

RAPPORT

AMÉLIORATIONS DE FONCTIONNEMENT REQUISES

URGENCE DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DU LAKESHORE

CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

SERVICES EXPERTS DF INC.

MARS-AVRIL-MAI 2023

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	3
SOMMAIRE EXÉCUTIF	4
INTRODUCTION	5
CHAPITRE 1 – ACTIONS ANTÉRIEURES	8
CHAPITRE 2 – RENCONTRES ET VISITES	14
CHAPITRE 3 – CONSTATS	15
Mécanismes d'assurance qualité des soins et services.....	15
Plan d'action du CIUSSS.....	18
Actions concrètes qui ont été posées.....	20
CHAPITRE 4 – RECOMMANDATIONS PAR GROUPES D'INTERVENANTS EN FONCTION DES CONSTATS	27
Direction générale.....	27
Gestionnaires (supérieurs, intermédiaires, première ligne).....	31
Intervenants professionnels.....	36
Médecins.....	37
CONCLUSION	42

PRÉAMBULE

- Je remercie la direction générale du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal de m'avoir accueillie dans ses locaux.
- Je remercie chaque personne que j'ai rencontrée pour sa collaboration, franchise et attitude respectueuse.
- Je remercie spécialement M^{me} Élisabeth Plouffe, qui a assuré mon soutien clérical tout au long de ces quelques mois.
- Je tiens à préciser, pour que ce soit clair pour tous, que mon mandat n'a pas été de reprendre le travail des coroners ou autres comités (M&M, événement sentinelle) mais de tenter d'identifier des points d'amélioration pour l'avenir de l'urgence de l'Hôpital général du Lakeshore.
- Je tiens à lever mon chapeau à toutes celles et ceux qui sont passés à travers la pandémie et sont restés, bravant la tempête et ne quittant pas le bateau (professionnels, médecins et cadres) malgré les difficultés.
- Maintenant, le temps est venu, avec la nouvelle direction générale, de se relever les manches, de déblayer et de rebâtir. La plupart des acteurs en place semblent déterminés à y parvenir et plusieurs se sont déjà mis à la tâche. La balle est dans leur camp.

SOMMAIRE EXÉCUTIF

À la suite de mes rencontres avec près de 70 personnes à tous les niveaux de l'organisation, ainsi qu'à la lecture des différents rapports produits sur l'urgence de l'Hôpital général du Lakeshore dans les dernières années, je me suis rendu compte que la situation de cette urgence est non seulement très difficile, mais également cristallisée dans les mauvaises habitudes.

Vu d'une façon positive, on peut dire que les possibilités d'amélioration sont très nombreuses, tant il y a de modifications qui non seulement **peuvent** être apportées, mais **doivent** être apportées rapidement.

Une belle énergie circule et beaucoup de professionnels compétents veulent relever de nouveaux défis. Ils ont besoin d'un leadership qui va les entraîner vers l'excellence.

Les témoignages recueillis ainsi que les rapports déjà réalisés concordent tous : il n'est plus nécessaire de continuer à analyser la situation, le temps de l'action est venu.

J'ai ainsi identifié 135 recommandations à implanter, dont certaines sont déjà en chantier et d'autres doivent être initiées dans l'immédiat.

Globalement, les axes prioritaires d'amélioration sont les suivants :

1. Direction de site et coordination des transformations
2. Décentralisation des mécanismes décisionnels : encourager la responsabilisation à tous les niveaux
3. Mise en place de tous les mécanismes d'assurance qualité et suivi des résultats
4. Fusion des différents rapports déjà produits sur l'urgence et élaboration d'un plan d'action intégré, concret, clair et structuré, avec la mise en place d'une structure de suivi des résultats par un cadre supérieur
5. Amélioration de la communication hiérarchique et transversale, et développement d'une culture de collaboration et d'entraide interdisciplinaire
6. Priorisation de la rénovation des locaux de l'urgence

INTRODUCTION

Il est certain que la série d'articles parus assez récemment dans *The Gazette* sous la plume d'un journaliste d'enquête a souligné d'un double trait certaines situations difficiles rencontrées dans ce milieu hospitalier, et ce, selon plusieurs sources, depuis longtemps. On parle donc d'une problématique complexe, de lacunes à plusieurs niveaux de l'organisation, dont certaines datent. Certains problèmes relèvent, il est vrai, de facteurs qui ne sont pas propres à cet hôpital et qui se retrouvent à l'échelle montréalaise, québécoise, canadienne, américaine et occidentale. Par ailleurs, baignant dans les mêmes conditions de pénurie de main-d'œuvre et de locaux vétustes, certains établissements démontrent des performances supérieures non seulement en approches novatrices mais en qualité d'écoute de la clientèle, ce qui est souvent le meilleur facteur de guérison ou de stabilisation des symptômes chez les malades.

Le taux de mortalité à l'Hôpital général du Lakeshore (nb décès/1 000 visites) est le 5^e plus élevé sur 15 établissements montréalais et le 2^e plus élevé des hôpitaux communautaires du 514, selon les données ministérielles.

Il y aura toujours des décès à l'urgence, il y en a malheureusement dans toutes les urgences. La vraie question est : a-t-on mis en place toutes les mesures qui minimisent les chances de cette issue fatale ou de conséquences indésirables majeures et évitables?

Ni moi ni qui que ce soit ne possédons de baguette magique pour transformer l'Hôpital général du Lakeshore (HGL) spontanément en hôpital de premier niveau où tout le monde veut aller travailler ou se faire soigner. Mais il serait triste de jeter la serviette et de ne pas convenir de s'attaquer ensemble (entre professionnels, médecins et personnel d'encadrement) aux problèmes observés. Un poète espagnol a écrit : « *No hay camino; se hace camino al andar* ». « Il n'y a pas de chemin; c'est en marchant qu'on trace le chemin. » À mon avis, il s'agit là d'un vers très lourd de signification et, heureusement, on sent en ce moment souffler un vent de volonté de faire bouger le statu quo.

Mes observations et mes échanges des derniers mois m'ont fait côtoyer des professionnels dont la majorité est déterminée à se tourner vers l'avenir. Déjà, de nombreux projets sont en branle ou sur le point d'être initiés. L'arrivée d'un nouveau PDG est accueillie avec enthousiasme ainsi que celle d'un nouveau DSP, insufflant un vent d'optimisme dans l'urgence et dans tout l'hôpital. Ce qu'il faut, c'est qu'on n'assiste pas à un feu de paille.

Mon mandat doit tenir compte des volets suivants dans ses constats et recommandations :

- **Les mécanismes d'assurance qualité en place**
- **Le Plan d'action du CIUSSS et les actions concrètes déjà posées**
- **L'adéquation et la sécurité des soins et services**
- **Les mécanismes de communication**

Le mandat n'inclut donc pas une révision de dossiers individuels. Le regard doit être tourné sur les lacunes systémiques, sur les problèmes de communication, de formation et d'offre de services. D'autres éléments peuvent être pertinents mais, comme on dit, on ne peut manger un éléphant qu'une bouchée à la fois. L'assiette est pleine et, pour pouvoir la vider et en bien digérer le contenu, pour monter les marches vers la réussite et atteindre le haut de l'escalier, il faudra de la bonne

volonté, du travail d'équipe et du lâcher-prise sur certaines habitudes du passé. La consultante qui a tenté de rapprocher certaines parties (représentants syndicaux infirmiers et cadres) sans succès en 2022 a mis fin à l'exercice et déposé son rapport à la mi-octobre. Elle a déclaré : « Nous faisons face à une bombe à retardement ». Elle ne voyait pas comment rétablir un corridor de communication entre ces deux groupes. C'est peut-être vrai mais, depuis, plusieurs visiteurs sont passés par là et ont formulé des recommandations pleines de sens et allant dans la même direction que la consultante. Le hic, c'est la volonté commune de les implanter et de le faire avec la participation active des parties prenantes.

Poser un regard sur le fonctionnement d'un programme en visitant les lieux mais surtout en échangeant avec tous les niveaux de personnel qui y travaille facilite l'analyse et permet de voir un peu plus clair dans le mélange de voix parfois dissonantes, car la tentation est grande de s'autojustifier et de porter le blâme sur les autres. L'habitude de blâmer autrui est très présente à l'HGL. Voilà pourquoi, en plus de la documentation interne et externe émanant de diverses instances s'étant penchées sur l'urgence de l'HGL, j'ai pris soin de rencontrer les acteurs du milieu un à la fois : direction générale, cadres de tous niveaux, personnel professionnel et non professionnel, médecins et instances syndicales. La vérité est souvent multi-facettaire et le tout, plus grand que les parties. C'est intéressant d'entendre ce que chacun a à dire lorsque la confidentialité est assurée et que l'on se trouve en tête-à-tête.

