 1991, 378 pages.

LAFLAMME, Marcel; BAILLARGEON, Luc. La conversion à la qualité totale : une approche intégrée en cinq modules illustrés, Montréal : Collection PBS, 1992, 657 pages.

LAWRENCE, Paul; LORSCH, Jay W. Developping Organizations : Diagnosis and Action, Reading, Addision-Wesley, 1969.

LAWRENCE, Paul R.; SEILER, John A. et al. Organizational Behavior and Administration, Homewood, Irwin-Dorsey, 1965.

LE REFLET. 50 ans : Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos, Le reflet d'ici, cahier spécial, éditeur : Le REFLET d'ici, filiale du REFLET d'Amos Inc., 4 février 1981, pp. 4-12.

LEWIN, Kurt. Resolving social Conflicts, New York, Harper & Row, 1948.

LOGIBEC GROUPE INFORMATIQUE LIMITÉE. De nouveaux défis attendent les gestionnaires d'établissements de santé, Gestion Santé, volume 1, numéro 1, septembre 1995, page 1.

MARTEL, Jean-M.; NADEAU, Raymond. Statistique en gestion et en économie, gaëtan morin éditeur, 1988, 621 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL. Unité de chirurgie de jour, Directives pour l'établissement de normes régissant les services spéciaux dans les hôpitaux, Rapport du sous-comité des services spéciaux dans les hôpitaux, 1982, 27 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL. Programmes de chirurgie de jour, Directives pour l'établissement de normes régissant les programmes de chirurgie de jour, Rapport du sous-comité des guides relatifs aux programmes en établissement, 1991, 29 pages.

MINTZBERG, Henry. Le management, voyage au centre des organisations, IIe partie : à propos des organisations, Les éditions d'organisation, 1990, pp. 145-435.

MINTZBERG, Henry. Les nouveaux rôles de la planification, des plans et des planificateurs, Gestion, volume 19, numéro 2, mai 1994, pp. 6-14.

MINTZBERG, Henry. Structure & dynamique des organisations, 4e partie : Les configurations structurelles, Les éditions d'organisation, 1982, pp. 267-418.

MOFFET, Denis; CARRIER, Mario. 2PMO805 Entrepreneurship, Notes de cours, automne 1992.

MSSS. Atlas du MSSS, Représentation cartographique des territoires du réseau de la santé et des services sociaux (CLSC), document présenté par le service des études opérationnelles, Direction de l'évaluation, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 1991, 2 pages.

MSSS. BROSSEAU, Pauline; HÉROUX, Micheline. La chirurgie d'un jour et son organisation, Direction des communications, 1995, 72 pages.

MSSS. Défi "Qualité-Performance" : La stratégie triennale d'interventions 1994-1997, Réforme Action, volume 2, numéro 3, mai 1994-juillet 1994, pp. 1-20.

MSSS. L'ère ambulatoire, InterAction, volume 1, numéro 3, Printemps 1995, pp. 1-3.

MSSS. Rapport financier annuel, Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos, année financière terminée au 31 mars 1993, KPMG Poissant Thibault - Peat Marwick Thorne.

MSSS. Un appui à l'organisation de la chirurgie d'un jour, InterAction, volume 1, numéro 2, Hiver 1995, page 6.

MURPHY, T.P. A Business of Your Own : How to Select, Finance and Start it Successfully, McGraw-Hill, 1956.

O'SHAUGHNESSY, Wilson. La faisabilité de projet - Une démarche vers l'efficience et l'efficacité, Les Éditions SMG, 1992, 214 pages.

OUELLET, Claude. Préparer un changement, Le Groupe CFC, 1993, 64 pages.

OUIMET, Denis. Comment introduire le changement, La collection des fascicules série : À la recherche de la qualité totale, Burefor Inc., 1993, 29 pages.

PRÉVOST, Paul. Méthodologie de diagnostic organisationnel, Adaptation des travaux de P. Checkland, 41 pages.

PROJET DE LOI 120. Loi sur les services de santé et les services sociaux (1991, chapitre 42), adopté le 28 août 1991, sanctionné le 4 septembre 1991, Assemblée Nationale, 176 pages.

ROBERT, Michèle. Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie, 3e édition, Edisem St-Hyacinthe Québec, 1988, 420 pages.

SAVOIE-ZAJC, Lorraine. Les modèles de changement planifié en éducation, Les Éditions LOGIQUES inc., 1993, 247 pages.

SEKIOU, Lakhdar. Gestion du personnel, Chapitre 19 : Le changement et l'automatisation dans le milieu du travail, Les éditions 4 L inc., 1986, pp. 537-557.

SOBECO ERNST & YOUNG. Le vrai défi stratégique : L'implantation du changement, Vision des ressources humaines, volume 2, numéro 2, février 1994, pp. 1-5.

SR/DRE/CRSSSAT. Répartition des inscriptions de soins infirmiers de jour des résidents de l'Abitibi-Témiscamingue selon le lieu de traitement au Québec par territoire de CLSC en 1990-1991, août 1992, 1 page.

WATZLAWICK, P. Le langage du changement, Paris, Éditions du Seuil, 1980.

WATZLAWICK, P; WEAKLAND, J.A.; FISH, R. Changements : Paradoxes et psychothérapie, Paris, Édition du Seuil, 1975.

WILSON, Brian. Systems : Concepts, Methodologies and Applications, Second Edition, John Wiley & Sons, 1990, 391 pages.

ANNEXES

ANNEXE 1

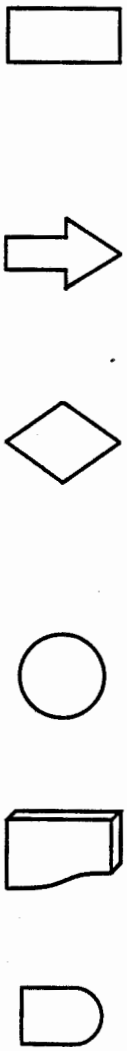
LES DIFFÉRENTS SYMBOLES UTILISÉS DANS LES DIAGRAMMES DE FONCTIONNEMENT PROVIENNENT DE DIVERSES SOURCES :

- Harrington, 1994;
- Kélada, 1991;
- Laflamme et Baillargeon, 1992;
- InnovExcel Consultants inc., 1993;
- GEM, 1989.

SYMBOLES UTILISÉS DANS LES DIAGRAMMES DE FONCTIONNEMENT

Avant d'examiner les trois autres types de diagramme, nous allons définir quelques autres symboles. Les diagrammes les plus utiles sont ceux qui ne contiennent que les symboles standard qui sont d'usage courant. Rappelez-vous avec quelle facilité il est possible de lire des cartes routières quand les symboles nous sont familiers et combien il est ennuyeux d'avoir à déchiffrer un symbole inconnu de forme bizarre quand on cherche son chemin.

Le diagramme de fonctionnement est un des plus anciens outils d'étude. Pour simplifier, nous n'allons voir que 12 des symboles les plus courants, la plupart d'entre eux étant des symboles ANSI (voir la figure 4.5).



Activité : rectangle
Utiliser ce symbole pour toute changement dans un service, dans un produit ou pour une information... à la suite d'une intervention humaine ou mécanique ou des deux. Il est utilisable pour tout genre d'intervention, depuis le perçage d'un trou jusqu'à l'utilisation d'un ordinateur. C'est le symbole à utiliser quand il n'y a pas de symbole plus approprié. Normalement, une description de l'activité doit figurer dans le rectangle.

Flèche épaisse : déplacement / circulation
Utilisez une flèche épaisse pour indiquer le déplacement d'un extrant entre deux points (par exemple : envoyer une lettre, expédier des pièces au magasin).

Losange : Point de décision
Mettez un losange dans le processus là où une décision doit être prise. Les activités en aval dépendent de cette décision. Par exemple : « si la lettre ne comporte pas de fautes, elle sera signée. Sinon, elle sera redactylographiée ». À la sortie du losange, il y aura toujours le choix entre « oui ou non » ou « vrai ou faux ».

Grand cercle : vérification
Ce cercle signifie que le processus est à l'arrêt pour permettre d'évaluer la qualité de l'extrant. Cette vérification est généralement effectuée par une personne autre que celle responsable de la dernière activité. Ce cercle peut aussi indiquer l'endroit où une signature est requise.

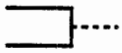
Rectangle tronqué : documents écrits
Utilisez ce symbole pour signaler que l'extrant d'une activité est en partie constitué d'informations écrites (rapports, lettres, imprimés d'ordinateur).

Rectangle arrondi à deux coins : attente
Ce symbole est utilisé pour signaler qu'une personne est mise en attente ou qu'un objet est mis temporairement en stockage en attendant l'activité suivante (exemples : attente d'un décollage, attente d'une signature).

Figure 4.5 Symboles utilisés dans les diagrammes de fonctionnement

.../

Triangle : Temps d'arrêt
Utilisez un triangle pour marquer un temps d'arrêt et pour signaler qu'un ordre ou une réquisition est nécessaire afin de remettre le produit en mouvement vers la prochaine activité. Ce symbole signifie la plupart du temps qu'un produit est stocké en attendant un acheteur. Pour qu'un processus devienne fluide, tous les triangles et tous les rectangles arrondis à deux coins doivent disparaître du diagramme. Dans le cas des processus administratifs, le triangle peut signifier, par exemple, qu'une réquisition est bloquée par le service achat en attendant que les services financiers vérifient la prévision de cet achat au budget.



Rectangle ouvert sur un côté : annotation
Ce symbole est rattaché au diagramme par une ligne pointillée : il est utilisé pour ajouter une information au symbole auquel il est rattaché. Par exemple, pour un diagramme complexe occupant de nombreuses pages, ce symbole peut être rattaché à un cercle pour indiquer le numéro de la page où les intrants retournent dans le diagramme. Il est aussi possible de l'utiliser pour identifier la personne responsable de l'activité ou le document qui contrôle l'activité. Ce rectangle ouvert est relié au diagramme par une ligne pointillée pour ne pas la confondre avec une ligne indiquant un déplacement dans le diagramme.

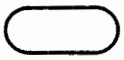
Flèche : sens de déplacement
Une flèche indique le sens du déroulement et la succession des étapes d'un processus. La flèche représente un déplacement d'un symbole à un autre, vers le haut, le bas ou sur les côtés. ANSI signale que la présence de la flèche n'est pas nécessaire quand le déplacement se fait du haut vers le bas ou de la gauche vers la droite. Cependant, pour éviter une mauvaise interprétation par ceux qui ne sont pas familiers avec les symboles, il est recommandé d'utiliser les flèches pour indiquer toutes les directions.

Figure 4.5 (Suite)

.../

Zigzag : transmission
Utilisez le zigzag pour indiquer une transmission rapide d'information (par exemple: par télécopie, modem, téléphone, etc.)

Petit cercle : liaison
Utilisez un petit cercle entourant une lettre à la fin d'un diagramme pour indiquer que l'extrant de cette partie du diagramme est un intrant pour un autre diagramme. Il est souvent utilisé quand il est impossible de mettre tout le diagramme sur une feuille de papier. Selon qu'une flèche se dirige vers le cercle ou en sort, le cercle est soit un extrant soit un intrant. Des extrants différents doivent être identifiés par des lettres différentes. Tout intrant peut retourner dans le processus à plusieurs endroits différents.



Cercle allongé : limites
Ce symbole sert à marquer le début et la fin d'un processus. Normalement, les mots « fin » et « début » figurent dans le symbole.

Figure 4.5 (Suite)

Les 12 symboles présentés dans la figure 4.5 ne se veulent pas une liste exhaustive des symboles utilisés dans les diagrammes de fonctionnement. Au fur et mesure que vous progresserez dans l'utilisation des diagrammes de fonctionnement, vous pourrez augmenter le nombre de symboles utilisés de façon à couvrir votre domaine particulier.

Source : Harrington, 1994

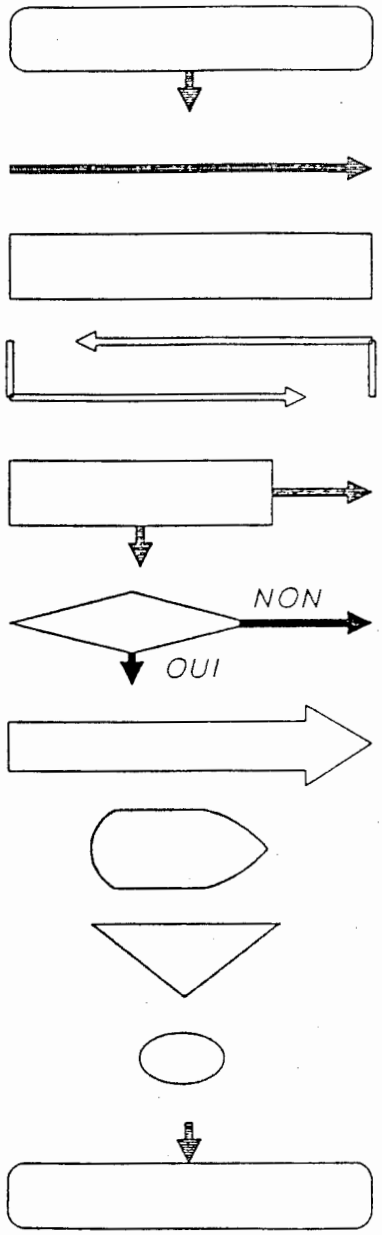
Le plan d'inspection et d'essai comprend généralement un diagramme de cheminement du procédé où sont indiqués les points de contrôle et les procédures applicables à chacun de ces points.

Dans le diagramme de cheminement, les symboles utilisés sont les suivants :
- Un cercle indique une opération; - Un carré indique un contrôle; - Une flèche indique un transport; - Un triangle renversé indique du stockage; - Un D indique un délai ou arrêt temporaire; - Un cercle dans un carré indique une opération et un contrôle combinés.

Source : Kélada, 1991

Les symboles utilisés...

1. Début du processus...
2. Aller à l'étape suivante...
3. Étape du processus...
4. Retour en arrière/boucle...
5. Embranchement à 2 possibilités...
6. Décision à prendre...
7. Transport particulier...
8. Délai...
9. Entreposage/archivage...
10. Connecteur...
11. Fin du processus...



LA CONVERSION A LA QUALITÉ TOTALE... / Tous droits réservés

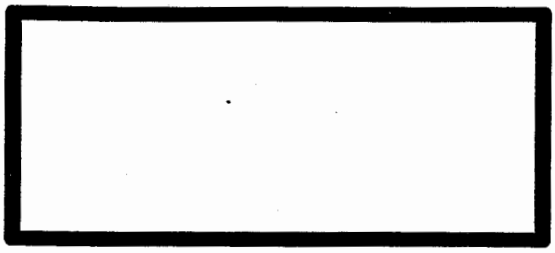
Source : Laflamme et Baillargeon, 1992

SYMBOLES DU SCHÉMA DE PROCESSUS

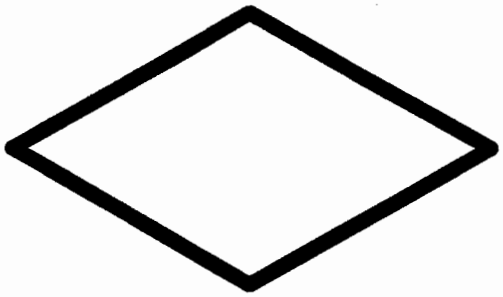
SYMBOLE	SIGNIFICATION	EXEMPLES
	OPÉRATION	Faire un appel Faire une copie Trier les commandes Machiner une pièce
	TRANSPORT	Aller au classeur Aller au service voisin Porter le courrier
	RÉVISION, CONTRÔLE ou APPROBATION	Vérifier le travail Autoriser une demande Faire un test
	DÉLAI	Attendre un appel Attendre l'approbation Attendre la réponse Attendre le courrier Attendre une pièce
	DÉCISION	Prendre une décision Prendre une décision conditionnelle Séparer les formulaires Séparer des pièces
	CLASSEMENT ou EMMAGASINAGE	Classer un document (filière, ordinateur, microfilm, etc.) Jeter aux rebuts
	DOCUMENT	Bon de commande Rapport de ventes Cédule de production Rapport de réception Réquisition d'achat
	INFORMATIQUE	Dossiers informatisés Écran cathodique Ordinateur personnel Système de paie
	BRANCHEMENT	Même page Page suivante

Source : InnovExcel Consultants inc., 1993

FLOW CHART SYMBOLS FLOCHRT.GEM

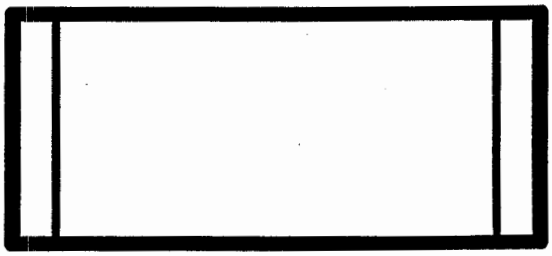


PROCESS

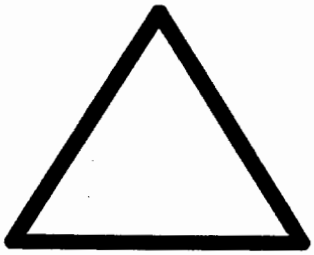


DECISION

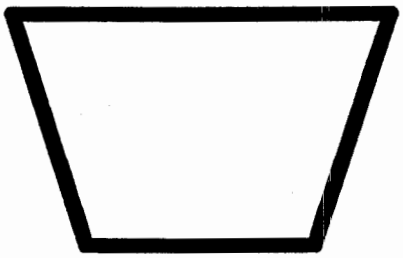
PREPARATION



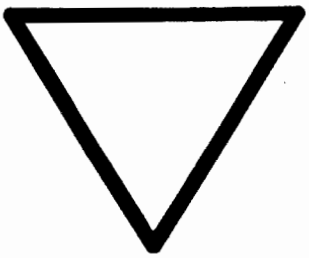
PREDEFINED PROCESS



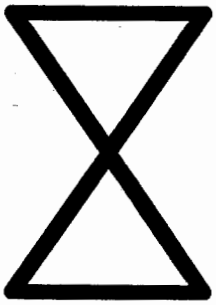
EXTRACT



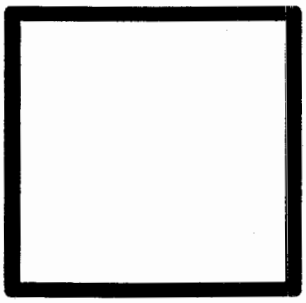
MANUAL OPERATION



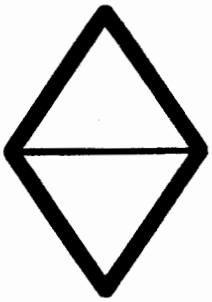
MERGE



COLLATE



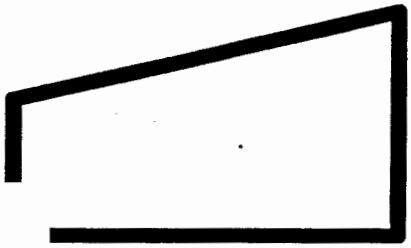
AUXILIARY OPERATION



SORT

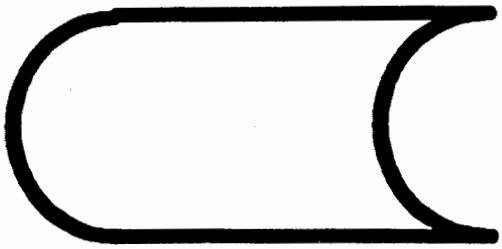
FLOW CHART SYMBOLS-2

FLOCHRT2.GEM

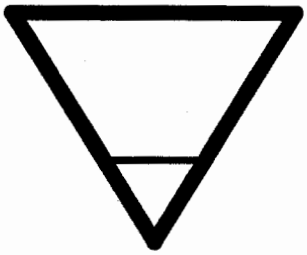


MANUAL INPUT

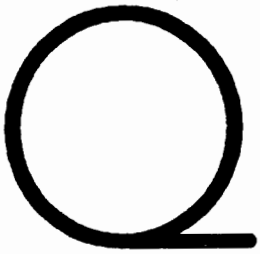
COMMUNICATION LINK



ONLINE STORAGE

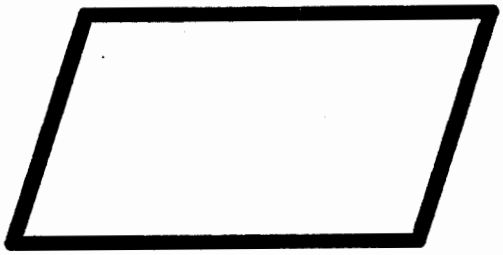


OFFLINE STORAGE



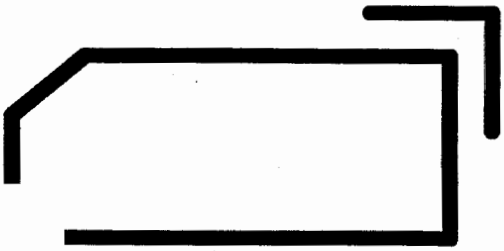
MAGNETIC TAPE

DOCUMENT

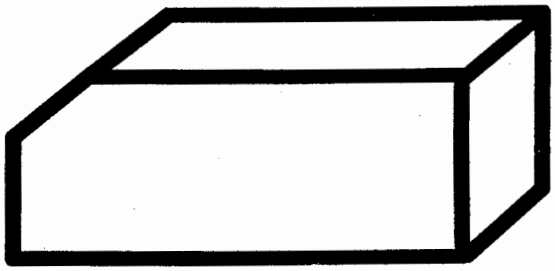


INPUT/OUTPUT

PUNCHED CARD

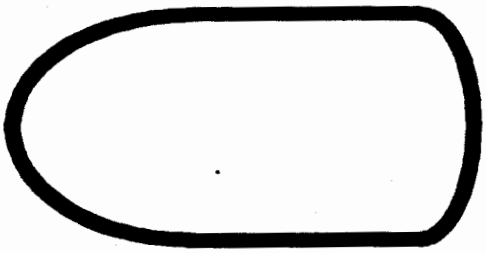


FILE of CARDS

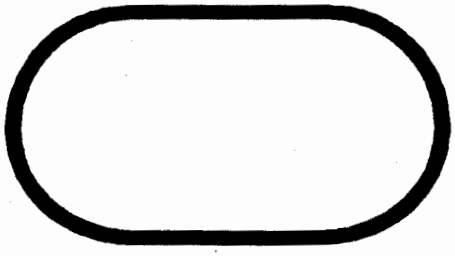


DECK of CARDS

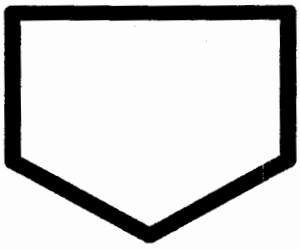
FLOW CHART SYMBOLS-3 FLOCHRT3.GEM



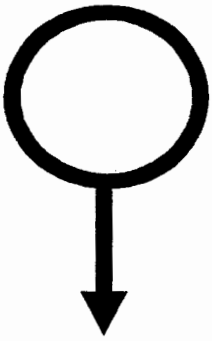
DISPLAY



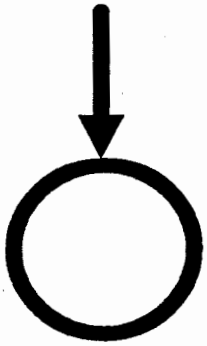
TERMINAL; INTERRUPTION



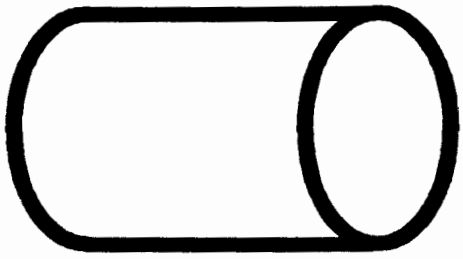
OFF-PAGE CONNECTOR



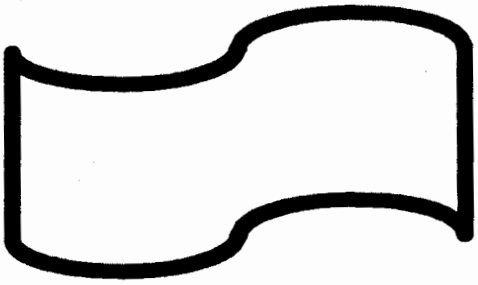
ENTRANCE CONNECTOR



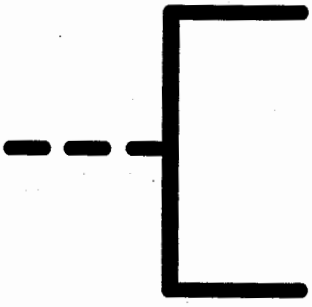
EXIT CONNECTOR



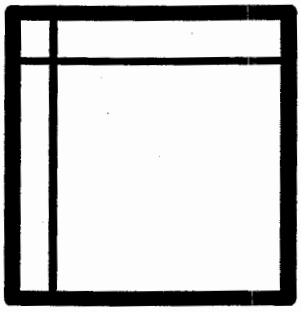
MAGNETIC DRUM



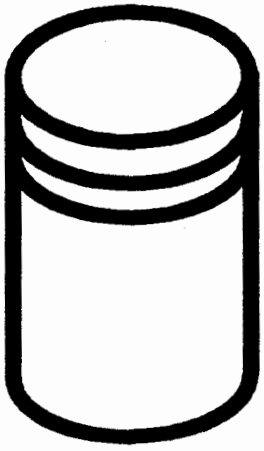
PUNCHED TAPE



COMMENT; ANNOTATION



CORE MEMORY



MAGNETIC DISK

Source : GEM, 1989

URGENCE
ET CONSULTATION EXTERNE

ANNEXE 2

Nom de l'établissement _____

CONSENTEMENT
J'autorise les professionnels de cet établissement à faire les examens et traitements nécessaires

CONSENT
I authorize the professionals of this institution to make the necessary examinations and treatments.

Date a m. d

Signature

a m. d

Témoin à la signature

Inscription	État civil	Dossier de l'usager
Prénom et nom à la naissance		
Prénom et nom du conjoint		
Adresse		
Ville	Ind. rég.	N° de tél.
Code postal	Nom et prénom de la mère	
Nom et prénom du père		Date de naissance

ACCIDENT: Date et heure	ARRIVÉE À L'URGENCE: Date et heure	Code
a m. d :	a m. d :	

Responsabilité du paiement

TRANSPORT
Ambulance ☐ Autre ☐

Renseignements supplémentaires

N° R.A.M.Q.	Date d'expiration R.A.M.Q. a m. d	Personne à rejoindre en cas d'urgence	Ind. rég.:	N° de tél.:

Médecin ou service	Nom du médecin de famille

Employeur (nom, adresse)	Ind. rég.:	N° de tél.:

OBSERVATIONS

Médication prise actuellement par le bénéficiaire	Allergie connue (médicamenteuse et autres)

PARAMÈTRES FONDAMENTAUX À L'ARRIVÉE

Heure	Pouls	T.A.	*t* (°C)	Respiration
:				

Diagnostic final

DATE ET HEURE

	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	
	:	

ANNEXE 3

Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos

• 622, 4e Rue Ouest, AMOS (Québec) J9T 2S2 • Téléphone (819) 732-3341 •

Amos, le 20 novembre 1995

Madame Carmen Fournier
564, Place du Cinquantenaire #2
ROUYN-NORANDA (Québec)
J9X 5S9

OBJET: Chirurgie d'un jour au centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos.

Madame,

J'ai pris connaissance du texte que vous m'avez fait parvenir concernant le sujet en titre. Le contenu est conforme à ce qui se faisait à cette période au point de vue de l'organisation de la chirurgie d'un jour au centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos.

Je souhaite que ces renseignements sauront répondre à vos besoins et cous permettront de poursuivre votre travail de recherche.

Veuiilez agréer, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Réal Chavigny
Coordonnateur des services professionnels et hospitaliers

RC/rc

Le 23 octobre 1995

Monsieur Réal Chavigny
Coordonnateur des services professionnels et hospitaliers
Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos
622, 4e Rue ouest
AMOS (Québec)
J9T 2S2

Objet : Chirurgie d'un jour

Monsieur,

Faisant suite à notre conversation téléphonique du 20 octobre 1995, nous apprécions que vous acceptiez de valider le texte de l'annexe 1 concernant les attentes et les insatisfactions des différents intervenants de la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos et de l'usager, lesquelles ont été recueillies lors d'entrevues ouvertes.

Quand vous lirez le texte, nous vous demandons de vous rapporter au contexte existant en 1992 et de considérer la politique et procédure de la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos en date du 20 février 1992 (numéro DSPH-7521-02).

Nous vous remercions de votre collaboration. Cette validation permettra de poursuivre notre travail de recherche sur la chirurgie d'un jour.

Veuillez agréer, monsieur Chavigny, l'expression de nos sentiments distingués.

Carmen Fournier

Carmen Fournier
564, Place du Cinquantenaire #2
ROUYN-NORANDA (Québec)
J9X 5S9

Téléphone / résidence : (819) 762-0234
Téléphone / bureau : (819) 764-3264 poste 310

CF
p.j. (1)

CARMEN FOURNIER
ÉTUDIANTE À LA MAÎTRISE EN GESTION DES PMO

ANNEXE 1

TEXTE À VALIDER
CHIRURGIE D'UN JOUR AU CENTRE HOSPITALIER HÔTEL-DIEU D'AMOS
1992-1993

Les administrateurs - Dans l'organisation souhaitée de la chirurgie d'un jour, ils entrevoient des avantages : des économies de temps et d'argent, une meilleure répartition des interventions chirurgicales, une meilleure utilisation des lits et un meilleur service à la clientèle. Ils s'interrogent sur l'organisation de la chirurgie de jour car, selon certaines statistiques 1992-1993, il ressort que les lits réservés à la chirurgie d'un jour ne sont pas occupés d'une façon régulière (cf. tableau 1). Il faut se rappeler que certains coûts peuvent être rattachés à la non performance de la chirurgie d'un jour.