D'emblée, il est clair que la « culture » de l'urgence et, plus largement, celle de l'HGL, ne date pas d'hier. Plusieurs me l'ont décrite comme étant toxique : tensions entre non-professionnels et professionnels, entre professionnels et cadres, entre cadres de premier niveau, cadres intermédiaires et cadres supérieurs, entre urgentologues et spécialistes. Beaucoup d'énergie est consacrée à se défendre et à blâmer l'autre. Les règles ne sont pas toujours claires ou suivies. Nous observons une bifurcation de la ligne de communication entre les professionnels et leurs cadres, des tensions enracinées entre les différents services médicaux, particulièrement entre l'urgence et les hospitalisations. Peu ou pas de conséquences sont observées pour les comportements délinquants, quelle que soit l'intensité ou la gravité du geste posé. Tout cela affaiblit le lien de confiance, la recherche de solutions entre les parties prenantes et ne relève pas de la saine gestion. Ces problèmes ne sont pas exclusifs à l'HGL, mais cet hôpital a évolué en silo pendant des décennies. À partir de la fusion en CSSS, les lacunes sont devenues plus évidentes, et encore davantage depuis l'intégration (non complétée) au CIUSSS.

Il faut donc recentrer et renforcer la communication et surtout au quotidien, en ce moment, afin que le chemin devienne une route à deux voies, *top-down* et *bottom-up*, et même à trois voies, soit le dialogue transversal, pour rétablir la confiance mutuelle. Trop de centralisation nuit à l'innovation et démotive. Être à l'écoute des parties prenantes et acheter leurs suggestions, se positionner sur le mode solution et travailler avec elles n'est pas une perte de temps mais un investissement. Les intervenants ont de bonnes idées mais la route est interminable pour obtenir la moindre autorisation. Souvent, ce sont les cadres de première ligne qui sont blâmés quand l'efficacité n'est pas au rendez-vous alors qu'il s'agit pour la plupart de jeunes cadres peu expérimentés. Donnons-leur de l'espace et de la formation. Si des erreurs sont commises, ce qui est inévitable, ça se corrige toujours... et on apprend de ses erreurs. « *No shame, no blame...* » Il existe un grand nombre de rencontres entre la direction DSI et les cadres de l'urgence de plusieurs niveaux mais ces rencontres ont fait l'objet de nombreuses critiques lors des rencontres individuelles. À répétition, le même sentiment est exprimé : beaucoup de transmission d'informations, peu d'écoute.

Un travail de rapprochement est également à développer en priorité entre la gestion (direction générale, cadres) et le corps médical, les deux piliers de l'offre de services, qui doivent absolument travailler plus étroitement. On note beaucoup de travail en silo, ce qui épuise et paralyse le changement.

Essentiellement, à la suite des rencontres individuelles de membres des divers groupes d'intervenants, des constats ressortent. Il ne mène nulle part d'identifier des individus car le mandat est axé sur la recherche d'actions pour débloquer les embâcles, identifier des lacunes systémiques et formuler des recommandations pour tenter de regarder vers l'avant. D'ailleurs, plusieurs sont en marche mais ne deviendront pérennes que si les acteurs acceptent de tourner la page sur le statu quo.

Ces recommandations ne sont pas celles découlant d'une recherche scientifique ou comptable. Le rapport n'est donc pas une thèse de doctorat ni un livret de chiffres mais rassemble des constats qui ont été répétés à maintes reprises lors des rencontres individuelles. Le rapport formule des pistes d'amélioration basées sur l'importance de se recentrer sur ce qui est bon pour la personne malade. Force est de constater que, sauf erreur, nos premières qualités, dans ce réseau, demeurent ou devraient demeurer l'écoute et la compassion envers les malades, accompagnées de soins de qualité. Ce n'est pas l'urgence des médecins, ni celle des infirmières ou autres intervenants, mais celle des patients.

Ces recommandations sont donc très opérationnelles, car l'HGL a besoin de s'oxygéner un peu. Elles se répètent parfois d'une section à l'autre car il n'est pas inutile de les marteler. Elles paraîtront très pragmatiques à quelques-uns, sans doute trop à certains, mais, comme le dit l'adage : « Le diable est dans les détails ». Inévitablement, plusieurs commentaires débordent du périmètre de l'urgence car celle-ci est interreliée avec le reste du site, du CIUSSS et des services externes dans l'environnement géographique.

CHAPITRE 1 - ACTIONS ANTÉRIEURES

Les firmes qui ont déjà été embauchées ont creusé le portrait de la situation et dressé la table. Avec des mots parfois différents, les regards subséquents reprennent les mêmes problématiques et formulent des plans d'action similaires. Embaucher une nouvelle firme pour redresser la barre aurait sans doute peu de valeur ajoutée puisqu'en lisant les différents rapports on constate les mêmes faits, à partir de la firme Alia en 2018, puis celle de GDF Conseil en 2022, en plus de la suite des recommandations des rapports internes, externes et visites ministérielles.

Le rapport datant de 2022 par la firme GDF Conseil a ceci d'intéressant qu'il documente dans le détail tout le processus d'échange entre la partie patronale et syndicale, processus suivi dans le cadre d'un comité paritaire, lequel a été coordonné par la médiatrice professionnelle M^{me} M. Boucher et a finalement pris fin devant l'incapacité des parties à se faire confiance et à progresser. M^{me} Boucher a transformé son intervention en rapport d'évaluation et ses recommandations seront reprises sous divers vocables par les différents comités qui ont visité l'HGL. Le processus est intéressant :

- Embauche d'une firme-conseil (Alia Conseil) en 2018 et rapport de celle-ci : sa démarche identifie des problèmes significatifs dans les volets suivants : encadrement et gestion, organisation du travail et communication, orientation, intégration et formation, installation et matériel, travail d'équipe et collaboration, responsabilisation et sens du travail.
- Début 2021, avant l'implication de GDF Conseil, un comité est mis sur pied pour essayer d'améliorer le climat de travail : pas fructueux.
- En mars 2022, le syndicat demande la création d'un comité paritaire de soins syndicat/employeur. Ce comité est coordonné par une médiatrice professionnelle de la firme GDF Conseil.
- Le comité paritaire tient plusieurs séances (12) et de très nombreux courriels sont échangés pour tenter de trouver des voies de passage pour communiquer, mais il prend fin le 30 juin car l'absence d'un climat de confiance minimal, selon la personne-ressource, rend l'exercice improductif. Le syndicat exprime que la partie patronale manque des rencontres, est réticente à partager les informations chiffrées qu'elle détient, ne fait pas ses suivis et donc, ne prend pas la démarche au sérieux. La partie patronale dit craindre l'utilisation que les syndicats et certains employés comptent faire de ces informations et souligne que ce n'est pas le rôle du comité de gérer l'organisation de l'urgence, ce qu'elle ressent souvent dans les interventions syndicales. Bref, une impasse, et effectivement, des informations seront ensuite transmises à un journaliste, mais pas nécessairement par les participants de ce comité.
- Dans les propositions faites par les deux parties, les échanges sont centrés sur l'urgence elle-même, en silo. C'était bien sûr conforme au mandat, mais le département n'est pas considéré comme un maillon d'une chaîne qui commence en amont et se continue en aval, ce qui limite d'emblée les possibles solutions. On semble assumer que le volume d'entrées et de sorties des malades est là pour rester ou augmenter, et que c'est un fait de la vie incontournable. On veut plus de personnel, pas nécessairement diminuer l'achalandage.