Dans ce tableau, les journées marquées d'un "x" signifient que le service de la chirurgie d'un jour est fermé (congés fériés obligatoires) et les journées marquées d'un "-" signifient qu'elles sont situées en dehors de l'année financière de référence (journées exclues au calcul de la moyenne). Pour qu'il soit plus facile de comparer les journées les unes par rapport aux autres, nous avons fait une moyenne des admissions en chirurgie d'un jour par journée de calendrier (du lundi au vendredi inclusivement). A la lumière de ces données, nous constatons qu'il y a irrégularité dans la répartition des admissions de chirurgie d'un

Tableau 1

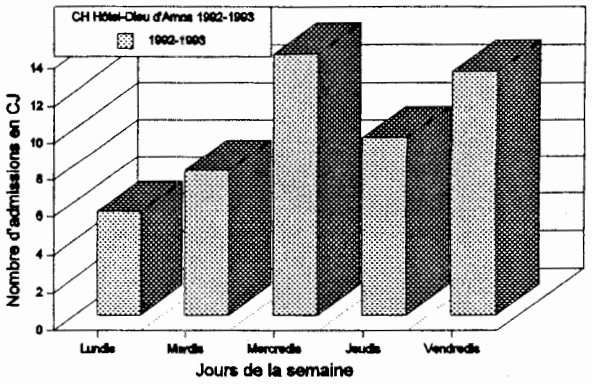
Nombre d'admissions en chirurgie d'un jour Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos
Année financière 1992-1993

JOUR / ANNÉE 1992-1993	L	M	M	J	V
1, 2, 3 avril 1992	-	-	9	9	16
6, 7, 8, 9, 10 avril	3	9	12	5	16
13, 14, 15, 16, 17 avril	5	6	16	16	x
20, 21, 22, 23, 24 avril	x	8	11	11	10
27, 28, 29, 30 avril, 1er mai	8	7	23	4	12
4, 5, 6, 7, 8 mai	13	7	15	11	17
11, 12, 13, 14, 15 mai	6	12	14	11	14
18, 19, 20, 21, 22 mai	x	5	9	22	14
25, 26, 27, 28, 29 mai	7	7	11	8	18
1, 2, 3, 4, 5 juin	8	11	21	17	17
8, 9, 10, 11, 12 juin	9	5	9	12	13
15, 16, 17, 18, 19 juin	13	7	12	12	17
22, 23, 24, 25, 26 juin	8	6	x	7	14
29, 30 juin, 1, 2, 3 juillet	10	1	15	10	1
6, 7, 8, 9, 10 juillet	7	3	12	5	12
13, 14, 15, 16, 17 juillet	0	2	13	7	7
20, 21, 22, 23, 24 juillet	7	7	9	4	4
27, 28, 29, 30, 31 juillet	1	6	13	4	12
3, 4, 5, 6, 7 août	4	3	13	5	10
10, 11, 12, 13, 14 août	5	5	12	2	7
17, 18, 19, 20, 21 août	0	9	14	2	14
24, 25, 26, 27, 28 août	14	3	17	6	12
31 août, 1, 2, 3, 4 septembre	10	5	15	9	14
7, 8, 9, 10, 11 septembre	x	9	8	10	10
14, 15, 16, 17, 18 septembre	3	2	7	3	6
21, 22, 23, 24, 25 septembre	5	3	12	8	5
28, 29, 30 septembre, 1, 2 octobre	6	6	9	14	9
5, 6, 7, 8, 9 octobre	2	7	25	7	5
12, 13, 14, 15, 16 octobre	x	5	11	6	20
19, 20, 21, 22, 23 octobre	12	20	16	12	20
26, 27, 28, 29, 30 octobre	2	6	11	16	7
2, 3, 4, 5, 6 novembre	3	12	14	8	7
9, 10, 11, 12, 13 novembre	5	11	19	10	17
16, 17, 18, 19, 20 novembre	6	7	14	10	13
23, 24, 25, 26, 27 novembre	4	9	14	11	14
30, 1, 2, 3, 4 décembre	2	8	10	19	20
7, 8, 9, 10, 11 décembre	10	8	16	12	11
14, 15, 16, 17, 18 décembre	8	20	14	11	16
21, 22, 23, 24, 25 décembre	3	1	x	x	x
28, 29, 30, 31, 1er janvier 1993	x	x	x	x	x
4, 5, 6, 7, 8 janvier	1	6	10	7	15
11, 12, 13, 14, 15 janvier	4	5	11	6	17
18, 19, 20, 21, 22 janvier	1	11	17	10	18
25, 26, 27, 28, 29 janvier	6	8	10	11	11
1, 2, 3, 4, 5 février	2	9	16	7	16
8, 9, 10, 11, 12 février	6	12	9	23	18
15, 16, 17, 18, 19 février	9	12	11	9	11
22, 23, 24, 25, 26 février	1	7	13	2	21
1, 2, 3, 4, 5 mars	x	x	x	x	x
8, 9, 10, 11, 12 mars	2	15	12	16	14
15, 16, 17, 18, 19 mars	5	8	13	12	12
22, 23, 24, 25, 26 mars	2	10	7	8	23
29, 30, 31 mars 1993	3	14	12	-	-
TOTAL 2 366					

Source: Service des archives médicales, Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos 1992-93

jour et, certains jours, il y a peu d'admissions en chirurgie d'un jour. Nous avons une moyenne de 13,98 admissions en chirurgie d'un jour les mercredis et 13,06 les vendredis; par contre, nous retrouvons une moyenne de 9,53 les jeudis, de 7,7 les mardis et de 5,46 les lundis (cf. figure 1). A notre avis, ceci dénote une planification et une coordination déficientes au niveau de la chirurgie d'un jour.

Figure 1
MOYENNE D'ADMISSIONS CJ PAR JOUR



Le système actuel de la chirurgie de jour a un impact monétaire important puisque le même personnel est en poste qu'il y ait, durant la journée, une ou vingt-trois (23) admissions en chirurgie d'un jour.

<u>Le secrétariat de la chirurgie de jour</u> - Tous les rapports des analyses et des examens des usagers en attente d'une intervention en chirurgie d'un jour doivent être compilés au secrétariat de la chirurgie d'un jour. Lesdits rapports ne sont pas tous acheminés au service d'accueil. Nous avons vérifié plusieurs dossiers et nous constatons que plusieurs rapports se rendent directement aux archives médicales plutôt qu'au secrétariat de la chirurgie de jour. De plus, le personnel du secrétariat de la chirurgie d'un jour vit une insécurité face à son emploi à temps partiel (20 heures par semaine) puisque souvent, le travail est à la baisse. Ces temps inoccupés sont comblés par du travail à faire au service

d'accueil et au centre de rendez-vous.

L'électrocardiographie - Le test d'ECG de l'usager devrait se faire quelques jours avant l'intervention chirurgicale. Ce test est obligatoire pour toutes les personnes de plus de quarante (40) ans. Pourtant, certains individus arrivent le matin même de l'intervention, sans que le test soit fait et tout le programme d'ECG est débalancé par un test ou plusieurs tests non planifiés qui leur arrivent à la dernière minute. Le service d'ECG suggère une planification avec rendez-vous mais le manque de ressources humaines et financières empêchent le développement d'un système de rendez-vous.

Le laboratoire - Le personnel du laboratoire désire éviter les analyses de dernière minute, le matin même de l'opération, puisque ceci occasionne un surcroît de travail et provoque du retard dans le travail du jour. Lorsque les analyses sont faites durant les heures régulières, le personnel est en nombre suffisant pour répondre à la demande mais parce que les rapports des analyses ne se rendent pas au secrétariat de la chirurgie d'un jour, ceci implique que les analyses doivent être refaites le matin même de l'opération entraînant des pertes de temps et des coûts additionnels pour l'organisation. Le chef de service du laboratoire espère un meilleur contrôle des analyses préopératoires pour la chirurgie d'un jour.

La radiologie (imagerie médicale) - Le personnel a les mêmes attentes que le laboratoire et vit les mêmes problèmes quant aux examens concernant la chirurgie d'un jour. Le chef de service souhaite que des rendez-vous soient fixés d'avance afin de mieux partager

quotidiennement le flux des usagers.

Le bloc opératoire - Le chef de service désire la centralisation du travail au service d'accueil. L'avantage principal sera d'alléger la tâche de leur réceptionniste qui doit, entre autres : téléphoner à l'usager pour l'aviser de la date et l'heure de l'opération; lui donner les instructions requises; préparer les documents médicaux requis. De plus, certains contrôles du dossier de l'usager concernant la chirurgie d'un jour pourraient être faits ailleurs qu'au bloc opératoire.

Les anesthésistes - Ils rencontrent les usagers entre deux interventions chirurgicales : leur disponibilité est minime; ils sont débordés par les visites pré-anesthésiques aléatoires; mais les visites sur rendez-vous seraient-elles souhaitables?

Le service d'accueil - Le chef du service d'accueil oriente ses efforts afin que le processus de la chirurgie d'un jour soit fonctionnel, que tous les intervenants exécutent leurs tâches selon les procédures établies, qu'une analyse approfondie du processus soit faite ultérieurement pour organiser, de façon satisfaisante, le service de chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. Les ressources humaines, financières et matérielles étant restreintes, il est impossible de satisfaire tous les intervenants à ce moment-ci.

Les archives médicales - Le personnel perd du temps à chercher certains rapports suite à des analyses ou des examens requis pour la chirurgie d'un jour; ils sont demandés, le

plus souvent, par le personnel du bloc opératoire, le matin même de l'intervention chirurgicale. Ces rapports devraient se trouver au secrétariat de la chirurgie de jour mais ils ne se sont pas rendus.

Les professionnels - Dans une bureaucratie professionnelle, les professionnels aiment à gérer leur temps et leurs actions d'une façon autonome. Dans les centres hospitaliers, pour plusieurs, la logique administrative s'oppose à la logique médicale. Les professionnels s'identifient davantage à leur profession (médecins, dentistes, pharmaciens, infirmiers, etc.) qu'à l'organisation pour laquelle ils travaillent. Les administrateurs, avec leurs politiques et procédures, viennent limiter, dans un sens, leurs actions.

Les usagers - Ils considèrent souvent la démarche longue et fastidieuse lorsqu'ils n'ont pas leurs réquisitions pour leurs analyses ou leurs examens parce qu'ils ne les ont pas reçues ou bien qu'ils les ont perdues. Tous aimeraient être appelés au moins deux à trois jours d'avance et non la veille de l'opération. Souvent, ils doivent attendre plusieurs heures avant de rencontrer l'anesthésiste qui est en salle d'opération; celui-ci n'étant pas disponible avant la fin de l'intervention chirurgicale en cours. Ils sont insatisfaits quant au temps d'attente pour leur chirurgie d'un jour et aux nombreuses visite au centre hospitalier avant que l'intervention chirurgicale se fasse.

Nous schématiserons les étapes subséquentes du processus de la chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos. Nous verrons la démarche de la chirurgie d'un jour

à partir du moment où l'usager entre dans le système jusqu'à sa sortie. Nous identifierons les différents services et intervenants de la chirurgie d'un jour qui sont en interrelation afin de donner ce service à la clientèle. (Cf. figure 2)

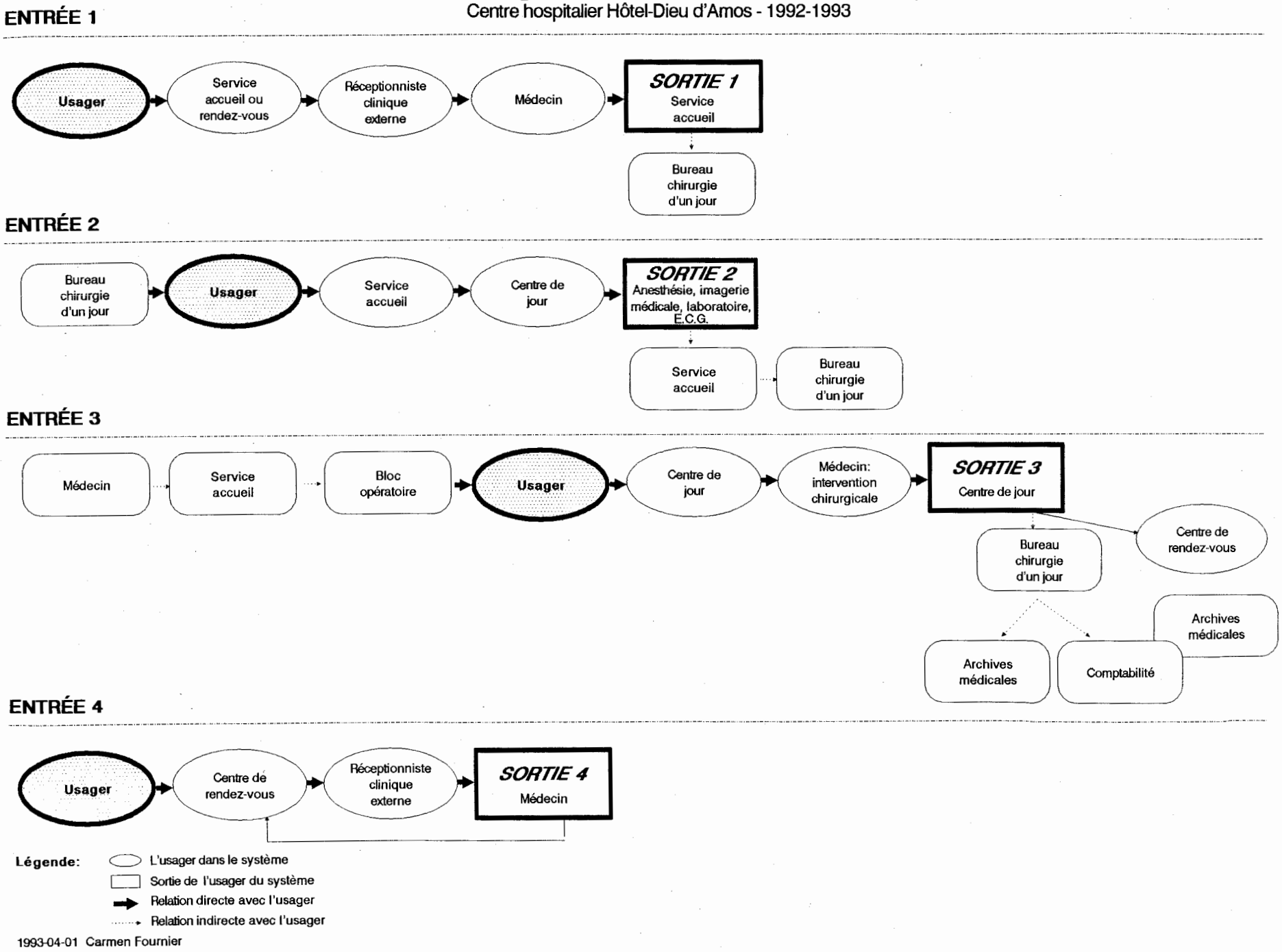
Entrée 1 - L'usager se présente au service d'accueil ou au centre de rendez-vous afin de faire compléter son inscription; il est référé à la réceptionniste de la clinique externe; ensuite, il est appelé pour sa consultation médicale avec le médecin. L'usager doit subir une intervention chirurgicale en chirurgie d'un jour, le médecin le réfère au service d'accueil afin qu'il remette sa demande d'admission de chirurgie d'un jour. L'usager est avisé des procédures d'admission de chirurgie d'un jour et retourne à la maison (**sortie 1**). Le service d'accueil fait parvenir les documents de chirurgie d'un jour au secrétariat de la chirurgie d'un jour.

Entrée 2 - À partir d'une procédure établie, le personnel du secrétariat de la chirurgie d'un jour communique par téléphone avec l'usager, complète son dossier de pré-admission, lui transmet les instructions concernant ses analyses et ses examens pré-opératoires. Le jour où l'usager doit passer ses analyses et ses examens, il se présente au service d'accueil pour compléter son inscription pré-opératoire. Le personnel du service d'accueil dirige l'usager au centre de jour où d'autres formulaires seront ajoutés à son inscription pré-opératoire, puis il est dirigé aux services d' anesthésie, de radiologie, de laboratoire et d'électrocardiographie. Après ses analyses et ses examens, l'usager retourne à la maison (**sortie 2**). Les services d'anesthésie, de radiologie, de laboratoire et d'électrocardiographie font parvenir les rapports des analyses ou des examens au

Figure 2

Modélisation de la démarche de l'usager de l'entrée à sa sortie en chirurgie d'un jour et les intervenants

Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos - 1992-1993



1993-04-01 Carmen Fournier

service d'accueil qui les achemine au secrétariat de la chirurgie d'un jour; le dossier médical de l'usager pour la chirurgie d'un jour est préparé et classé en attendant la date de l'admission.