- En bref, les échanges couvrent six enjeux prioritaires. On remarque qu'ils ressemblent à ceux identifiés par la firme Alia Conseil :
 - Manque de personnel
 - Rôles et fonctions du personnel pas clairs ou pas appropriés
 - Vétusté des lieux et matériel défectueux ou non disponible
 - Soins (qualité)
 - Formation et orientation
 - Climat de travail et communication

Solutions proposées par la partie syndicale (en gros) :

- Manque de personnel :
 - Prioriser l'embauche à l'urgence;
 - Demander aux cadres et conseillères infirmiers de prêter main-forte aux infirmières lorsque nécessaire;
 - Ne pas laisser les lits de l'Annexe sous l'urgence;
 - Planifier la main-d'œuvre à moyen et long terme et créer des postes;
 - Améliorer les efforts pour la rétention;
 - Offrir des horaires atypiques et flexibles.
- Rôles et fonctions du personnel pas clairs ou pas appropriés :
 - Le rôle des trois chefs d'unité n'est pas clair;
 - Les ICASI font souvent des tâches administratives qui devraient être faites par des agents administratifs;
 - Les coordonnateurs de lits doivent mieux remplir leur rôle;
 - La liste de rappel ou service des activités de remplacement remplit mal son rôle;
 - Il manque des préposés à l'entretien et des PAB;
 - Les infirmières font souvent des tâches cléricales.
- Vétusté des lieux et matériel défectueux ou non disponible :
 - Lieux physiques inadéquats : urgence d'agir;
 - Poste infirmier à l'aire d'observation obstruée, ce qui n'est pas sécuritaire;
 - Planchers, corridors, tout est encombré;
 - Matériel manquant ou brisé : remplacement ou réparation prend trop de temps;
 - Appareils et applications informatiques peu nombreux;
 - Formation requise pour maîtriser l'usage des applications.

- Soins :
 - Mettre en place un code orange; Revoir et pratiquer le code blanc;
 - Revoir le flot plus efficacement : les patients sont trop longtemps sur des civières;
 - Diminuer le nombre de civières dans les corridors;
 - Revoir le fonctionnement entre la pharmacie, l'urgence et les étages de médecine;
 - Assurer la contribution des médecins dans la fluidité des patients;
 - Adresser le problème de manque de personnel.
- Formation et orientation :
 - Prévoir un programme de formation mieux organisé;
 - Concentrer les formations sur le terrain avec les mêmes préceptrices;
 - Assurer la polyvalence des infirmières;
 - Augmenter la présence des conseillères en soins sur l'unité sur les trois quarts de travail;
 - Exiger la tenue de formations en cours d'emploi et vérifiées par les gestionnaires.
- Climat de travail et communication :
 - Les employés n'ont pas confiance dans les suivis apportés par la gestion : on leur envoie des notes rassurantes, on accepte du bout des lèvres la création de comités, mais aucun suivi n'est apporté;
 - Des debriefings post-incident/accident ne sont pas tenus;
 - Les employés ont peur des représailles s'ils font des suggestions;
 - La communication avec les médecins n'est pas optimale.

Solutions proposées par la partie patronale (en gros) :

- Manque de personnel :
 - La structure de postes a été analysée et de nombreux postes ont été ajoutés depuis 2019;
 - Au triage, on tente de respecter la présence de deux infirmières, mais au moins une est toujours en poste;
 - Deux salles de code ont été ajoutées aux deux précédentes;
 - L'embauche est prioritaire : deux agents de gestion du personnel et deux techniciens en administration y sont dédiés;
 - Augmentation des aides de service, des CEPI et autres (personnel administratif) en stage;
 - Depuis mai 2022, on demande au personnel d'appeler l'AIG de l'urgence pour l'informer lorsqu'ils se déclarent absents;

- Délestage de l'Annexe au SAPA pour le personnel infirmier.
- Rôles et fonctions du personnel pas clairs ou pas appropriés :
 - Prise en charge de l'urgence par la DSI en 2021;
 - Les rôles et responsabilités des gestionnaires ont été présentés aux réunions;
 - Les autres descriptions ont été revues : techniciennes en administration, aides de services, AIC.
- Vétusté des lieux et matériel défectueux ou non disponible :
 - Le service ambulatoire a été isolé de l'urgence (2016);
 - Ajout de l'Annexe (2020);
 - Corridor plus accessible en arrière du poste des infirmières.
- Soins :
 - Coalition DSI-DSP-DSM et cadre supérieur (+ SAPA, RH et Relations de travail);
 - Rencontres quotidiennes de la coalition;
 - Soutien clinique supplémentaire par conseillères en soins;
 - Plusieurs comités en place : gestion Urgence HGL, comité de triage, comité CUBI, projets informatiques;
 - Mise à jour des protocoles et procédures à venir.
- Formation et orientation :
 - Création d'outils;
 - Cahiers d'orientation;
 - Capsules de formation.
- Climat de travail et communication :
 - Enquête et comité en 2020 sur le climat de travail;
 - Mise sur pied du comité Nursing and medical leadership in ER;
 - Depuis 2021, réunions de service (gestionnaires et personnel) mensuelles et quotidiennes, individuelles et de groupe;
 - Diffusion de messages clés sur écran à l'urgence;
 - Activités de reconnaissance et rétention : « Food truck experience » et autres gâteries alimentaires à l'occasion.

Les positions de chacune des parties sont ici dessinées à grands traits, mais on peut retourner la crêpe autant qu'on voudra, les deux parties ont des perceptions différentes et le courant ne passe pas. Les sujets à travailler rencontrent un consensus mais l'absence de compréhension mutuelle est évidente :

- Les parties en présence ne voient pas de résultats sur le terrain qui les motivent et leur donnent confiance.

- Les gestionnaires, et je les cite : « nous observons toujours un manque de motivation et participation active dans la recherche de solution par le personnel. » (Présentation de la partie patronale, rapport Boucher, p. 69).

Pourtant, des recommandations font l'objet d'un dépôt : augmenter la sécurité et la qualité des soins et services aux patients qui se rendent à l'urgence, diminuer l'utilisation du temps supplémentaire et augmenter le niveau de confiance entre les professionnels et la direction.

Par la suite, de nombreux plans d'action sont écrits :

- Sous la coordination de la DSI, un plan d'action a été décidé et initié le 16 juin 2021. Il comprenait des actions à implanter sur les éléments suivants : structure d'encadrement, ajout de personnel, déplacement de ressources infirmières, soutien à la pratique clinique, organisation du travail, communications.
- Par la suite, plusieurs nouvelles versions sont déposées en 2021, 2022 et 2023 :
 - Plan d'action spécifique pour l'urgence : réévaluer la structure de base requise, favoriser une plus grande efficacité du travail, revoir les rôles et responsabilités des différents titres d'emploi, enjeux de formation, revoir l'accueil et l'orientation des nouveaux employés, optimiser les espaces cliniques, assurer la communication des informations pertinentes auprès des employés, enjeux de climat de travail.
 - Rapport de la cellule de crise ministérielle (fluidité hospitalière) : conversion de consultations à l'urgence vers l'ambulatorio (avec mention de plusieurs éléments concrets), mettre sur pied une équipe de gestion des séjours.
 - Rapport de l'équipe STAT et 2^e visite : stabiliser les postes de gestionnaires, diminuer l'utilisation des civières, ne pas utiliser l'urgence comme une unité de soins, revoir la pratique médicale pour les consultations et les admissions, uniformiser les règles de prévention et de contrôle des infections, favoriser la surcapacité sur les unités de soins, bonifier les ententes de services avec les GMF, implanter l'hospitalisation à domicile.

Plusieurs tableaux comparatifs ministériels ou d'autres sources indiquent que la performance de l'HGL est dans la partie basse des listes de performances. Le département de la médecine d'urgence de l'Université McGill publie des données comparatives des hôpitaux de Montréal qui font réfléchir (périodes 1 à 11, 2022-2023) :

- 12,6 % des personnes qui se présentent à l'urgence quittent sans avoir été vues par un médecin (les CHSGS de Montréal se situent entre 5,1 % et 17,6 %; L'HGL est au 9^e rang sur 15);
- Le pourcentage de visites P1-P3 est à 61,1 %, ce qui signifie que près de 40 % sont des P4-P5 vus à l'urgence;
- La durée moyenne de séjour (DMS) des patients sur civières est de 29,8 heures (le meilleur de Montréal est de 14,2 heures, le moins performant est de 32,6 heures; un seul autre hôpital est moins performant sur 15);
- La DMS des patients ambulatoires est de 7,0 heures (le meilleur de Montréal est de 4,1 heures et le moins performant est de 8,5 heures; deux hôpitaux sur 15 sont moins performants);

- La DMS des hospitalisations est de 44,5 heures (le meilleur de Montréal est 22,6 heures et le moins bon est de 48,4 heures; l'HGL est au 10^e rang sur 15).¹

On peut décortiquer les rapports jusqu'à se fatiguer les yeux, mais le résultat reste le même. On a la sensation d'être noyé dans les recommandations qui se rejoignent toutes. Certains cadres ne connaissent même pas l'existence de certains rapports. Ils sont discutés dans certaines réunions mais la quantité de recommandations est importante, le nombre de cellules dites de « crise » ne facilite pas les connexions. On voit de la répétition et soit les suivis ne sont pas faits clairement ou ils sont mal connus. **Les cadres quittent à un rythme très préoccupant, ne se sentant pas soutenus.**

Il est presque gênant d'en ajouter une couche, d'où une de mes recommandations de simplifier rapidement et concilier tous ces écrits au niveau de la direction générale, d'une part pour l'établissement et d'autre part pour l'urgence, et sans doute d'autres programmes. Les attentes pour des intervenants surchargés et fatigués devraient se centrer sur des plans d'action limités, simples, à court terme et avec suivis clairs, précis, élaborés en collaboration avec les parties prenantes et bien communiqués. Une gestion plus transversale et participative remonterait le moral de tous.

¹Une correction a été apportée à la version publiée le 1^{er} juin 2023. En pages 12 et 13, le rapport indiquait une durée moyenne de séjour en jours plutôt qu'en heures.

CHAPITRE 2 – RENCONTRES ET VISITES

Depuis le début de mars, un échantillon significatif de personnes a été rencontré, occupant tous les niveaux de fonctions. Près de 70 rencontres ont eu lieu : direction générale, cadres supérieurs, intermédiaires, de première ligne, médecins cadres, médecins cliniciens, infirmières, infirmières auxiliaires, responsables d'instances professionnelles (CMDP, CII), personnel de soutien, de programmes en amont et en aval de l'urgence, représentants syndicaux. Les rencontres sont en moyenne de 60 minutes mais parfois plus brèves ou plus longues. Certaines personnes ont demandé d'être vues une deuxième fois, ayant oublié de transmettre certaines informations.

La rencontre n'est pas enregistrée et la confidentialité est assurée, puisque les constats et recommandations couvrent des agrégats et non des perceptions ou informations individuelles. Ce cadre permet de faciliter l'échange et de mettre les personnes plus à l'aise pour faciliter la transparence, puisqu'il n'est pas nécessairement facile de se confier à une personne inconnue ou de parler aisément dans un groupe.

Plusieurs personnes ont souligné le fait que s'ils n'étaient pas assurés de cette confidentialité, ils ne parleraient pas franchement, ce qui suggère un lien de confiance très ténu entre eux. Ils insistent pour affirmer que la culture de l'établissement est de bien paraître et de ne pas s'attaquer aux problèmes pour les résoudre mais de les contourner.

L'atmosphère de toutes ces rencontres a été correcte et respectueuse et une belle énergie se dégageait du discours de nombreux intervenants et de leur espoir de changements.

Un élément significatif dans le bilan de ces rencontres est que les commentaires sont rarement contradictoires, peu importe de quel groupe de professionnels il s'agit. Bien que l'angle de leur intérêt diffère, leurs constats se rejoignent majoritairement. Ils alimenteront l'essentiel de mes constats et recommandations.

Les divers locaux sont également visités et à plusieurs reprises : urgence, soins intensifs, CRA (RAC), UHB, clinique ambulatoire, GMF-U. Des écrans sont installés dans un local près de l'urgence afin d'y développer le futur Centre de Commandement.

CHAPITRE 3 – CONSTATS

MÉCANISMES D'ASSURANCE QUALITÉ DES SOINS ET SERVICES

Pourquoi donc entend-on encore que rien ne bouge? La ligne de communication étroite entre les employés et les cadres de première ligne semble ne pas fonctionner adéquatement. Le pouvoir décisionnel d'implanter des solutions dans le quotidien ne semble pas faire partie de la culture locale : les demandes remontent le courant, se perdent souvent ou sont si longues à revenir que les demandeurs perdent confiance.

- *Quels sont ces mécanismes?*
 - Pour le volet médical :
 - Déclarations des incidents/accidents et participation aux examens d'analyse des événements sentinelles;
 - Analyse des statistiques de Morbidité et mortalité (M&M);
 - Comité du Comité d'évaluation de l'acte médical (CEAM);
 - Structure CIUSSS de CMDP;
 - Sous-comité du CMDP pour la Qualité et la Formation;
 - Rapports du CEAM au CMDP;
 - Rapport annuel du CEAM au Comité de Vigilance;
 - Analyse des plaintes médicales par le médecin examinateur.
 - Pour les professionnels :
 - Responsabilité de la Qualité des actes infirmiers à la DSI;
 - Déclarations des incidents/accidents et participation aux examens d'analyse;
 - Comité des risques de la direction de la Qualité;
 - Identification et analyse des événements sentinelles;
 - Structure de conseillères cadres cliniques;
 - Rencontres multidisciplinaires entre les gestionnaires, conseillères cadres et médecins de l'urgence pour révision des cas difficiles;
 - Structure de CII et parallèle multidisciplinaire;
 - Dépôt des rapports d'événements sentinelle au CII;
 - Sous-comités du CII pour la Qualité et la Formation;
 - Rapport annuel du CII au comité de vigilance du Conseil d'administration;
 - Analyse des plaintes non médicales par le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services.

- *Lesquels sont en place?*
 - Pour le volet médical :
 - Certaines activités d'assurance qualité ne sont pas en place ou peu faites à une fréquence inférieure au requis, y compris celles exigées par la loi;
 - Nous n'avons reçu qu'un rapport M&M sur les six mentionnés dans les articles de The Gazette : lorsque, à l'examen sommaire de la situation, la faute semble être du côté infirmier, on ne fait pas de M&M, on transfère le constat vers la DSI;
 - Il n'existe pas de règles claires sur l'obligation de rédiger un M&M : le médecin responsable de les analyser doit s'en tenir à l'examen des rapports qu'il reçoit. Il ignore s'il s'agit de la pointe de l'iceberg ou si la majorité des incidents/accidents est signalée;
 - Le CEAM (CAMA en anglais) reçoit bien les comptes-rendus M&M;
 - Le CEAM étant un sous-comité du CMDP, il doit y déposer ses rapports, ce qui semble fait dans chaque cas;
 - Le CMDP est sous-utilisé : il est considéré trop loin de l'hôpital car c'est le CMDP du CIUSSS, et est plus ou moins ignoré;
 - Le DSP siège sur le CMDP, mais l'imputabilité des dépôts de rapports et des suivis des recommandations relève du CMDP;
 - La participation avec les gestionnaires à l'analyse des incidents/accidents semble acquise;
 - Les rencontres interdisciplinaires avec les autres professionnels sont aléatoires;
 - Il y a absence de processus rigoureux M&M vers le CEAM avec rétroaction et suivi;
 - Le dépôt d'un rapport est normalement mensuel vers le CMDP mais ici il est annuel: les divulgations incidents-accidents ne sont pas systématiques et aucun mécanisme en place ne permet de surveiller si elles ont été faites;
 - Il n'y a pas de discussion, de remise en question ou de recommandations au comité de vigilance sur les dépôts de rapports du CMDP.

- *Lesquels de ces mécanismes ont des plans d'action?*
 - Aucun n'a un plan et un tableau clair de suivi;
 - La loi est respectée mais inégalement par chacun, et il n'existe pas de mécanismes pour s'assurer de déclarations systématiques.