Entrée 3 - Le médecin se présente au service d'accueil et remet la liste des admissions en chirurgie d'un jour qu'il désire pour son programme opératoire du lendemain. Le personnel du service d'accueil porte les demandes de chirurgie d'un jour au bloc opératoire. La réceptionniste du bloc opératoire téléphone à l'usager et lui fixe un rendez-vous pour son intervention chirurgicale. Le lendemain, l'usager se présente directement au centre de jour où il est préparé pour son opération. L'usager est amené à la salle d'opération où le médecin l'attend. À la fin de son opération, l'usager passe quelques heures au centre de jour avant de retourner à la maison (**sortie 3**). Le personnel du centre de jour prend un rendez-vous de contrôle (suivi) pour l'usager au centre de rendez-vous, fait parvenir au secrétariat de la chirurgie de jour l'AH-280B c'est-à-dire le formulaire d'inscription où les détails de l'intervention chirurgicale sont décrites par le médecin. L'admission de chirurgie d'un jour est complétée à l'informatique, le formulaire AH-280B est alors acheminé aux archives médicales et l'admission de chirurgie d'un jour est acheminée au service de comptabilité. Après la cueillette des données, le personnel de la comptabilité fait parvenir l'admission de chirurgie d'un jour aux archives médicales pour vérification, codification et classement au dossier médical de l'usager.

Entrée 4 - L'usager se présente au centre de rendez-vous à la date et l'heure fixées pour son suivi et son inscription externe est complétée. Il est référé à la réception de la clinique

externe, ensuite il rencontre le médecin, et retourne à la maison (**sortie 4**). Le médecin peut aussi demander à l'usager de prendre un autre rendez-vous pour une autre visite, si nécessaire.

L'usager est le point central dans le service de la chirurgie d'un jour. Nous constatons que l'usager entre et sort du système à trois, quatre ou cinq reprises selon les différentes étapes de la chirurgie d'un jour. Nous remarquons aussi que le service d'accueil a une relation directe avec tous les intervenants du dossier. Des rapports informatisés pour fins de statistiques concernant la chirurgie d'un jour sont fournis quotidiennement par le service d'accueil aux services des archives médicales et de la comptabilité.

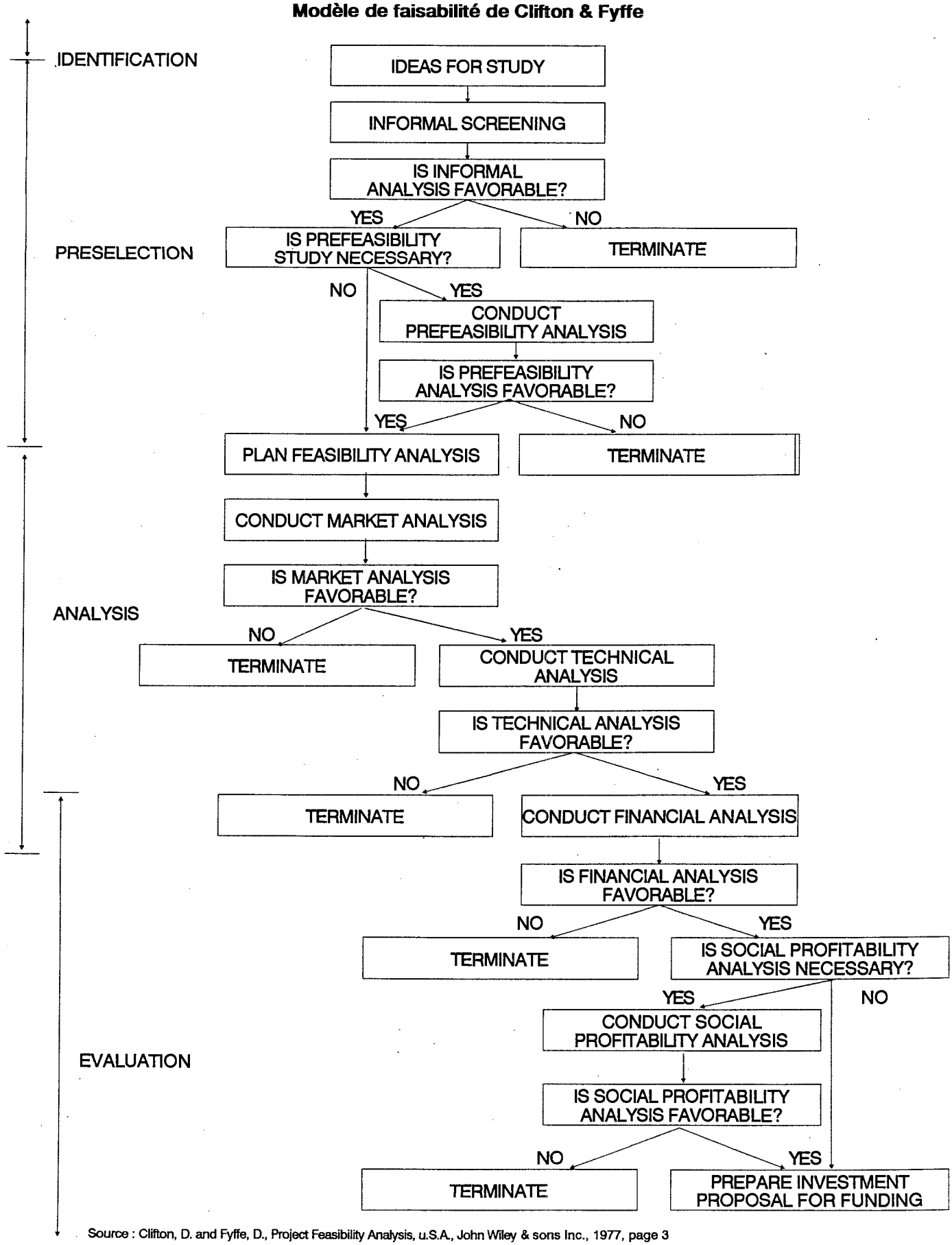
Par ces énoncés, nous constatons que le processus actuel de la chirurgie d'un jour ne rejoint pas les attentes des intervenants et de l'usager. Chaque intervenant se sent un peu ou prou lésé selon que les dirigeants du centre hospitalier ont retenu ou non les besoins exprimés.

La chirurgie d'un jour constitue actuellement une préoccupation chez les praticiens, les administrateurs et les intervenants.

FIN DU TEXTE

ANNEXE 4

Modèle de faisabilité de Clifton & Fyffe



Source : Clifton, D. and Fyffe, D., Project Feasibility Analysis, u.S.A., John Wiley & sons Inc., 1977, page 3

ANNEXE 5

LE MÉMOIRE D'IDENTIFICATION DE PROJET (MIP)

LE MEMOIRE D'IDENTIFICATION DE PROJET

M.I.P.

TITRE DU PROJET: _____

RESPONSABLE DU PROJET: _____

DATE DE CE MIP: _____

COUT DU PROJET: _____

DÉBUT DU PROJET: _____

FIN DU PROJET: _____

DECISION

TITRE DU PROJET:

L'ORIGINE DU PROJET

SITUATION ACTUELLE: (PROBLÉMATIQUE ET/OU BESOINS)

SITUATION DÉSIRÉE (FINALITÉ, BUTS)

CONTRAINTES À RESPECTER:

DEMANDEUR _____

RESPONSABLE _____

DATE _____

LA FORMULATION DU PROJET

DESCRIPTION GÉNÉRALE DU PROJET: (MANDAT)

ECHEANCIER DES PRINCIPAUX EXTRANTS

DESCRIPTION DES PRINCIPAUX EXTRANTS: (SPECIFICATIONS)

LA FORMULATION DU PROJET (SUITE)

DESCRIPTION DES PRINCIPAUX INTRANTS

PRINCIPALES CONDITIONS CRITIQUES

LA SYNTHÈSE DE L'ETUDE DE PRÉ-FAISABILITÉ

VALIDATION DU PROJET ET/OU DESCRIPTION DU MARCHE

CARACTERISTIQUES TECHNIQUES DU PROJET

LOCALISATION, CHOIX D'UN SITE ET IMPACT ENVIRONNEMENTAL

LA SYNTHESE DE L'ETUDE DE PRÉ-FAISABILITÉ (SUITE)

LES ASPECTS ORGANISATIONNELS DU PROJET

ESTIMATION DES COUTS ET DES BÉNÉFICES

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

ANNEXE A

AUTRES SOLUTIONS OU ALTERNATIVES CONSIDEREES ET NON RETENUES	
DESCRIPTION SOMMAIRE	PRINCIPALE RAISON DU REJET

ANNEXE B

CADRE LOGIQUE PRELIMINAIRE

(VERSION 2)

Début du projet: _____
Fin du projet: _____
Date de ce cadre logique: _____

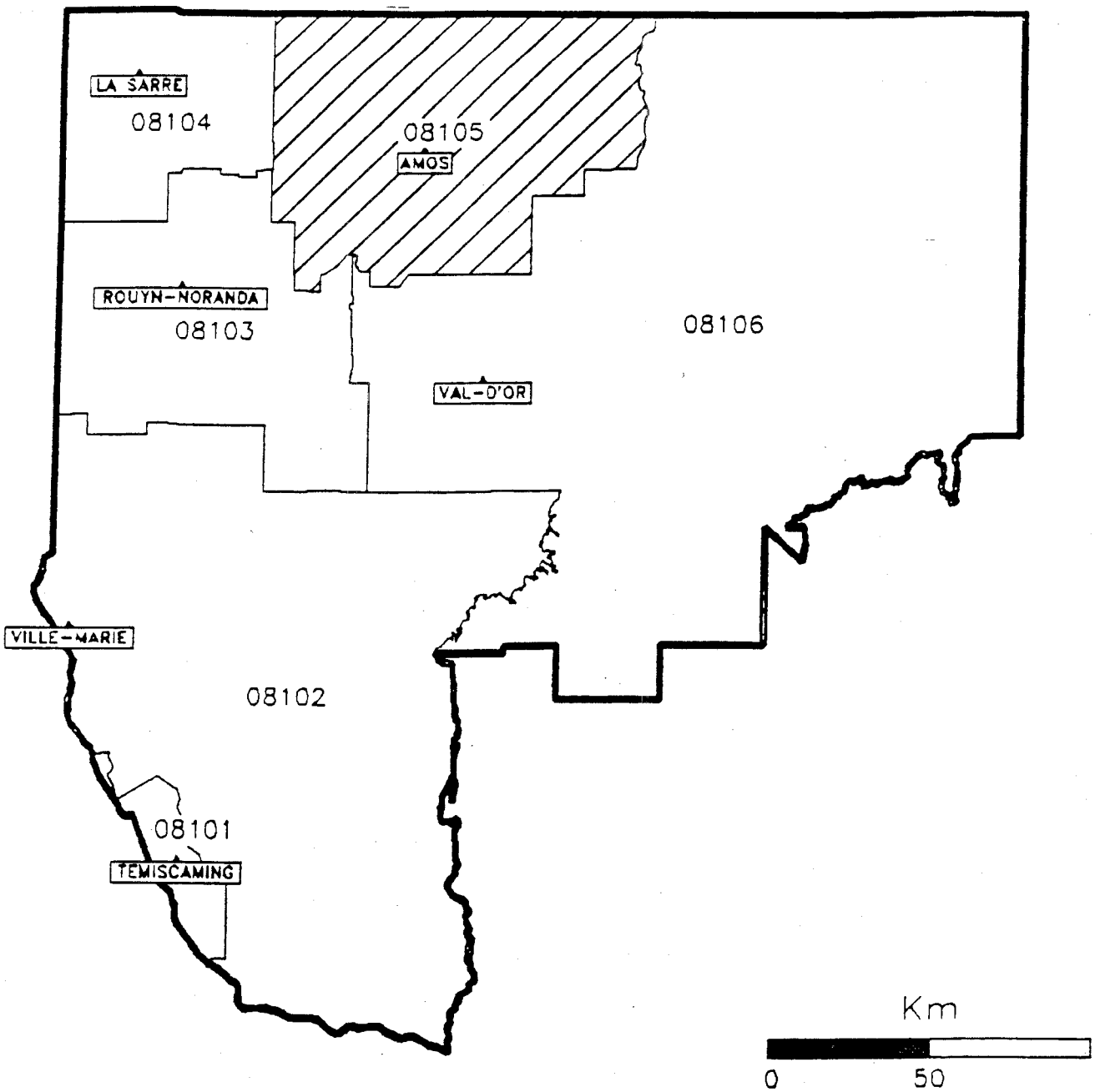
TITRE DU PROJET

Niveaux descriptifs du projet	Indicateurs objectivement vérifiables	Moyens de vérification	Conditions critiques
Finalité à laquelle le projet contribue:			But → Finalité
But du projet:			Extrants → Buts
Extrants:			Intrants → Extrants
Intrants:			Conditions préalables

O'Shaughnessy (1992)

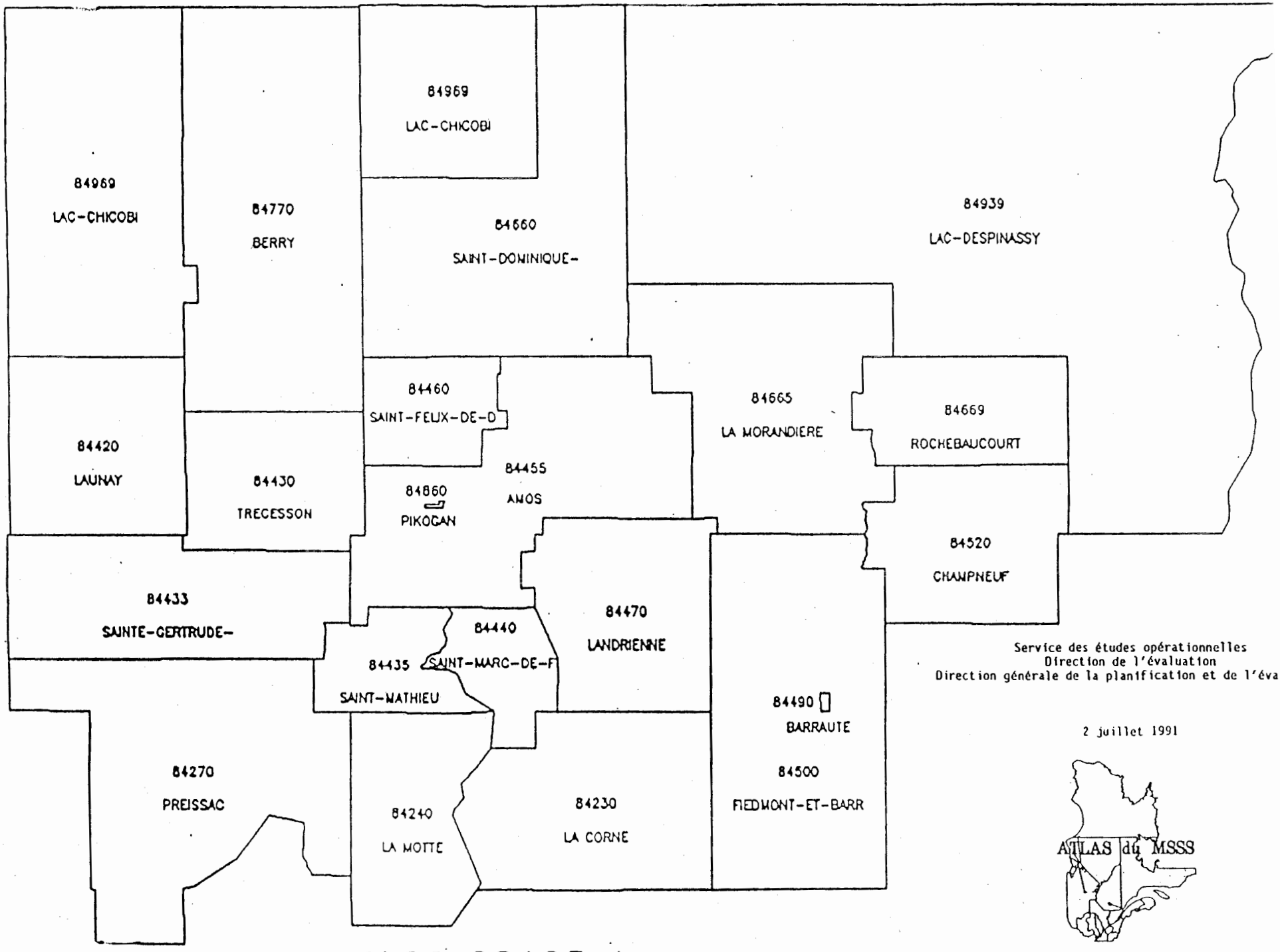
ANNEXE 6

Contours des territoires de CLSC pour la région 08 : Abitibi-Témiscamingue



Source : Études opérationnelles et données statistiques, MSSS

ANNEXE 7



CLSC 08105 Amos

ANNEXE 8

RÉPARTITION DES INSCRIPTIONS POUR SOINS INFIRMIERS D'UN JOUR DES RÉSIDENTS DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE SELON LE LIEU DE TRAITEMENT AU QUÉBEC PAR TERRITOIRE DE CLSC EN 1991-1992 PAR RAPPORT AU SECTEUR AMOS

Lieu de résidence	Lieu de traitement									
	Témiscaming 08101	Ville-Marie 08102	Rouyn-Noranda 08103	La Sarre 08104	Amos 08105	Val-d'Or/Sen. 08106	Région 08	Montréal	Autres	Total
Témiscaming					0					
Ville-Marie					1					
Rouyn-Noranda					28					
La Sarre					51					
Amos	0	1	111	0	311	294	717	26	10	753
Val-d'Or/Sen.					106					
					497					

Source : Fichier des hospitalisations 1991-1992, MED-ECHO, MSSS

Compilation : CG/DSP/RRSSSAT/3 novembre 1993

ANNEXE 9

PROPORTION DES CAS PRATIQUES EN CHIRURGIE D'UN JOUR SELON LE TYPE D'INTERVENTION ET LE MILIEU DE RÉFÉRENCE 1991-92

INTERVENTIONS	MILIEU D'INTERET HOTEL-DIEU D'AMOS					MAXIMUM GROUPE		MAXIMUM QUEBEC		MILIEUX ETALONS % Chirurgie d'un jour		
	%CDJ	N	ADM	DMS	EQ.LIT	%CDJ	N	%CDJ	N	Col. Brit.	Royal Vic	Ste Marie
AVANCEMENT/RECUL MUSCLES OCULAIRES								97	198			
EXTRACTN EXTRACAPS. CRISTALLIN INS. PROTHESE						65	68	99	333	75	56	36
AUTRE EXTRACTION CRISTALLIN NCA						88	161	90	616		75	46
CORRECTION CHIRURGICALE DE PROMINAURIS								100	46	83		100
MYRINGOTOMIE AVEC INSERTION TUBE	74	23	8	2,8	0,1	100	70	100	54	93		98
EXCISION LOCALE OU DESTRUCTN LÉSION NEZ											66	
TURBINECTOMIE								87	48			
RHINOPLASTIE	41	37	53	1,8	0,3	71	55	99	319	39	18	78
ETHMOIDECTOMIE								86	102			
RÉPARATION EXTRACTION DENTAIRE	55	47	38	6,6	0,8	100	237	100	237	87	88	95
AMYGDALECTOMIE AVEC/SANS ADENOIDECTOMIE	18	18	83	1,6	0,4	92	67	100	197	15		91
EXCISION LÉSION LARYNX						96	43	96	106	65	47	
LIGATURE ET TRINGLAGE VEINES VARIQUEUSES						45	45	97	143	47		88
EXCISN DESTRUCTION LOCAL TISSU GROS INTESTIN						93	86	93	151		93	
EXCISN /DESTRUC. LOCA. FISTULE TISSU ANAL								87	41	55	76	87
ABLATION DES HEMORROIDES										8		50
CURE D'HERNIE INGUINO-CRURALE (ADULTES)								76	65	25	24	76
EXCISN/DESTR. TRANSURÉTR.LÉSION TISSU VESSIE								64	84		35	53
SUPPRESSION STÉNOSE URÉTRALE								89	59		89	
DILATATION URETRALE								96	278	78	93	
ORCHIDOPEXIE								80	134			
EXCISION VARICOCELE & HYDROCELE CORDON SPER.								93	68		93	
LAPAROSCOPIE DIAGNOSTIQUE SANS DESTR.TROMPE	49	20	21	9,1	0,6	60	178	90	146	64	73	74
DESTRUCTN OCCLUSN BILAT. TROMPES PAR ENDOS.						95	40	100	71	91	98	98
AUTRE DESTRUCTION TROMPES FALLOPE						72	68	98	124	6		2
DESTRUCTN LÉSION TISSU CERVICAL						100	120	100	120	88		98
DILATATION ET CURETAGE (SANS AVORTEMENT)						87	67	97	989	81	87	96
AUTRE EXCISN DESTR. LOCALISÉE VULVE PÉRINÉE						95	142	95	142	63		
MASTECTOMIE SUBTOTALE OU PARTIELLE								82	42		26	78
BUNIONECTOMIE CORRECTION D'HALLUX VALGUS	7	3	39	4,5	0,6			91	76		66	91
EXÉRESE D'APPAREIL FIXATION INTERNE	15	19	107	4	1,4	82	67	83	83	57	41	83
EXCISION CARTILAGE SEMI-LUNAIRE GENOU	60	35	23	3,5	0,3	99	81	99	81	81	87	99
TAUX DE PRÉVALENCE CDJ	35					86		92		65	66	79

PRÉCISION SUR QUELQUES TERMES OU ABRÉVIATIONS UTILISÉS PAR L'AHQ (1992) :

%CD : il s'agit ici de la proportion des cas d'un type d'intervention qui est pratiquée en CD selon le milieu, sur le total des cas (CD + patients hospitalisés) pour cette intervention selon le milieu.

ADM : nombre de patients admis à l'hôpital pour lesquels l'intervention chirurgicale d'intérêt constitue le principal motif de l'admission.

DMS : la durée moyenne de séjour des patients admis.

MAXIMUM GROUPE : la plus forte proportion des cas en CD (pour chaque intervention) observée par les centres hospitaliers appartenant à notre groupe de comparaison soit les centres hospitaliers de 100-200 lits.

MAX QUÉBEC : la plus forte proportion de cas en CD (pour chaque intervention) observée au Québec parmi les 68 centres hospitaliers de plus de 100 lits qui rapportent au fichier Med-Écho des cas en CD.

MILIEUX ÉTALONS : servant de base de comparaison : Colombie-Britannique, l'hôpital Royal Victoria de Montréal et le Centre hospitalier Sainte-Marie de Trois-Rivières.

TAUX DE PRÉVALENCE CD : Le taux de prévalence brut de la chirurgie d'un jour représente la proportion de l'ensemble des cas réalisables en CD (parmi la clientèle opérée au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos l'an dernier) qui ont effectivement été opérés en CD. Ce taux brut doit être interprété avec réserve puisqu'il ne tient pas compte, à ce stade-ci de la démarche, de l'admissibilité clinique à la CD, des patients hospitalisés.

Les interventions qui figurent à l'annexe 9 comptent parmi les plus fréquemment pratiquées en chirurgie d'un jour dans les hôpitaux de pointe en ce domaine en Amérique du Nord. Les interventions pratiquées hors du bloc opératoire (par exemple, en salle d'endoscopie) sont exclues et ne figurent pas dans les statistiques en chirurgie d'un jour. Les interventions à faible potentiel de substitution sont aussi exclues soit qu'elles se font généralement, à plus de 90% des cas, en chirurgie d'un jour ou soit qu'elles requièrent une hospitalisation dans presque tous les cas.

Toutes ces données se rapportant au Québec sont issues d'un fichier sur la chirurgie d'un jour, provenant de la banque MED-ÉCHO/MSSS (AHQ, 1992). Ce fichier porte sur les 68 centres hospitaliers de courte durée ayant plus de 100 lits, qui rapportent leurs cas de chirurgie d'un jour, en 1991-1992.

ANNEXE 10

PATIENTS ADMISSIBLES ET POTENTIEL NET D'ACTIVITÉ EN CDJ 1991-92 HÔTEL-DIEU D'AMOS

INTERVENTIONS SELON L'ORDRE DE PRIORITÉ	PATIENTS TRAITÉS EN CDJ		PATIENTS HOSPITALISÉS ADMISSIBLES EN CDJ*				POTENTIEL NET D'ACTIVITÉ EN CDJ	
	Nbre	%	Nbre	%	Séj. Moy. (jours)	Équiv.-lits	VOLUME CAS	% CAS TOTAUX
EXÉRESE D'APPAREIL DE FIXATION INTERNE	19	15	23	21,5	2,57	0,2	42	33,3
BUNIONECTOMIE CORRECTION D'HALLUX VALGUS	3	7	11	28,2	3,82	0,1	14	33,3
AMYGDALECTOMIE AVEC/SANS ADENOIDECTOMIE	18	18	22	26,5	1,68	0,1	40	39,6
RHINOPLASTIE	37	41	14	26,4	1,64	0,1	51	56,7
RÉPARATION EXTRACTION DENTAIRE	47	55	10	26,3	3,7	0,1	57	67,1
LAPAROSCOPIE DIAGNOSTIQUE SANS DESTR. TROMPE	20	49	2	9,5	3,5		22	53,7
EXCISION CARTILAGE SEMI-LUNAIRE GENOU	35	60	1	4,3	1		36	62,1
MYRINGOTOMIE AVEC INSERTION TUBE	23	74	1	12,5	2		24	77,4
TOTAL	202	35	84	22,6	2,48	0,7	286	49,8

TAUX D'UTILISATION DU POTENTIEL EN CDJ : 70,63%

* SELON LES CRITERES DE SÉLECTION ÉNUMÉRÉS AUX PAGES 4.1 ET 4.2 DE LA TROUSSE

L'annexe 10 présente une liste limitée d'interventions en 1991-1992 qui en raison de leur potentiel de substitution en chirurgie d'un jour au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos pourraient mériter une attention prioritaire. Ces interventions ont été sélectionnées selon deux critères soit un écart négatif d'au moins 20% avec deux milieux-étalons ou plus dans la proportion des cas en chirurgie d'un jour et un équivalent-lit d'au moins 1,0 utilisé durant l'année de référence par les usagers admis et soumis à l'intervention en question dans l'établissement. (AHQ, 1992)

ANNEXE 11

ESTIMATION DES RESSOURCES MATÉRIELLES REQUISES POUR RÉPONDRE AUX TÂCHES RELIÉES À LA CHIRURGIE D'UN JOUR	
Ressources matérielles	
Service d'admission	● Propre à la chirurgie d'un jour où se fait l'inscription et l'aide à la gestion des usagers.
Local polyvalent	● Pour la visite préopératoire et les séances d'information ou pour procéder aux examens biologiques et aux consultations.
Salle de réveil	● Locaux aménagés répondant aux exigences d'un bloc opératoire conformément aux normes prescrites pour les salles d'opération et de réveil en milieu hospitalier.
Salle d'observation	● Aménagée près du bloc opératoire pour la préparation et la récupération des usagers. ● Doit être munie de matériel d'oxygène et d'appareils de succion et de réanimation.
Salle d'attente	● Pour les personnes qui accompagnent les usagers.
Vestiaire et salle de toilette	● Près de la salle d'observation afin de favoriser l'intimité et le respect des individus.
Équipements médicaux spécialisés	● Conformes en fonction des interventions chirurgicales pratiquées en chirurgie d'un jour par les professionnels de la santé.
Fournitures au bloc opératoire et aux services diagnostiques	● Selon l'accroissement du volume visé en chirurgie d'un jour.
Équipements divers et fournitures de bureau	● Équipements (bureaux, informatique, locaux, etc.) et fournitures de bureau disponibles pour la chirurgie d'un jour et formulaires utilisés conformes aux spécifications du MSSS.

Se référer à la page suivante pour l'implication monétaire quant aux ressources matérielles requises pour répondre aux tâches reliées à la chirurgie d'un jour

FINANCEMENT DES RESSOURCES MATÉRIELLES			
Éléments	**Situation actuelle**	**Requis**	**Écart**
Équipements médicaux spécialités	Équipements médicaux et anesthésiques conformes et disponibles	**0 $**	**0 $**
Équipements divers, locaux et fournitures de bureau	Postes de travail pour le personnel de bureau et le personnel infirmier, informatique, locaux, vestiaire, salle de toilette et fournitures de bureau disponibles	**0 $**	**0 $**
Fournitures au bloc opératoire	Selon le rapport financier annuel du centre hospitalier 1992-1993 pour 2 366 admissions en CDJ (cf. annexe 15) **28 932 $**	Selon l'accroissement du volume visé soit 4 000 admissions en CDJ[1] Coût unitaire brut étant de 12,22 $ **48 880 $**	**19 948 $**
Services diagnostiques : Laboratoire	Selon le rapport financier annuel du centre hospitalier 1992-1993, le coût unitaire brut de 0,73 $ (cf. annexe 15)[2] Total : 2 366 CDJ Hypothèse que chaque CDJ requiert, en moyenne, 4 examens différents **6 909 $**	Selon l'accroissement du volume visé soit 4 000 admissions en CDJ Hypothèse de 4 examens par CDJ Coût unitaire brut étant de 0,73 $ **11 680 $**	**4 771 $**
Services diagnostiques : Radiologie	Selon le rapport financier annuel du centre hospitalier 1992-1993, le coût unitaire brut de 1,48 $ (cf. annexe 15)[3] Total : 2 366 CDJ Hypothèse que chaque CDJ requiert, en moyenne, 2 examens différents **7 003 $**	Selon l'accroissement du volume visé soit 4 000 admissions en CDJ Hypothèse de 2 examens par CDJ Coût unitaire brut étant de 1,48 $ **11 840 $**	**4 837 $**
Services diagnostiques : ECG	Selon le rapport financier annuel du centre hospitalier 1992-1993, le coût unitaire brut de 0,89 $ (cf. annexe 15)[4] Total : 2 366 CDJ Hypothèse qu'un usager sur deux qui subit une CDJ requiert un ECG **1 053 $**	Selon l'accroissement du volume visé soit 4 000 admissions en CDJ Hypothèse q'un usager sur deux qui subit une CDJ requiert un ECG Coût unitaire brut étant de 0.89 $ **1 780 $**	**727 $**
TOTAL	**43 897 $**	**74 180 $**	**30 283 $**

1 Considérant qu'en 1992-1993, on compte 2 366 admissions en chirurgie d'un jour pour 97 201 $ en coûts directs bruts soit 48,01 $ comme coût unitaire brut par chirurgie d'un jour (Ressources humaines : 28,86 $; Fournitures au bloc opératoire : 12,22 $)

2 Considérant que l'on fait l'hypothèse, qu'en moyenne, pour chaque chirurgie d'un jour, l'usager requiert 4 examens de laboratoire différents

3 Considérant que l'on fait l'hypothèse, qu'en moyenne, pour chaque chirurgie d'un jour, l'usager requiert 2 examens de radiologie différents

4 Considérant que l'on fait l'hypothèse, qu'en moyenne, un usager sur deux qui subit une chirurgie d'un jour requiert un ECG

ANNEXE 12

ESTIMATION DES RESSOURCES HUMAINES REQUISES POUR RÉPONDRE AUX TÂCHES RELIÉES À LA CHIRURGIE D'UN JOUR	
Ressources humaines	
1 coordonnateur pour le programme de la chirurgie d'un jour (à demi temps)	● Selon le volume de la chirurgie d'un jour.
1 préposée à l'admission (ou infirmière)	● Pour le dossier de l'usager.
1 infirmière (il peut s'agir de la même infirmière qui est assignée en salle d'observation pré et postopératoire)	● Pour les renseignements.
1,5 infirmière par 2 civières	● En salle de réveil.
1 infirmière pour 4 ou 5 usagers	● En salle d'observation pré et postopératoire.
Personnel administratif prévu selon le taux de fréquentation (travail peut être intégré aux tâches normales du personnel)	● Pour l'administration. ● Pour la gestion de la qualité.