- *Lesquels ont des échéanciers et des responsables?*
 - Tous ont des responsables, mais les dossiers qui y sont dirigés sont aléatoires, en fonction de la volonté individuelle de signaler l'incident/accident;

- Quand le responsable signale au chef de département un point à améliorer, souvent, il n'y a pas d'avis de réception et aucune suite n'est apportée.
- *Lesquels se font ou font à une autre instance une reddition de comptes ?*
 - Plusieurs mécanismes sont recommandés ou requis par le ministère ou le Collège des médecins pour les médecins. Des règles claires locales doivent déterminer les cas qui le requièrent. À l'HGL, on ne retrouve pas un plan d'action, un registre global annuel nous permettant de voir rapidement si les obligations sont respectées : M&M, CEAM (sous-comité du CMDP), rapports au CMDP, rapport au comité de vigilance et au Conseil d'administration;
 - La plupart du temps, le rapport est transmis mais la reddition de comptes n'est pas prévue : on tient pour acquis que la recommandation sera suivie d'une action mais sans plus : si ce n'est pas le cas, le tout tombe sans conséquences. Les dépôts sont faits et des comptes-rendus sont faits, quoique peu détaillés;
 - Il n'y a pas de processus d'audit des dossiers;
 - Plusieurs ne savent pas ce que veut dire « comité de vigilance ». Lorsqu'il y a dépôt au comité de vigilance, les données n'invitent pas à discuter des tendances et proposer des redressements;
 - Le rapport annuel du CMDP au conseil d'administration est par le fait même extrêmement général, et relève plus du « rubber stamping »;
 - Encore une fois, ce n'est pas très utile de constater les erreurs, si on n'a pas en place des mesures fermes de redressement, à la fois sur le plan individuel et collectif;
 - Le médecin examinateur est limité en ce qui touche le pouvoir d'exécution de ses recommandations;
 - Les rôles du CMDP et du DSP (à venir possiblement dans la nouvelle mouture de la loi déposée par le ministre) doivent être clarifiés : à cet égard, la loi revisitée pourrait fournir des outils au DSP et au CMDP pour mettre en place des règles plus équitables et plus strictes et exiger qu'elles soient suivies : en ce moment, tout est basé sur la volonté individuelle et non collective d'assurer la présence des médecins en nombre suffisant ou de remplir leurs obligations en assurance qualité
- Pour les professionnels :
 - Le CII, qui est un pendant du CMDP, donc gardien de la qualité et de la formation infirmière, ne semble pas jouer un rôle actif de concert avec la DSI tel que requis par la loi;
 - La DSI assume la qualité, et une direction récente de la Qualité existe maintenant alors qu'auparavant, la qualité en général relevait du cadre responsable de la Réadaptation;
 - Même commentaire pour le rapport annuel au comité de vigilance et au Conseil d'administration (CA), qui semble plus une tâche qu'un examen d'amélioration de la qualité;
 - La DSI et la directrice de la Qualité, ainsi que les cadres sous eux, couvrent tout le CIUSSS. Pour l'urgence, un cadre vient d'être ajouté : la direction de la Qualité est

- assez récente et il y manque de nombreux joueurs. Ceux en place font un travail professionnel, mais plusieurs postes sont à découvert;
- La création d'une direction de la Qualité autonome et l'ouverture de postes dédiés à l'Agrément et aux risques soulèvent beaucoup d'espoir mais le cheminement descend vers les bas sans que nécessairement employés et cadres de première ligne et intermédiaires soient les acteurs clés de la prise de décision au sujet du changement attendu ;
 - Le comité des risques est actif et reçoit les rapports des incidents/accidents : on note cependant des délais parfois significatifs entre la déclaration, le dépôt au cadre, la déclaration de l'événement sentinelle, les recommandations et les suivis;
 - Le comité des risques ne peut savoir si certains événements indésirables n'ont pas été signalés. Il s'en tient à ce qui lui est présenté sans savoir si c'est la pointe de l'iceberg ou la totalité des cas admissibles;
 - Pour la plupart des mécanismes en place, on ne trouve pas les registres bien documentés et tenus à jour faisant état du nombre de déclarations, du nombre d'incidents non déclarés, des analyses et suivis, des recommandations de changements, des échéanciers, des redditions de compte;
 - Il n'y a pas de processus d'audit des dossiers;
 - Le commissaire aux plaintes et à la qualité des services a un défi à relever pour arrimer son travail à celui du personnel d'encadrement, mais une certaine amélioration nous est confirmée, et beaucoup d'espoir est mis dans le changement de cap de la nouvelle direction générale.

PLAN D'ACTION DU CIUSSS

- On ne peut parler d'un plan d'action mais de plusieurs plans d'action : des firmes externes, des visites ministérielles, dont la cellule de crise ministérielle, les visites et suivis de l'équipe STAT, le plan d'action spécifique pour l'urgence de la DSI, les recommandations de l'Agrément, la fluidité et autres, peut-être, n'en ajoutez plus, la cour est pleine;
- On l'a vu au chapitre 1 le contenu des plans d'action et les recommandations sont similaires, le nombre d'études et de comités, depuis 2018, est plus qu'il n'en faut. Plein d'études et de plans d'action, pas assez de suivis concrets et de reddition de comptes, cadres et professionnels s'y perdent et se sentent paralysés : ce constat sera répété à plusieurs reprises par les intervenants lors des rencontres;
- Tous demandent des plans d'action très simplifiés, par groupes d'intervenants ou multidisciplinaires, des listes précises qu'on peut réussir à réaliser dans un cadre temporel précis et qui sont suivies par de nouvelles, une fois complétées. Il y a trop à faire dans un milieu où tous sont déjà débordés, ils aimeraient procéder par étapes : un besoin d'approche pragmatique est souligné à maintes reprises;
- Même quand les suivis sont faits, l'information ne descend pas et ne remonte pas;

- Un projet de Plan d'action médical de l'urgence avait été mis de l'avant par une DSP il y a quelques années mais les médecins ne l'avaient pas considéré et le département est passé sous la direction des soins infirmiers qui a écrit son propre plan d'action;
- Le plan d'action de l'urgence de la DSI va dans le même sens que les autres rapports. Les objectifs sont les mêmes : revoir la structure des ressources humaines, assurer la rétention du personnel, améliorer les communications, la fluidité et l'amélioration continue;
- On compte 5 mises à jour de ce plan. Il aurait intérêt à être fusionné avec les recommandations des autres instances : la firme GDF Conseil, celle de l'équipe ministérielle qui visite certaines urgences, celles de l'équipe STAT, en ce qui concerne les actions à prendre. Comme on dit en anglais : « Less is more ». Le Plan actuel n'intègre pas assez le volet médical, ce qui est essentiel;
- Le plan actuel de la DSI est mieux structuré, plus opérationnel, mais pas assez concret pour le personnel de l'urgence. Une action indiquée « en continu » est vague. Qui pourra affirmer dans un an que la « continuation avance »? On note que X % est accompli. Ce que le personnel veut savoir, c'est si, d'une liste détaillée des actions qui avaient été prévues, elles ont été accomplies, par quelle équipe, et ce qui reste à faire, mais en mots concrets. Le personnel change à un rythme effarant, tant les gestionnaires de première ligne que les professionnels. Que fera la nouvelle cadre ou le comité de première ligne dans un an avec un rapport qui lui dit que « stabiliser les ressources humaines » est atteint à 50% ? Elle serait plus aidée par un document simplifié pour répondre aux besoins immédiats, une liste d'actions qu'elle doit poser avec un échéancier concret, un responsable individuel et de groupe, un « check list » de ce qui est fait et ce qui reste à faire. Il faut rendre les tâches de chacun concrètes et dans un contexte d'urgence. Ces nombreux tableaux interminables et ces listes infinies découragent non seulement les employés (parfois même, ils ne savent pas que ces tableaux existent), mais aussi les cadres et les médecins, car plusieurs comités se recoupent dans les plans d'action et plusieurs m'ont avoué qu'ils s'y perdent et qu'ils apprennent parfois qu'une collègue travaille le même élément dans une autre « cellule ». Ils semblent submergés par l'information et se sentent impuissants devant l'énormité du mandat dont ils ne voient pas clairement qui est responsable de quoi;
- La responsabilité de l'organisation du travail de l'urgence a été transférée en 2021 de la DSP à la DSI : en effet, c'est un fonctionnement assez répandu. Toutefois, lorsque l'urgence était sous la responsabilité de la DSP, la DSP responsable avait élaboré un guide de gestion (volet médical) qui n'a jamais été implanté. On peut légitimement se poser la question suivante : pourquoi le plan d'action de la DSI n'est-il pas plutôt un plan multidisciplinaire totalement intégré dans un esprit de cogestion? Pourquoi un comité de gestion multidisciplinaire de l'urgence ne gère-t-il pas conjointement les décisions et leurs applications? Il est dangereux de passer d'un silo à un autre, plutôt que d'intégrer tous les aspects des services. Ce n'est pas l'urgence des médecins, ce n'est pas l'urgence des infirmières. C'est l'urgence des patients que l'on dessert en équipe : médecins, infirmières, autres professionnels, personnel de soutien. Tous doivent y participer.

ACTIONS CONCRÈTES QUI ONT ÉTÉ POSÉES

La dernière version du document du plan d'action de l'urgence affirme qu'il est atteint à 67% (07-03-2023) : de fait, les couleurs vertes, jaunes et rouges portent à croire que les objectifs suivis des deux tiers des actions requises sont déjà en place. La dernière mise à jour vise à :

- Réévaluer la structure de base en présence requise sur l'unité :
 - Faire l'analyse des besoins/analyse de structures, travailler le recrutement intensif d'infirmières et autres, préparer les affichages de poste, dotation des postes de conseillère en soins infirmiers : **VERT**
- Favoriser une plus grande efficacité au travail :
 - Révision des ententes d'horaire faite avec certains employés : **VERT**
- Revoir les rôles et responsabilités des différents titres d'emploi :
 - Diffusion de la description de chef de service vs coordonnateurs d'activités urgence et coordonnateur d'activités DSP, AIC, soutien clinique, infirmières, infirmières auxiliaires, PAB vs ADS, techniciennes en administration, agentes administratives : **VERT**
- Mettre à jour les compétences :
 - Faire une liste des formations nécessaires pour le travail à l'urgence par titre d'emploi, valider le besoin de formation de tous les titulaires de postes à l'urgence, développer un programme de suivi de compétence de novice à experte spécifique à l'urgence : **VERT**
- Revoir l'accueil et l'intégration des nouveaux employés :
 - Structurer l'orientation et la formation des infirmières novices, prévoir un suivi rigoureux tout au long de la formation et de l'orientation des infirmières novices, créer et structurer un programme de développement des compétences infirmière de novice à experte et en assurer le suivi : **VERT**
- Optimiser les espaces physiques et les besoins d'équipement :
 - Salle de repos des employés, assure le bon fonctionnement et une quantité suffisante des équipements informatiques, assurer la disponibilité du matériel nécessaire par un inventaire des besoins en matériel et mettre en place un mécanisme assurant l'entretien du matériel : **VERT**
- Assurer la communication des informations pertinentes auprès des employés :
 - Introduire les rencontres d'équipe 4-5 fois par année, diffusion d'informations clés sur les écrans télévisés installés à l'urgence, impliquer et responsabiliser l'ensemble des quarts de travail en leur confiant certains mandats d'amélioration et en créant des comités de travail consultatifs : **VERT**
- Diffuser les attentes des chefs et assurer le suivi de celles-ci :
 - Implantation d'un processus de mesures disciplinaires justes et équitables selon les conventions collectives : **VERT**
- Améliorer le climat de travail : **AUCUN VERT**

- Fluidité :
 - Amont : augmenter l'utilisation des plages de réorientation P4 et P5 dans les GMF : **VERT**
 - Intra : développer une cogestion avec les chefs médicaux, intégration d'une IPSPL à l'urgence, intégration d'un intervenant réseau du SAD à l'urgence, ouverture de l'UHB et de l'Annexe pour enlever les "trains" de civières de l'urgence, présence d'un coordonnateur médical et de chefs de fluidité : **VERT**
 - Aval : **AUCUN VERT**
- Favoriser une culture d'amélioration continue :
 - Tableau de bord en construction, diffuser auprès des équipes les indicateurs de suivi, revoir et réintégrer le suivi de qualité en impliquant les 3 quarts de travail, assurer une offre continue des formations spécifiques à l'urgence : **VERT**
- Augmenter le support clinique terrain des conseillères en soins :
 - S'assurer que les interventions cliniques en soins sont mises en place et notées dans le dossier du patient, révision de la lecture d'un ECG/moniteur cardiaque : **VERT**

Un pourcentage de réussite est attribué à chaque indicateur. Ce document est utile sur le plan stratégique pour la haute direction, mais difficile à suivre par le personnel de l'urgence, de l'avis général.

Donc, selon le Plan, 42 éléments sur 88 (48%) seraient atteints entre 90% et 100%, 27 éléments sur 88 (30,5%) seraient entre 30% et 75% (rien entre 80% et 90%, semble-t-il), et 19 éléments sur 88 (21,5%) seraient rouges entre 0% et 20% :

- Vert : 48%
- Jaune : 30,5%
- Rouge : 21,5%

Pourtant, à l'observation et selon les commentaires de près des 70 personnes rencontrées, on peut remettre en question le nombre d'éléments de couleur verte qui sont vraiment atteints ou même débutés;

- Le Plan d'action de l'urgence est piloté par la DSI et mis en place à la mi 2021 : il est exhaustif et régulièrement mis à jour;
- Quand on interroge les intervenants et certains cadres de l'urgence, peu en connaissent l'existence ou l'état de situation de l'avancement: sauf les cadres, les employés ne sont pas équipés sur le plan informatique et n'ont pas le temps d'absorber des tableaux élaborés en version papier. Ce sont les cadres de niveau supérieur et intermédiaire qui participent aux réunions mais la base est absente dans le processus décisionnel;
- Le Plan d'action donne des échéanciers « en continu » et des pourcentages de réussite : difficile pour les professionnels d'en saisir l'efficacité et même la portée. L'utilisation des couleurs est cependant utile si les actions sont plus détaillées, évaluées en équipe et que les couleurs sont convenues par la base.

ADÉQUATION ET SÉCURITÉ DES SOINS

On peut reposer la même question : pourquoi l'impression dominante dans les rencontres est-elle que ça n'avance pas sauf sur papier avec la production de nouveaux documents ?

- La réponse dominante pourrait être que l'éléphant est très gros, somme toute pour des intervenants qui se dépensent sur le terrain pendant de longues heures et ne sont pas en mesure d'apprécier des plans complexes. Pas qu'ils ne soient pas en mesure de les comprendre, mais que cela ne répond pas à leurs besoins immédiats. Se souvient-on de l'échelle Maslow ? La hiérarchie des besoins ? À l'urgence, ils sont au plancher des besoins : ils ont besoin de passer dans les corridors, d'avoir un thermomètre rectal ou un appareil à pression, d'obtenir une consultation de spécialiste, de ne pas avoir à traiter les P4-P5, d'avoir accès en tout temps à une conseillère santé sur place, d'avoir plus d'ordonnances déléguées aux infirmières, de sentir que leurs commentaires et questionnements leur reviennent avec des suivis, et je peux continuer la liste;
- Il y a beaucoup de personnel compétent à l'HGL. On y travaille de longues heures et souvent, à effectifs très réduits. Donc, certains services ne sont pas offerts dans les temps prévus ou en quantité suffisante pour assurer le maximum de confort physique ou psychologique. Le chapitre des recommandations propose plusieurs correctifs qui relèveront le niveau d'adéquation et de sécurité;
- L'organisation médicale est à revoir avec le DSP et les chefs médicaux. De plus, l'arrimage avec la DSI et les cadres cliniques de l'urgence est fragile;
- L'embauche des infirmières sur ce site n'est pas complètement décentralisé et pourrait s'améliorer. Les infirmières qui sont en place doivent se consacrer exclusivement aux soins infirmiers et au temps d'écoute des patients : plusieurs mentionnent que les PAB sont plus nombreux maintenant mais qu'il n'y a pas de supervision pour s'assurer que tous optimisent leur temps de travail et que les résultats ne sont donc pas au rendez-vous;
- Les locaux sont abominables et les intervenants ne croient plus aux nombreuses promesses faites pour changer les choses. D'autres événements indésirables pourraient survenir car on ne peut observer les patients depuis les postes de médecins et d'infirmières : il y a trop d'encombrement et de circulation et mettre des caméras retirerait le peu de privauté qui reste aux patients sur civières car n'importe qui circule dans ces corridors étroits. La sécurité des intervenants et des patients n'est pas assurée. Les locaux ne peuvent être optimisés davantage car déjà presque tous les efforts ont été consentis pour utiliser l'espace disponible. Seul l'ajout de chaises (genre fauteuils qui s'allongent) pourrait être envisagé, bien que les avis soient partagés sur la pertinence de ce changement;
- Évidemment, le problème de la main-d'œuvre est très réel : Les tableaux suivants présentent la moyenne de présences réelles pour chaque quart de travail par regroupement de titres d'emploi, pour l'urgence de l'HGL et l'UHB, ainsi que le nombre de postes requis pour chaque catégorie d'emploi et chaque quart de travail pour ces deux secteurs.