Se référer à la page suivante pour l'implication monétaire quant aux ressources humaines requises pour répondre aux tâches reliées à la chirurgie d'un jour

FINANCEMENT DES RESSOURCES HUMAINES			
Titre d'emploi	**Situation actuelle**	**Requis**	**Écart**
Coordonnateur pour le programme de la CDJ (à demi-temps)	**0 $**	.5 poste Selon le rapport financier annuel 1992-1993 du centre hospitalier, un poste de coordonnateur (46 309 $) plus les avantages sociaux (13,98%) équivaut à 52 782 $/an (cf. annexe 15) **26 391 $**	**26 391 $**
Préposée à l'admission (1)	Préposée à l'admission : 4 h. au service d'accueil Selon le rapport financier annuel 1992-1993 du centre hospitalier, le taux horaire est de 13,15 $/h (cf. annexe 15) Poste à temps plein = 1 820 h./an plus les avantages sociaux (13,98%) équivaut pour 4h./7h./jr à **15 588 $**	1 préposée à l'admission 7h./jr x 260 jrs/an = 1820 h./an Taux horaire : 13,15 $/h. plus les avantages sociaux (13,98$) **27 279 $**	**11 691 $**
Infirmière (1) pour les renseignements : il peut s'agir de la même infirmière qui travaille en salle d'observation pré et postopératoire en CDJ	L'infirmière qui travaille en salle d'observation pré et postopératoire en CDJ complète les renseignements	L'infirmière qui travaille en salle d'observation pré et postopératoire en CDJ complétera aussi les renseignements	**0 $**
Infirmières en salle de réveil (1.5 par 2 civières)	Que ce soit pour les interventions chirurgicales en externe, pour les admissions internes ou pour la CDJ, les civières sont déjà disponibles à la salle de réveil, donc le personnel infirmier est déjà prévu	Les infirmières sont déjà disponibles à la salle de réveil	**0 $**
Infirmières en salle d'observation pré et postopératoire pour la chirurgie d'un jour (1 par 4-5 usagers)	1.87 infirmières selon le rapport financier annuel 1992-1993 du centre hospitalier (cf. annexe 15) Total de CDJ : 2 366 **68 269 $**	3 infirmières équivalent temps plein Moyenne de 5 usagers par infirmière Total : 15 CDJ/jr selon l'hypothèse retenue **109 522 $**	**41 253 $**
Personnel administratif : . pour l'administration . pour la gestion de la qualité	Le personnel administratif en place exécute ce travail dans leurs tâches normales	Le personnel administratif en place exécutera ce travail dans leurs tâches normales	**0 $**
TOTAL	**83 857 $**	**163 192 $**	**79 335 $**

ANNEXE 13

IMPACTS ORGANISATIONNELS DE LA CHIRURGIE D'UN JOUR AU CENTRE HOSPITALIER HÔTEL-DIEU D'AMOS	
Impacts	**Justifications**
Une meilleure utilisation des lits	Par une utilisation plus judicieuse des lits résultant d'une sélection plus rigoureuse des usagers admis.
Une meilleure gestion du personnel	Par un service de chirurgie de jour centralisé : . qui diminuerait les perte de temps; . qui répartirait équitablement le travail. Par des ressources humaines adaptées aux besoins de la chirurgie d'un jour.
Les rapports d'examens ou d'analyses en temps et lieu	Par un contrôle effectué par un seul service : . qui éviterait de les refaire le matin même de l'intervention; . qui faciliterait la compilation au temps opportun; . qui éviterait des délais au bloc opératoire et un surcroît de travail dans différents services
Les visites aux anesthésistes	Par des rendez-vous fixés à l'avance pour les usagers.
Un seul service centralisé	. Qui prendrait en charge la chirurgie d'un jour en tout temps; . Qui tiendrait compte des médecins, du service d'accueil et du centre de jour.
Les médecins	Par un service centralisé : . verront leur volume d'activités accrues; . les risques d'annulation diminués (qui résultent de l'occupation non planifiée de lits par des admissions urgentes).
L'usager	Par un service centralisé : . éviterait certains déplacements avant sa chirurgie; . aurait une meilleure planification de son intervention chirurgicale; . verrait son temps d'attente réduit.

ANNEXE 14

IMPLICATIONS FINANCIÈRES QUANT AU CHANGEMENT PROPOSÉ EN CHIRURGIE D'UN JOUR
Éléments
La réorganisation du système de rendez-vous et de la clinique externe en considérant un système de rendez-vous informatisé intégré incluant les examens préopératoires et le suivi postopératoire.
L'accueil des usagers en préadmission et lors de l'admission en chirurgie d'un jour.
L'augmentation des heures en soins infirmiers à l'unité de chirurgie d'un jour en considérant l'horaire de 7 h 30 à 18 h.
La nécessité d'un coordonnateur pour le programme de chirurgie d'un jour si le volume est important.
La disponibilité de salles au bloc opératoire, d'anesthésistes.
L'accroissement des fournitures au bloc opératoire.
L'accroissement de volume pour les services diagnostiques.

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux

ANNEXE 15
EXTRAITS

RAPPORT FINANCIER ANNUEL

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS CONVENTIONNÉS

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT: CENTRE HOSPITALIER HOTEL-DIEU D'AMOS

CODE: 1232 - 2434 TÉLÉCOPIEUR: 819-732-0425

Année financière terminée le 31 mars 1993

Formule autorisée et prescrite par ordre du Ministre de la Santé et des Services sociaux, aux fins du règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux (Art.7) adopté en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Formulaire AS-471

KPMG Poissant Thibault-Peat Marwick Thorne

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

RAPPORT FINANCIER ANNUEL

PLAN GÉNÉRAL

MESSAGE AUX MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Première partie
Généralités

Deuxième partie
États financiers

Troisième partie
Fonds d'exploitation : renseignements complémentaires

Quatrième partie
Fonds d'immobilisations : renseignements complémentaires

Cinquième partie
Autres fonds : renseignements complémentaires

Sixième partie
Données détaillées

Septième partie
Fonds des familles d'accueil

Huitième partie
Données relatives aux établissements sujets aux ententes fédérales-provinciales

Neuvième partie
Données relatives aux établissements privés conventionnés

RAPPORT FINANCIER ANNUEL

PLAN DÉTAILLÉ

	Page	Révisée
Présentation		
Page couverture	001	89-12
Page titre	010	"
Liste des règlements adoptés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux	020	90-12
Plan général	030	89-12
Introduction	050	92-12
Généralités	060	"
Principales conventions comptables	070	"
Message aux membres du conseil d'administration	080	89-12
Première partie - *Généralités*	099	88-12
Déclaration de l'établissement	100	89-12
Résolution du conseil d'administration	101	"
Rapport du président du conseil d'administration	110	"
Questionnaire au président du conseil d'administration	111	92-12
Commentaires relatifs au questionnaire au président du conseil d'administration	112	89-12
Rapport du vérificateur externe	120	"
Annexe au rapport du vérificateur externe	121	88-12
Questionnaire au vérificateur externe	122	92-12
Commentaires relatifs au questionnaire au vérificateur externe	123	88-12
Deuxième partie - *États financiers*	199	92-12
Fonds d'exploitation - résultats	200	"
Fonds d'exploitation - activités principales : Ventilation de l'excédent	201	"

PLAN DÉTAILLÉ (suite)

Fonds d'exploitation - activités principales :

Charges brutes par secteur d'activités - C.L.S.C.	210	92-12
Charges brutes par secteur d'activités - C.H.	211	"
Charges brutes par secteur d'activités - C.S.S.	212	"
Charges brutes par secteur d'activités - C.A.H.	213	"
Charges brutes par secteur d'activités - C.A.R.	214	"

Fonds d'exploitation - données opérationnelles :

Données opérationnelles - C.L.S.C.	220	"
Données opérationnelles - C.H.	221	"
Données opérationnelles - C.S.S.	222	"
Données opérationnelles - C.A.H.	223	"
Données opérationnelles - C.A.R	224	"

Fonds d'exploitation - activités accessoires :

Ventilation de l'excédent	230	"
Autres fonds-résultats	240	89-12
Fonds combinés-soldes des fonds	250	92-12
Fonds combinés-bilan	260	"
Autres fonds-bilan	261	91-12
Notes aux états financiers	270	"
Notes aux états financiers	270-1	89-03
Précisions aux états financiers	290	90-12

***Troisième partie - Fonds d'exploitation** : Renseignements complémentaires* 299 92-12

ACTIVITÉS PRINCIPALES - RÉSULTATS :

Comparaison des revenus budgétisés et réels	300	"
Revenus provenant des usagers et déductions	301	"
Autres revenus	302	91-12
Comparaison des charges budgétisées et réelles	310	92-12
Données sur les centres d'activités	320	90-12
Avantages sociaux	330	91-12
Masse salariale des cadres, charges non réparties et coût des disparités régionales	331	92-12

PLAN DÉTAILLÉ (suite)

VENTILATION DE CHARGES :

Autres charges directes-services diagnostiques	340	92-12
Autres charges directes-administration	341	"
Frais d'entretien, de sécurité et de fonctionnement des installations	342	"
Charges sociales et frais des services administratifs	343	"
Projets d'investissement autofinancés	345	"
Frais de déplacement, de séjour, d'inscription et charges extraordinaires	349	90-12

ACTIVITÉS ACCESSOIRES :

Données sur les centres d'activités	351	"
Avantages sociaux et charges sociales	352	91-12

BILAN :

Détail de postes de l'actif	360	92-12
Détail de postes du passif	361	"
M.S.S.S. et R.R.S.S.S. ou C.R.S.S.S.-montant à recevoir ou à payer	362	"
Comptes interfonds	363	"
Précisions aux renseignements complémentaires - partie 3	390	89-03

Quatrième partie - Fonds d'immobilisations : *Renseignements complémentaires* 399 92-12

BILAN

Détail de postes de l'actif	400	"
Détail de postes du passif	401	"
Détail du passif à long terme	402	90-12
M.S.S.S. et R.R.S.S.S. ou C.R.S.S.S.-montant à recevoir ou à payer	403	92-12
Comptes interfonds	410	"
Évolution de la situation financière	420	92-12
Précisions aux renseignements complémentaires - partie 4	490	89-03

Cinquième partie - Autres fonds : *Renseignements complémentaires* 499 88-12

BILAN

Fonds de dotation-évolution du solde du fonds	500	92-12
Fonds à destination spéciale-évolution du solde du fonds	510	"
Fonds affectés-analyse de la provenance et de l'attribution des fonds	520	"
Fonds en fiducie-évolution de l'encaisse	530	"
Précisions aux renseignements complémentaires - partie 5	590	89-03

PLAN DÉTAILLÉ (suite)

***Sixième partie** - Données détaillées*	599	92-12
FONDS D'EXPLOITATION :		
Activités principales-charges brutes par centre d'activités - C.L.S.C.	600	92-12
	601	"
Activités principales-charges brutes par centre d'activités - C.H.	610	"
	611	"
	612	"
Activités principales-charges brutes par centre d'activités - C.S.S.	620	"
	621	"
	622	"
Activités principales-charges brutes par centre d'activités - C.A.H.	630	"
Activités principales-charges brutes par centre d'activités - C.A.R.	640	"
	641	"
FONDS D'EXPLOITATION :		
Activités principales-données sur le centre d'activités	650	"
FONDS D'EXPLOITATION :		
Activités accessoires-données sur le centre d'activités	660	"
DONNÉES SUR LES RESSOURCES INFORMATIQUES (Annexe A)	670	91-12
FONDS D'EXPLOITATION :		
Activités principales-rémunération des cadres (Annexe B)	680	92-12
Précisions aux renseignements complémentaires - partie 6	690	"
	690-1	"
***Septième partie** - Fonds des familles d'accueil*	699	91-12
RÉSULTATS		
COMPARAISON DES CHARGES ET DES REVENUS - DÉTERMINATION DU SOLDE À ATTRIBUER ET DÉTAIL DES CHARGES		
Fonds des familles d'accueil pour adultes et personnes âgées		
Détail des charges	700	"
* Hébergement et services	701	"
* Mesures de soutien	702	92-12
* Mesures d'appoint	703	"
		"
Fonds des familles d'accueil pour enfants		
Détail des charges	710	91-12
* Hébergement et services	711	92-12
* Mesures d'appoint	711	"
* Mesures de soutien	712	"
BILAN		
Précisions aux états des fonds des familles d'accueil	720	91-12
	790	89-03
	790-1	"

PLAN DÉTAILLÉ (suite)

Huitième partie - *Données relatives aux établissements sujets aux ententes fédérales-provinciales*	799	92-12
C.L.S.C.		
Détail de certaines données financières	800	"
Détail d'autres charges directes	801	91-12
Détail des recouvrements des centres d'activités	802	90-12
Répartition social-santé de certains centres d'activités	803	91-12
Données sur des centres d'activités complémentaires	805	92-12
C.S.S.		
Détail de certaines données financières	810	"
Détail de services achetés	812	89-12
	813	92-12
	814	"
Données sur des centres d'activités complémentaires	815	"
Détail des recouvrements des centres d'activités	816	"
Détail de fournitures et autres charges	817	"
	818	"
C.A.R.		
Détail de certaines données financières	820	"
Données opérationnelles sur des centres d'activités	822	"
Données financières sur des centres d'activités	823	"
C.A.H.		
Détail de certaines données financières	830	"
Précisions aux renseignements complémentaires - partie 8	890	89-03

PLAN DÉTAILLÉ (suite)

***Neuvième partie** - Données relatives aux établissements privés conventionnés*	899	92-12
FONDS D'EXPLOITATION - Activités principales		
Rectificatif des charges et des revenus	900	"
Rectificatif de la composante clinique	901	"
Rectificatif relatif au taux d'occupation	902	"
Améliorations locatives	903	"
Détails concernant la composante clinique	910	"
	911	"
Détail de l'assurance-salaire (auto-assurance) versée au personnel syndicable et cadre-clinique	920	"
Détail de l'assurance-salaire (auto-assurance) versée au personnel syndicable et cadre-fonctionnement	921	"
Détail concernant la rémunération des cadres	930	91-12
Précisions aux renseignements complémentaires - partie 9	990	89-03

Fonds d'exploitation — RÉSULTATS — exercice terminé le 31 mars 1993

PROVENANCE DES REVENUS		EXERCICE COURANT 1	EXERCICE COURANT 2	EXERCICE PRÉCÉDENT 3	EXERCICE PRÉCÉDENT 4
Ministère de la santé et des services sociaux	01	23 006 352 $	$	21 790 766 $	$
Régie régionale ou conseil régional	02	100 614		131 895	
Autres établissements	03	76 732		49 128	
Usagers	04	1 543 449		1 361 670	
Autres sources	05	1 402 255		1 338 493	
TOTAL	06		26 129 402		24 671 852
NATURE DES CHARGES					
Salaires	07	14 107 078		13 293 061	
Avantages sociaux	08	3 389 665		3 191 090	
Charges sociales	09	1 864 952		1 615 182	
Total	10	19 361 695		18 099 333	
Médicaments	11	900 694		751 708	
Fournitures médicales et chirurgicales	12	1 316 117		1 166 477	
Denrées alimentaires	13	384 168		390 254	
Frais des services administratifs	14	938 571		915 223	
Frais d'entretien, de sécurité et de fonctionnement des installations	15	1 422 704		1 426 195	
Intérêts sur emprunts autorisés	16	328 933		427 493	
Autres	17	1 467 785		1 523 381	
Total	18	6 758 972		6 600 731	
TOTAL	19		26 120 667		24 700 064
EXCEDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (EXCEDENT DES CHARGES SUR LES REVENUS) réparti comme suit:					
ACTIVITÉS PRINCIPALES (Note 1)	20	7 743		5 906	
ACTIVITÉS ACCESSOIRES	21	992		(34 018)	
TOTAL	22		8 735		(28 212)

Fonds d'exploitation — DONNÉES OPÉRATIONNELLES-C.H. — exercice terminé le 31 mars 1993

			EXERCICE COURANT 1	EXERCICE PRÉCÉDENT 2	VARIATION 3
HOSPITALISATION					
Jours-présence: Courte durée	- en salles	01	30 304	30 812	(508)
	- en chambres semi-privées	02	7 112	6 585	527
	- en chambres privées	03	2 407	2 621	(214)
	Total	04	39 823	40 018	(195)
Longue durée	Longue durée - en salles	05	2 894	5 860	(2 966)
	- en chambres semi-privées	06	729	725	4
	- en chambres privées	07	3 309	366	2 943
	Total	08	6 932	6 951	(19)
Usagers:	Courte durée	09	4 598	4 950	(352)
	Longue durée	10	21	23	(2)
	Total	11	4 619	4 973	(354)
Nombre de lits au permis		12	165	165	
Nombre de lits dressés		13	145	145	
Durée moyenne d'hospitalisation:	Courte durée	14	8.28	7.99	0
	Longue durée	15	288.00	464.00	(176)
Pourcentage d'occupation moyenne		16	88.34	88.50	(0)
SOINS D'ASSISTANCE:	Jours-présence	17			
SERVICES AMBULATOIRES:	Visites	18	87 219	83 425	3 794
BLOC OPERATOIRE:	Heures-présence	19	5 554	5 058	496
	Nombre de patients	20	4 794	4 671	123
LABORATOIRE:	Unités techniques	21	2 429 556	2 825 574	(396 018)
	Nombre d'examens	22	686 763	727 817	(41 054)
RADIODIAGNOSTIC:	Unités techniques	23	744 242	737 418	6 824
	Nombre d'examens	24	46 267	47 779	(1 512)
ALIMENTATION:	Jours-repas	25	69 209	68 432	777
MÉDECINS ACTIFS:	Spécialistes	26	21	20	1
	Omnipraticiens	27	24	25	(1)
RESSOURCES HUMAINES:					
Personnel cadre:	Temps complet	28	32	31	1
	Temps partiel	29	5	4	1
Personnel régulier:	Temps complet	30	245	246	(1)
	Temps partiel	31	176	151	25
Heures travaillées:	Personnel-cadre	32	51 774	54 791	(3 017)
	Personnel régulier	33	717130	694236	22894
Heures rémunérées		34	985 027	955 450	29 577

AUTRES DONNÉES DE L'ÉTABLISSEMENT

Fonds combinés — BILAN — au 31 mars 1993

ACTIF		Fonds d'exploitation 1	Fonds d'immobilisations 2	Autres Fonds 3	Total 4
A COURT TERME					
Encaisse	01	846 246 $	230 640 $	$	1 076 886 $
Débiteur-M.S.S.S.	02	672 153			672 153
Débiteurs-Autres	03	829 981	105 571		935 552
Placements temporaires	04	15			15
Charges payées d'avance	05	36 659			36 659
Stocks	06	798 373			798 373
Créances interfonds	07		28 595		28 595
Autres éléments	08	3 678			3 678
Total de l'actif à court terme	09	3 187 105	364 806		3 551 911
SUBVENTION A RECEVOIR-M.S.S.S. déficit au 31 mars 1986	10				
IMMOBILISATIONS	11		26 177 338		26 177 338
A LONG TERME					
Placements	12				
Autres éléments	13				
Total de l'actif à long terme	14				
TOTAL DE L'ACTIF	15	3 187 105	26 542 144		29 729 249
PASSIF					
A COURT TERME					
Découvert de banque	16				
Emprunts de banque	17	956 511			956 511
Créditeur-M.S.S.S.	18				
Créditeurs, billets et charges à payer	19	2 703 194	1 368 602		4 071 796
Fonds affectés non attribués	20				
Sommes confiées en fiducie à l'établissement	21				
Dettes interfonds	22	28 595			28 595
Fraction à moins d'un an de la dette à long terme	23		43 306		43 306
Autres éléments	24	77 042			77 042
Total du passif à court terme	25	3 765 342	1 411 908		5 177 250
EMPRUNT DE BANQUE déficit au 31 mars 1986	26				
A LONG TERME					
Obligations	27		9 450 000		9 450 000
Autres éléments	28		34 840		34 840
Total du passif à long terme	29		9 484 840		9 484 840
TOTAL DU PASSIF	30	3 765 342	10 896 748		14 662 090
SOLDE DE FONDS	31	(578 237)	15 645 396		15 067 159
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	32	3 187 105	26 542 144		29 729 249
ENGAGEMENTS	33	3 174 493			3 174 493
ÉVENTUALITÉS	34				

Nom de l'établissement	Code	Page
CENTRE HOSPITALIER HOTEL DIEU D'AMOS	1232-2434	650

Fonds d'exploitation-Activités principales — exercice terminé le 31 mars 1993

DONNÉES SUR LES CENTRES D'ACTIVITÉS

Nom du centre: Soins infirmiers de jour — numéro du centre: 6070

EXERCICE PRÉCÉDENT Heures à l'unité près (1)	EXERCICE PRÉCÉDENT Montant au $ près (2)			EXERCICE COURANT Heures à l'unité près (3)	EXERCICE COURANT Montant au $ près (4)
		SALAIRES			
	$	01 Personnel cadre	01		$
518	10 383	02 Personnel-temps régulier	02	3 055	54 867
		03 Temps supplémentaire	03		
		04 Primes	04		6
		05 Main-d'oeuvre indépendante	05		
xxxx	xxxx	06	06	xxxx	xxxx
518	10 383	07 Total (L.01 à L.06)	07	3 055	54 873
		AVANTAGES SOCIAUX			
4	62	08 Généraux	08	355	6 224
		09 Particuliers	09	70	1 086
4	62	10 Total (L.08 + L.09)	10	425	7 310
	1 071	11 CHARGES SOCIALES	11		6 086
	xxxx	12	12		xxxx
522	11 516	13 Total (L.07 + L.10 à L.12)	13	3 480	68 269
		AUTRES CHARGES DIRECTES			
		14 Services achetés	14		
	2 096	15 Fournitures et autres charges	15		28 932
	xxxx	16	16		xxxx
	2 096	17 Total (L.14 à L.16)	17		28 932
522	13 612	18 COUTS DIRECTS BRUTS (L.13 + L.17)	18	3 480	97 201
		DEDUCTIONS			
	470	19 Ventes de services	19		5 345
		20 Recouvrements	20		
		21 Transferts de frais généraux	21		
	470	22 Total (L.19 à L.21)	22		5 345
522	13 142	23 COUTS DIRECTS NETS (L.18 - L.22)	23	3 480	91 856
		24 Ajustements	24		--
		UNITÉ DE MESURE			
		"A" Le patient "A"			
523		25 Pour l'établissement	25	2 366	
		26 Pour ventes de services	26		
		27 Pour transferts de frais généraux	27		
523		28 Total (L.25 à L.27)	28	2 366	
	26.03	29 Coût unitaire brut (L.18 - L.24) / L.28	29		41.08
		30 "B" "B"	30		
		31 Coût unitaire net (L.23 - L.24) / L.30	31		

Répartition à l'usage des établissement à fonctions multiples

CATÉGORIE	L.07, C.4 (1)	L.10 + L.11, C.4 (2)	L.17, C.4 (3)	L.22, C.4 (4)	L.23, C.4 (5)
C.L.S.C. 32					
C.H. 33					
C.A.H. 34					
C.A.R. 35					
C.S.S. 36					
R.R,C.R.S.S.S.37					

Nom de l'établissement	Code	Page
CENTRE HOSPITALIER HOTEL DIEU D'AMOS	1232-2434	650

Fonds d'exploitation-Activités principales — exercice terminé le 31 mars 1993

DONNÉES SUR LES CENTRES D'ACTIVITÉS

Nom du centre: Bloc opératoire — numéro du centre: 6260

EXERCICE PRÉCÉDENT Heures à l'unité près (1)	EXERCICE PRÉCÉDENT Montant au $ près (2)			EXERCICE COURANT Heures à l'unité près (3)	EXERCICE COURANT Montant au $ près (4)
		SALAIRES			
• 1 620	47 923 $	01 Personnel cadre	01	1 498	46 309 $
• 36 477	662 581	02 Personnel-temps régulier	02	35 731	685 347
• 2 669	76 941	03 Temps supplémentaire	03	2 971	88 482
	30 612	04 Primes	04		30 514
• 22	725	05 Main-d'oeuvre indépendante	05		
• xxxx	xxxx	06	06	xxxx	xxxx
• 40 788	818 782	07 Total (L.01 à L.06)	07	40 200	850 652
		AVANTAGES SOCIAUX			
• 7 067	131 338	08 Généraux	08	7 286	143 429
• 4 935	85 377	09 Particuliers	09	3 279	41 130
• 12 002	216 715	10 Total (L.08 + L.09)	10	10 565	184 559
	94 099	11 CHARGES SOCIALES	11		102 747
	xxxx	12	12		xxxx
• 52 790	1 129 596	13 Total (L.07 + L.10 à L.12)	13	50 765	1 137 958
		AUTRES CHARGES DIRECTES			
	•	14 Services achetés	14		
	781 590	15 Fournitures et autres charges	15		879 408
	xxxx	16	16		xxxx
	781 590	17 Total (L.14 à L.16)	17		879 408
52 790	1 911 186	18 COUTS DIRECTS BRUTS (L.13 + L.17)	18	50 765	2 017 366
		DEDUCTIONS			
	•	19 Ventes de services	19		
• 582	5 078	20 Recouvrements	20	1 813	16 453
	•	21 Transferts de frais généraux	21		
• 582	5 078	22 Total (L.19 à L.21)	22	1 813	16 453
• 52 208	1 906 108	23 COUTS DIRECTS NETS (L.18 - L.22)	23	48 952	2 000 913
•		24 Ajustements	24		—
		UNITÉ DE MESURE			
		"A" Heure-présence de l'usager "A"			
• 5 058		25 Pour l'établissement	25	5 554	
•		26 Pour ventes de services	26		
•		27 Pour transferts de frais généraux	27		
• 5 058		28 Total (L.25 à L.27)	28	5 554	
	377.85	29 Coût unitaire brut (L.18 - L.24) / L.28	29		• 363.23
• 4 671		30 "B" Le patient "B"	30	4 794	
	408.07	31 Coût unitaire net (L.23 - L.24) / L.30	31		• 417.38

Répartition à l'usage des établissement à fonctions multiples

CATÉGORIE	L.07, C.4 (1)	L.10 + L.11, C.4 (2)	L.17, C.4 (3)	L.22, C.4 (4)	L.23, C.4 (5)
C.L.S.C. 32					
C.H. 33					
C.A.H. 34					

Nom de l'établissement	Code	Page
CENTRE HOSPITALIER HOTEL DIEU D'AMOS	1232-2434	650

Fonds d'exploitation-Activités principales — exercice terminé le 31 mars 1993

DONNÉES SUR LES CENTRES D'ACTIVITÉS

Nom du centre: Laboratoires — numéro du centre: 6600

EXERCICE PRÉCÉDENT Heures à l'unité près (1)	EXERCICE PRÉCÉDENT Montant au $ près (2)			EXERCICE COURANT Heures à l'unité près (3)	EXERCICE COURANT Montant au $ près (4)
		SALAIRES			
1 443	38 550 $	01 Personnel cadre	01	1 470	42 255 $
35 964	657 301	02 Personnel-temps régulier	02	36 401	673 629
583	15 280	03 Temps supplémentaire	03	157	4 331
	25 296	04 Primes	04		26 033
		05 Main-d'oeuvre indépendante	05		
xxxx	xxxx	06	06	xxxx	xxxx
37 990	736 427	07 Total (L.01 à L.06)	07	38 028	746 248
		AVANTAGES SOCIAUX			
7 966	150 299	08 Généraux	08	8 258	156 961
2 724	51 841	09 Particuliers	09	4 432	63 972
10 690	202 140	10 Total (L.08 + L.09)	10	12 690	220 933
	90 276	11 CHARGES SOCIALES	11		103 379
	xxxx	12	12		xxxx
48 680	1 028 843	13 Total (L.07 + L.10 à L.12)	13	50 718	1 070 560
		AUTRES CHARGES DIRECTES			
	193 537	14 Services achetés	14		169 759
	558 054	15 Fournitures et autres charges	15		533 609
	xxxx	16	16		xxxx
	751 591	17 Total (L.14 à L.16)	17		703 368
48 680	1 780 434	18 COUTS DIRECTS BRUTS (L.13 + L.17)	18	50 718	1 773 928
		DEDUCTIONS			
	30 767	19 Ventes de services	19		29 531
		20 Recouvrements	20	816	5 696
		21 Transferts de frais généraux	21		
	30 767	22 Total (L.19 à L.21)	22	816	35 227
48 680	1 749 667	23 COUTS DIRECTS NETS (L.18 - L.22)	23	49 902	1 738 701
		24 Ajustements	24		
		UNITÉ DE MESURE			
		"A" L'unité technique "A"			
2 789 391		25 Pour l'établissement	25	2 397 462	
36 183		26 Pour ventes de services	26	32 094	
		27 Pour transferts de frais généraux	27		
2 825 574		28 Total (L.25 à L.27)	28	2 429 556	
	0.63	29 Coût unitaire brut (L.18 - L.24) / L.28	29		0.73
		30 "B" "B"	30		
		31 Coût unitaire net (L.23 - L.24) / L.30	31		

Répartition à l'usage des établissement à fonctions multiples

CATÉGORIE	L.07, C.4 (1)	L.10 + L.11, C.4 (2)	L.17, C.4 (3)	L.22, C.4 (4)	L.23, C.4 (5)
C.L.S.C. 32					
C.H. 33					
C.A.H. 34					
C.A.R. 35					
C.S.S. 36					
R.R,C.R.S.S.S.37					

Nom de l'établissement	Code	Page
CENTRE HOSPITALIER HOTEL DIEU D'AMOS	1232-2434	650

Fonds d'exploitation-Activités principales — exercice terminé le 31 mars 1993

DONNÉES SUR LES CENTRES D'ACTIVITÉS

Nom du centre: Électrophysiologie — numéro du centre: 6710

EXERCICE PRÉCÉDENT Heures à l'unité près (1)	EXERCICE PRÉCÉDENT Montant au $ près (2)			EXERCICE COURANT Heures à l'unité près (3)	EXERCICE COURANT Montant au $ près (4)
		SALAIRES			
	$	01 Personnel cadre	01		$
4 662	71 141	02 Personnel-temps régulier	02	5 030	80 257
62	1 456	03 Temps supplémentaire	03	101	2 280
	1 529	04 Primes	04		1 610
		05 Main-d'oeuvre indépendante	05		
xxxx	xxxx	06	06	xxxx	xxxx
4 724	74 126	07 Total (L.01 à L.06)	07	5 131	84 147
		AVANTAGES SOCIAUX			
763	11 012	08 Généraux	08	892	13 707
15	241	09 Particuliers	09	138	1 799
778	11 253	10 Total (L.08 + L.09)	10	1 030	15 506
	8 825	11 CHARGES SOCIALES	11		11 157
	xxxx	12	12		xxxx
5 502	94 204	13 Total (L.07 + L.10 à L.12)	13	6 161	110 810
		AUTRES CHARGES DIRECTES			
	21 341	14 Services achetés	14		24 246
	13 320	15 Fournitures et autres charges	15		12 674
	xxxx	16	16		xxxx
	34 661	17 Total (L.14 à L.16)	17		36 920
5 502	128 865	18 COUTS DIRECTS BRUTS (L.13 + L.17)	18	6 161	147 730
		DEDUCTIONS			
	324	19 Ventes de services	19		228
		20 Recouvrements	20		
		21 Transferts de frais généraux	21		
	324	22 Total (L.19 à L.21)	22		228
5 502	128 541	23 COUTS DIRECTS NETS (L.18 - L.22)	23	6 161	147 502
		24 Ajustements	24		
		UNITÉ DE MESURE			
		"A" L'unité technique provinciale "A"			
152 209		25 Pour l'établissement	25	166 301	
250		26 Pour ventes de services	26	194	
		27 Pour transferts de frais généraux	27		
152 459		28 Total (L.25 à L.27)	28	166 495	
	0.85	29 Coût unitaire brut (L.18 - L.24) / L.28	29		0.89
		30 "B" "B"	30		
		31 Coût unitaire net (L.23 - L.24) / L.30	31		