- Moyenne de présences réelles pour chaque quart de travail (13 dernières périodes) :

URGENCE HGL - MOYENNES DES HEURES TRAVAILLÉES RÉELLES EN QUARTS									
Regroupement de titres d'emploi	FIN DE SEMAINE			SEMAINE			TOTAL		
	NUIT	JOUR	SOIR	NUIT	JOUR	SOIR	NUIT	JOUR	SOIR
	Quarts	Quarts	Quarts	Quarts	Quarts	Quarts	Quarts	Quarts	Quarts
Infirmières	7	10	10	7	13	10	7	11	10
Infirmières auxiliaires	5	6	6	6	6	7	5	6	7
Préposés aux bénéficiaires	6	6	6	6	7	6	6	6	6
Cadres (excluant chef d'unité en semaine)	1	2	1	0	1	0	1	2	1

UHB HGL - MOYENNES DES HEURES TRAVAILLÉES RÉELLES EN QUART									
Regroupement de titres d'emploi	FIN DE SEMAINE			SEMAINE			TOTAL		
	NUIT	JOUR	SOIR	NUIT	JOUR	SOIR	NUIT	JOUR	SOIR
	Quarts	Quarts	Quarts	Quarts	Quarts	Quarts	Quarts	Quarts	Quarts
Infirmières	2	2	1	2	3	1	2	2	1
Infirmières auxiliaires	1	3	2	1	3	2	1	3	2
Préposés aux bénéficiaires	1	1	1	1	2	1	1	1	1
Cadres (excluant chef d'unité en semaine)	0	0	0	0	0	0	0	0	0

- Nombre de postes requis pour chaque catégorie d'emploi et chaque quart de travail :

URGENCES CIUSSS ODIM	Lakeshore (urgences -annexe)			UHB		
	nuit	jour	soir	nuit	jour	Soir
Combien de personnel est requis par quart de travail pour les types de postes suivants :						
Infirmières	13	15	15	1	1	1
Infirmières auxiliaires	7	7	7	1	1	1
Préposés aux bénéficiaires	7	7	7	1	1	1

- On note une différence significative entre le requis et le réel, en particulier pour les infirmières.

- En ce qui concerne les médecins, nous n'avons pas accès aux données de la RAMQ sur les demandes de paiement mais les feuilles de présence indiquent que les médecins inscrits comme couvrant l'urgence sont effectivement présents. Toutefois, ce sont toujours les mêmes quatre médecins qui couvrent les fins de semaine, d'où le bien-fondé dans le projet de loi de responsabiliser davantage tout le corps médical pour la couverture de l'urgence mieux répartie;
- Pour les délais de consultation, de la P11 2022-2023 à la P01 2023-2024 (01-01-2023 à 22-04-2023), ils sont de 9h en moyenne, avec les plus longs délais en néphrologie et en médecine interne;
- Pour le nombre de consultations, les spécialistes commentent que les urgentologues demandent trop de consultations mais cela est difficile à évaluer. Pour la même période, 5,270 consultations ont été demandées. Il faudrait pouvoir comparer avec d'autres urgences pour des cas similaires, ce qui est un exercice en soi;
- Quelles que soient les recommandations en termes d'affectation de personnel, de formation ou de description de tâches, d'autres événements malheureux risquent de se produire, car on ne voit pas les patients depuis les postes de travail et personne n'a d'yeux tout le tour de la tête. De plus, l'endroit est congestionné non seulement de civières mais de personnel qui circule, de matériel rangé dans les corridors, de familles qui essaient de se trouver un espace pour prendre soin de leur personne malade, d'ambulanciers avec leurs civières. Tout cela est essentiel, on ne peut l'éliminer, mais il tient dans un verre à eau plutôt que dans une piscine. Les postes de médecins et d'infirmières sont un étroit corridor entouré de cubicules sans logique;
- Le volume de patients qui entre à l'urgence est très élevé pour un hôpital communautaire. L'hôpital est enclavé dans un quartier résidentiel et les gens de l'ouest de l'île veulent être desservis dans leur communauté. Planifier d'offrir les services ailleurs qu'à l'hôpital devient urgent;
- Le jour, il y a deux médecins à l'urgence. Les médecins internistes et autres spécialistes couvrent les SI et les unités. Le soir et les fins de semaine, il n'y en a qu'un à l'urgence et aucun sur place dans les autres services. Lorsqu'une situation se détériore aux SI, c'est le médecin de l'urgence qui se déplace jusqu'à ce que vienne un intensiviste. Pendant ce temps, aucun médecin n'est présent à l'urgence. Même chose pour les unités, en fait, pire. Lorsqu'une situation complexe se présente, certaines infirmières n'osent pas appeler le médecin de garde, de peur de se faire rabrouer. D'autres appellent mais c'est exceptionnel qu'un médecin se déplace. Parfois, elle obtient de l'aide de l'urgentologue, s'il n'est pas trop débordé, soit il faut attendre au matin pour la consultation avec les conséquences qui peuvent être bonnes ou mauvaises. L'infirmière doit donc gérer seule la situation pendant des heures;
- Les cadres font très souvent des quarts de travail d'infirmières, ce qui les empêche de remplir leurs fonctions adéquatement;
- Une gestion plus serrée des absences et des employés réticents à améliorer le climat de travail est souvent mentionnée, mais il est difficile d'évaluer ce volet. La DRH et les syndicats ont des échanges très fréquents et le but est qu'ils se concentrent ensemble;

- La DMS de l'HGL est très élevée : l'hôpital est au 10^e rang sur 15 hôpitaux montréalais pour la DMS en milieu hospitalier. Il ressort que plusieurs congés pourraient être donnés plus rapidement avec un plan de soins pour suivi à l'extérieur de l'hôpital;
- Grossir le volume du CHSGS n'est pas une solution. Le nouvel hôpital de Vaudreuil aidera beaucoup à gérer le volume (mais ce n'est pas demain qu'il ouvrira ses portes), et les besoins sont illimités. Dans le passé, le focus a été mis sur l'hôpital sans le situer dans un ensemble plus global. Il y a du retard à rattraper. Cette urgence est trop bondée, dessert un grand territoire dont la population s'accroît tout en vieillissant et c'est récemment qu'avec les directrices SAPA et la direction de l'urgence, des projets novateurs tentent de désengorger l'urgence elle-même : le RAC, l'UHB, le coin réservé à la santé mentale, les cliniques ambulatoires, le nouveau GMF-U, le projet d'hôpital à domicile, le projet ambulance pré-urgence pour les RPA, le projet DHD 24/7, les regroupements de problèmes de santé en CHSLD pour les adresser sur place et d'autres belles initiatives devraient diminuer le volume qui entre : trop de P4-P5 s'y retrouvent et pas assez de redirection. Le constat est que la nouvelle direction générale est sensible à cette réalité et entame déjà des actions qui semblent concorder avec nos recommandations;

MÉCANISMES DE COMMUNICATION

La communication authentique est assez laborieuse à tous les niveaux. En bloc et d'une surprenante homogénéité, l'absence de communications claires est notée : les cadres supérieurs communiquent du haut vers le bas principalement vers la couche de cadres sous eux et, lorsque l'information descend vers le « bas », c'est avec une composante majeure informative et non participative. Une longue habitude de ce modèle a pour conséquence que même lorsque certaines personnes tentent d'ouvrir la porte à la participation, la culture ambiante n'étant pas ancrée dans les habitudes, les réactions espérées ne sont pas au rendez-vous. Il ne semble pas être dans la culture de proposer des façons de faire innovantes mais plutôt d'appliquer les directives venant d'en haut pour ne pas risquer de recevoir des reproches. On sait que les modèles de gestion modernes n'encouragent pas ce système *top-down* pour motiver le personnel. Comme il y a une forte centralisation, notamment dans le traitement des ressources humaines (RH) et de l'organisation des soins cliniques, l'innovation est peu encouragée, que ce soit en amont, à l'intérieur ou en aval de l'urgence. Les attentes sont à l'exécution des directives. Le cheminement des demandes en RH est interminable, de l'avis de tous y compris les cadres, et fait perdre de nombreuses candidatures intéressées;

- Puisque, dans la chaîne d'encadrement, les cadres du bas de la pyramide sont mal attachés aux maillons du haut, ils sont davantage des passeurs d'information que des acteurs clés influençant le processus décisionnel. Ils décident peu ou pas, soit en ressources humaines, soit en services techniques, soit en organisation des soins sur le plancher;
- En corollaire, il ressort une réelle crainte de se manifester, surtout en mode solution. Ceux et celles qui parlent (du bas vers le haut) le font souvent pour souligner des problèmes sans pour autant se sentir encouragées à proposer des solutions alternatives, car tout doit être approuvé par plusieurs instances et la notion de projet pilote n'est pas encouragée. Certains intervenants s'adressent aux mauvais interlocuteurs dans le but de faire bouger les choses, interlocuteurs qui ne sont pas en mesure d'apporter le changement requis;