Répartition à l'usage des établissement à fonctions multiples

CATÉGORIE	L.07, C.4 (1)	L.10 + L.11, C.4 (2)	L.17, C.4 (3)	L.22, C.4 (4)	L.23, C.4 (5)
C.L.S.C. 32					
C.H. 33					
C.A.H. 34					
C.A.R. 35					
C.S.S. 36					
R.R,C.R.S.S.S.37					

Nom de l'établissement	Code	Page
CENTRE HOSPITALIER HOTEL DIEU D'AMOS	1232-2434	650

Fonds d'exploitation-Activités principales — exercice terminé le 31 mars 1993

DONNÉES SUR LES CENTRES D'ACTIVITÉS

Nom du centre: Radiodiagnostic — numéro du centre: 6830

EXERCICE PRÉCÉDENT Heures à l'unité près (1)	EXERCICE PRÉCÉDENT Montant au $ près (2)			EXERCICE COURANT Heures à l'unité près (3)	EXERCICE COURANT Montant au $ près (4)
		SALAIRES			
1 571	41 088 $	01 Personnel cadre	01	1 554	39 900 $
37 481	560 990	02 Personnel-temps régulier	02	34 201	544 719
498	11 981	03 Temps supplémentaire	03	508	12 854
	14 245	04 Primes	04		14 403
		05 Main-d'oeuvre indépendante	05		
xxxx	xxxx	06	06	xxxx	xxxx
39 550	628 304	07 Total (L.01 à L.06)	07	36 263	611 876
		AVANTAGES SOCIAUX			
7 493	115 087	08 Généraux	08	7 118	114 991
2 374	22 074	09 Particuliers	09	1 150	17 855
9 867	137 161	10 Total (L.08 + L.09)	10	8 268	132 846
	76 716	11 CHARGES SOCIALES	11		82 121
	xxxx	12	12		xxxx
49 417	842 181	13 Total (L.07 + L.10 à L.12)	13	44 531	826 843
		AUTRES CHARGES DIRECTES			
		14 Services achetés	14		
	284 066	15 Fournitures et autres charges	15		277 168
	xxxx	16	16		xxxx
	284 066	17 Total (L.14 à L.16)	17		277 168
49 417	1 126 247	18 COUTS DIRECTS BRUTS (L.13 + L.17)	18	44 531	1 104 011
		DEDUCTIONS			
	852	19 Ventes de services	19		1 624
2 161	25 706	20 Recouvrements	20		2 633
		21 Transferts de frais généraux	21		
2 161	26 558	22 Total (L.19 à L.21)	22		4 257
47 256	1 099 689	23 COUTS DIRECTS NETS (L.18 - L.22)	23	44 531	1 099 754
		24 Ajustements	24		
		UNITÉ DE MESURE			
		"A" L'unité technique provinciale "A"			
737 189		25 Pour l'établissement	25	743 943	
229		26 Pour ventes de services	26	299	
		27 Pour transferts de frais généraux	27		
737 418		28 Total (L.25 à L.27)	28	744 242	
	1.53	29 Coût unitaire brut (L.18 - L.24) / L.28	29		1.48
		30 "B" "B"	30		
		31 Coût unitaire net (L.23 - L.24) / L.30	31		

Répartition à l'usage des établissement à fonctions multiples

CATÉGORIE	L.07, C.4 (1)	L.10 + L.11, C.4 (2)	L.17, C.4 (3)	L.22, C.4 (4)	L.23, C.4 (5)
C.L.S.C. 32					
C.H. 33					
C.A.H. 34					
C.A.R. 35					
C.S.S. 36					
R.R,C.R.S.S.S.37					

Nom de l'établissement	Code	Page
CENTRE HOSPITALIER HOTEL DIEU D'AMOS	1232-2434	650

Fonds d'exploitation-Activités principales — exercice terminé le 31 mars 1993

DONNÉES SUR LES CENTRES D'ACTIVITÉS

Nom du centre: Accueil — numéro du centre: 7521

EXERCICE PRÉCÉDENT Heures à l'unité près (1)	EXERCICE PRÉCÉDENT Montant au $ près (2)			EXERCICE COURANT Heures à l'unité près (3)	EXERCICE COURANT Montant au $ près (4)
		SALAIRES			
• 1 561	38 966 $	01 Personnel cadre	01	1 542	39 587 $
• 16 439	204 438	02 Personnel-temps régulier	02	17 169	225 754
• 56	1 043	03 Temps supplémentaire	03	55	1 052
	2 802	04 Primes	04		3 176
•	•	05 Main-d'oeuvre indépendante	05		
• xxxx	xxxx	06	06	xxxx	xxxx
• 18 056	247 249	07 Total (L.01 à L.06)	07	18 766	269 569
		AVANTAGES SOCIAUX			
• 3 266	44 604	08 Généraux	08	3 475	48 554
• 1 386	16 211	09 Particuliers	09	1 830	17 469
• 4 652	60 815	10 Total (L.08 + L.09)	10	5 305	66 023
	31 526	11 CHARGES SOCIALES	11		37 689
	xxxx	12	12		xxxx
• 22 708	339 590	13 Total (L.07 + L.10 à L.12)	13	24 071	373 281
		AUTRES CHARGES DIRECTES			
	•	14 Services achetés	14		
	12 464	15 Fournitures et autres charges	15		13 240
	xxxx	16	16		xxxx
	12 464	17 Total (L.14 à L.16)	17		13 240
22 708	352 054	18 COUTS DIRECTS BRUTS (L.13 + L.17)	18	24 071	386 521
		DEDUCTIONS			
	•	19 Ventes de services	19		
• 945	4 865	20 Recouvrements	20		
	•	21 Transferts de frais généraux	21		
• 945	4 865	22 Total (L.19 à L.21)	22		
• 21 763	347 189	23 COUTS DIRECTS NETS (L.18 - L.22)	23	24 071	386 521
•		24 Ajustements	24		
		UNITÉ DE MESURE			
		"A" Le jour-présence "A"			
• 46 969		25 Pour l'établissement	25	46 755	
•		26 Pour ventes de services	26		
•		27 Pour transferts de frais généraux	27		
• 46 969		28 Total (L.25 à L.27)	28	46 755	
	7.50	29 Coût unitaire brut (L.18 - L.24) / L.28	29		• 8.27
• 33 986		30 "B" L'admission, la visite et le patient "B"	30	36 590	
	10.22	31 Coût unitaire net (L.23 - L.24) / L.30	31		• 10.56

Répartition à l'usage des établissement à fonctions multiples

CATÉGORIE	L.07, C.4 (1)	L.10 + L.11, C.4 (2)	L.17, C.4 (3)	L.22, C.4 (4)	L.23, C.4 (5)
C.L.S.C. 32					
C.H. 33					
C.A.H. 34					
C.A.R. 35					
C.S.S. 36					
R.R,C.R.S.S.S.37					

Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos

Rapport annuel
1992 - 1993

CENTRE DE DOCUMENTATION
RRSSSAT
M0005283

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Message du président du conseil d'administration et du directeur général	1
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	3
Direction des ressources financières	5
Etats financiers 1992-1993	7
Direction des ressources humaines	10
Direction des services professionnels et hospitaliers	11
Direction des services techniques	13
Direction des soins infirmiers	15
Les bénévoles	17
Pastorale	18
Administration et gestion	19

RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION

	1992-1993	1991-1992
Revenus		
M.S.S.S.	23 006 352 $	21 790 766 $
Régie régionale	100 614 $	131 895 $
Contribution des usagers	1 543 449 $	1 361 670 $
Autres revenus	1 478 987 $	1 387 621 $
	26 129 402 $	24 671 952 $
Charges		
Salaires	14 107 078 $	13 293 061 $
Avantages sociaux et charges sociales	5 254 617 $	4 806 272 $
Autres charges	6 758 972 $	6 600 731 $
	26 120 667 $	24 700 064 $
Excédent des revenus sur les charges	8 735 $	28 112 $

BILAN AU 31 MARS 1993

	Exercice courant	Exercice précédent
Actif à court terme		
Encaisse	1 076 886 $	1 136 136 $
Autres actifs à court terme	2 475 025 $	3 137 039 $
Total à court terme	3 551 911 $	4 273 175 $
Immobilisations	26 177 338 $	24 421 531 $
Total de l'actif	29 729 249 $	28 694 706 $
Passif à court terme		
Emprunt de banque	956 511 $	1 760 044 $
Autres passifs à court terme	4 220 739 $	12 143 592 $
Total à court terme	5 177 250 $	13 903 636 $
Dette à long terme	9 484 840 $	1 638 434 $
Soldes des fonds	15 067 159 $	13 152 636 $
Total du passif et des soldes des fonds	29 729 249 $	28 694 706 $
Engagements et éventualités	3 174 493 $	741 158 $

ANNEXE 16

DÉROULEMENT DE LA CHIRURGIE D'UN JOUR : PHASE PRÉOPÉRATOIRE	
Volets	**Éléments**
Demande d'admission	● La chirurgie de jour est proposée par le chirurgien à l'usager lorsque ce dernier répond aux critères de sélection chirurgicaux. Ce dernier lui fait compléter un questionnaire préanesthésique qui sera acheminé avec sa demande d'admission. Le médecin dirige l'usager pour que celui-ci reçoive une préparation médicale si l'intervention exige une évaluation plus complète de l'état de santé. ● L'ouverture du dossier inclut entre autres, la demande du chirurgien, le questionnaire préanesthésique, l'histoire et l'examen physique de l'usager. ● Le personnel responsable qui gère le dossier doit faire le lien entre l'usager, le chirurgien, le consultant et l'admission en chirurgie d'un jour. Certaines étapes avant la chirurgie d'un jour sont à réaliser tels les rendez-vous pour les examens prescrits, les consultations, la collecte des résultats et l'acceptation finale par le service d'anesthésie.
Révision du dossier par l'anesthésiste	● La révision par l'anesthésiste du dossier de l'usager permet de vérifier l'admissibilité de l'usager à la chirurgie d'un jour, de vérifier si des consultations médicales sont nécessaires, de vérifier si l'usager doit recevoir une préparation médicale en vue de la chirurgie afin d'éviter une annulation le matin de la chirurgie pour une raison médicale connue. ● Si l'usager n'est pas admissible à l'intervention de chirurgie d'un jour, il doit alors retourner en consultation avec son chirurgien. ● L'usager sera vu et examiné le matin de la chirurgie par l'anesthésiste.
Information préopératoire	● Les renseignements ont pour but d'informer l'usager admissible en chirurgie d'un jour et de le sensibiliser à l'importance de se conformer aux directives. ● Cette étape sert à sécuriser l'usager, à favoriser son autonomie, à lui préparer un plan de soins adapté. ● Il s'avère important d'associer, si possible, la personne qui accompagnera l'usager au moment de l'intervention.
Rendez-vous	● Des ententes qui privilégient des priorités de rendez-vous en fixant des plages de temps réservées aux usagers de chirurgie d'un jour sont souhaitables pour les consultations spécialisées et pour les services diagnostiques
Appel téléphonique à l'usager	● L'usager devrait s'attendre à recevoir un appel téléphonique deux jours avant sa chirurgie afin de se voir confirmer l'intervention. ● En même temps, on s'assurer que l'usager demeure disponible et que sa condition répond toujours aux critères d'admission.

ANNEXE 17

DÉROULEMENT DE LA CHIRURGIE D'UN JOUR : PHASE OPÉRATOIRE	
Volets	**Éléments**
Organisation du bloc opératoire	● Avoir des salles propres à la chirurgie d'un jour à même le bloc opératoire. ● Aménager des horaires de travail afin de favoriser les interventions de chirurgie d'un jour le matin afin de respecter l'heure de départ des usagers. ● Déterminer des ratios de cas de chirurgie d'un jour versus les rations de cas d'hospitalisation.
Gestion du temps opératoire	● Assurer l'utilisation optimale de la salle d'opération en permettant de prévoir la préparation et le déplacement des usagers, de contrôler l'horaire, les types d'intervention et le temps de récupération nécessaire, d'établir des priorités par rapport à l'achalandage, les listes d'attente et les salles disponibles, de regrouper les chirurgies similaires pour sauver du temps d'installation, d'établir un programme opératoire en tenant compte de la chirurgie avec hospitalisation.
Anesthésistes et chirurgiens	● Adapter les techniques anesthésiques à la chirurgie d'un jour et permettre à l'usager de subir une chirurgie tout en récupérant rapidement. ● S'assurer de la concertation des chirurgiens et des anesthésistes pour établir des pratiques qui favorisent la chirurgie d'un jour.
Traitement de la douleur	● Contrôler la douleur postopératoire qui devient prioritaire dans le suivi postopératoire.

ANNEXE 18

DÉROULEMENT DE LA CHIRURGIE D'UN JOUR : PHASE POSTOPÉRATOIRE	
Volets	**Éléments**
Phase immédiate en salle de réveil	● Se fait sous surveillance professionnelle et sous la responsabilité de l'anesthésiste et des infirmières. ● Le personnel doit être en mesure d'évaluer différents niveaux de conscience et de maîtriser les situations urgentes. ● L'usager quittera la salle de réveil selon des critères objectifs conventionnels.
Phase subséquente en salle d'observation	● Se déroule sous la surveillance professionnelle d'infirmières, selon un protocole établi, jusqu'au départ de l'usager. ● Reçoit tous les usagers de chirurgie d'un jour. ● Le suivi permet de contrôler divers phénomènes reliés à cette étape. ● Des critères de départ sont essentiels au déroulement sécuritaire d'une intervention en chirurgie d'un jour.
Suivi postopératoire	● Des directives écrites adaptées au type d'intervention subie seront remises à l'usager avant son départ du centre hospitalier pour le suivi postopératoire à la maison comprenant les complications possibles et les actions à entreprendre s'il y a lieu.
Soutien à domicile	● Assurer le soutien nécessaire à domicile à l'usager de la chirurgie d'un jour. ● Lui offrir la possibilité de recourir rapidement à une ressource médicale, si cela s'avère nécessaire (par exemple, lui fournir le numéro de téléphone de la chirurgie d'un jour, d'une ressource médicale, de l'urgence du centre hospitalier, du médecin de famille, du CLSC et/ou d'Info-Santé CLSC-CS, etc. ● S'assurer que ces ressources ont un lien avec le service de chirurgie d'un jour du centre hospitalier et qu'il y a des ententes formelles ou informelles.
Rappel téléphonique à l'usager	● Rappeler l'usager 24 heures après la chirurgie afin d'apprécier, entre autres : les conditions du retour à la maison, les complications mineures ou majeures, les conditions de reprise des activités biologiques et physiques, le degré de satisfaction, les commentaires de l'usager, le besoin d'orienter l'usager vers une consultation médicale si nécessaire.

ANNEXE 19

Étapes d'appréciation du potentiel en chirurgie d'un jour	
Première étape	● Une analyse comparative du profil d'utilisation de la chirurgie d'un jour au centre hospitalier.
Deuxième étape	● Le choix des interventions prioritaires à haut potentiel de transfert en chirurgie d'un jour.
Troisième étape	● Une estimation rétrospective de la clientèle cliniquement admissible à la chirurgie d'un jour et de son impact sur l'utilisation des lits.
Quatrième étape	● La détermination d'objectifs de développement en chirurgie d'un jour pour le centre hospitalier.
Cinquième étape	● La prévision des impacts organisationnels et financiers.