- Les gestionnaires souhaiteraient plus de décentralisation pour pouvoir innover à leur niveau sans avoir à toujours obtenir l'autorisation de plusieurs strates de décideurs : ils souhaiteraient plus de flexibilité et d'imputabilité quitte à se tromper et à apprendre de leurs erreurs. Ils croient que cela les rapprocherait des professionnels : une initiative est en cours avec une firme pour alléger les processus administratifs, ce qui serait des plus bienvenus;
- La direction générale a une longue liste de rencontres avec toutes les instances. Toutefois, il n'y a pas de cadre supérieur présent à temps plein sur le site et responsable des avancées du plan d'action : coordination de l'action et recherche de solution des problèmes stat;
- La DSI produit un tableau clair des rencontres à l'intérieur de sa direction;
- Les comités de toutes sortes, sur tous les sujets et à tous les niveaux sont multipliés à l'extrême, si bien que certaines personnes passent toute la journée assises à l'ordinateur pour participer à ces multiples rencontres. Il ne leur reste que peu ou pas de temps pour passer à l'action;
- Plusieurs cadres indiquent qu'ils font partie d'une « cellule de crise » qui travaille sur un document alors que d'autres sont affectés à une autre cellule et qu'ils ne se parlent pas vraiment. Certains intervenants ignorent même l'existence de plusieurs rapports;
- Les médecins communiquent mal entre eux, notamment entre urgentologues et spécialistes, ces relations sont à corriger;
- Les rencontres entre les cadres et les syndicats sont très fréquentes : un tableau l'illustre bien. Même constat que pour les autres rencontres : sont-elles toutes vraiment nécessaires?
- Le problème n'est donc pas en général le nombre de rencontres (en fait, il y en a trop) mais le contenu : beaucoup d'informations *top-down* ou de discussions qui n'aboutissent pas à des actions concrètes. Tous se plaignent de cette façon de faire;
- La communication réelle avec recherche et implantation de solutions est à travailler par tous les groupes et à l'intérieur de ceux-ci. Le constat principal est que l'on ne peut avancer tant que l'on n'a pas vraiment enterré les haches de guerre pour construire un environnement sain : cela dépend des efforts de chacun, même si le message de la direction générale va dans ce sens;
- Plusieurs commentaires font un lien entre les nombreux départs de cadres et l'impression que le droit de gestion est absent dans la pyramide de prise de décisions, faisant encore une fois référence à la centralisation extrême du processus de prise de décisions. La culture du no « shame-no blame » est absente, les cadres n'ont pas droit à l'erreur même quand la décision a été prise à un autre niveau.

CHAPITRE 4 - RECOMMANDATIONS PAR GROUPES D'INTERVENANTS EN FONCTION DES CONSTATS

DIRECTION GÉNÉRALE

- **Installations :**

1. Accélérer si possible l'échéancier de réfection de cette urgence : bien que chaque CIUSSS montréalais ait une liste de bâtiments vétustes qui nuisent à la qualité des soins, cette urgence représente vraiment un défi presque insurmontable pour l'équipe d'encadrement et pour les cliniciens. Il faut raccourcir les délais prévus si on veut éviter d'autres situations indésirables. Plus on attend, plus la situation devient bancal. On y travaille dans de vieilles installations inadaptées, ce qui ne favorise pas la réorganisation de l'offre de services et la rend pratiquement impossible. Quelles que soient les recommandations en termes d'affectation de personnel, de formation ou de description de tâches, d'autres événements malheureux risquent de se produire, car on ne voit pas les patients depuis les postes de travail et personne n'a d'yeux tout le tour de la tête. De plus, l'endroit est congestionné non seulement de civières mais de personnel qui circule, de matériel rangé dans les corridors, de familles qui essaient de se trouver un espace pour prendre soin de leur personne malade, d'ambulanciers avec leurs civières. Les postes de médecins et d'infirmières sont un étroit corridor entouré de cubicules sans logique. Il y a urgence de s'attaquer à cette rénovation en profondeur, et on ne peut encore attendre quelques années car c'est un risque élevé que l'on prend et qui produit les mauvais résultats que l'on sait. Un projet de substitution des modules en place est en ce moment bien avancé, qui pourrait apporter un peu d'air en fin d'année, s'il aboutit. Toutefois, le besoin d'installations permanentes demeure et la SQI, responsable du dossier, devrait participer à l'effort collectif d'accélération;

2. En attendant, explorer l'installation de fauteuils de type RAZ pour diminuer le « train » de civières dans le couloir et ainsi diminuer les chances de nouveaux événements indésirables à court terme. Lors des rénovations, il serait avisé de prévoir un RAZ (patients assis) et une unité parallèle complètement gérée par le SAD et le SAPA pour les maladies chroniques. Déjà, le service de l'Annexe est couvert avec du personnel SAPA, et parfois l'UHB;

- **Organisation des services :**

3. Entreprendre un changement de culture organisationnelle : Poursuivre le processus de déconcentration du personnel d'encadrement clinique dans l'immeuble administratif du boulevard des Sources, vestige de modèles désuets. Plusieurs services administratifs se prêtent bien à cette concentration mais non pas l'encadrement clinique, qui est alors perçu par le personnel clinique comme une fuite de la réalité terrain;

4. Nommer un haut gestionnaire (directeur de site) responsable du site, installé sur le site à temps plein et à l'écoute des cliniciens; un directeur qui circule, qui écoute, qui décentralise en offrant son soutien et ramène le tout à la direction générale;

5. Renforcer et systématiser le concept de gestionnaires de proximité à l'urgence avec pouvoir de décision avec une approche « no shame-no blame »;

- 6.** Poser un geste concret de soutien immédiat pour les professionnels : leur demander de déposer une liste de l'équipement requis pour faire leur travail convenablement et le leur procurer stat; Faire réparer tous les appareils défectueux; Mettre un employé en charge de visiter l'urgence tous les matins tôt et d'identifier avec une liste de contrôle (checklist) ce qui manque avec l'autorisation d'obtenir lesdits outils stat et les réparations au plus vite. Il en va de la vie et de la mort de certaines personnes car tout va très vite à l'urgence. Malheureusement, des vols sont signalés et il faut compenser, mais les intervenants n'ont pas à être pénalisés pour autant;
- 7.** Prioriser le changement dans les méthodes de travail : pas assez de liens étroits entre les différents niveaux d'encadrement, pas assez de représentation des cadres inter et de première ligne sur les comités d'implantation des multiples listes de recommandations : décentraliser devrait être le mot d'ordre;
- 8.** Renforcer le respect des nouvelles valeurs de l'établissement car c'est en travaillant dans les deux directions (*top-down* et *bottom-up*) que le flot de la communication va se rétablir en se respectant mutuellement. On ne peut demander aux cadres d'être transparents et à l'écoute sans qu'ils puissent avoir confiance que les problèmes seront évalués et solutionnés entre cadres et employés et non par l'intermédiaire de l'extérieur. Les journalistes font des enquêtes et c'est leur travail de le faire et, dans le meilleur des cas, de le bien faire. Les professionnels ont toutefois un code de déontologie en ce qui concerne la divulgation des informations nominatives sur leurs patients et obtiendront des résultats pérennes s'ils sont entendus et si on donne suite à leurs suggestions. Les rencontres interniveaux de cadres doivent aussi être un dialogue (avec une partie informative nécessaire mais dont l'essentiel peut être transmis par courriel) et l'écoute devrait être à l'ordre du jour. Un tableau des rencontres entre la haute direction et de nombreuses instances, entre la DSI et le personnel témoignent d'une gestion très axée sur les rencontres formelles, il convient de les gérer à la baisse;
- 9.** Instaurer un calendrier d'évaluations / appréciations annuelles obligatoire non seulement entre le PDG et ses directeurs (PDGA, DGA, autres directeurs en ligne directe avec lui) ma; suivi du même processus entre les directeurs et les directeurs adjoints (DA), puis entre les DA et les coordonnateurs ou autres cadres intermédiaires, puis entre les cadres intermédiaires et les cadres de première ligne et enfin, les intervenants. Il faut un temps d'arrêt individuel en plus des rencontres de gestion pour établir des liens et renforcer la solidarité managériale;
- 10.** Les divers documents de recommandations sont bien répertoriés. Toutefois, un exercice visant à synthétiser toutes ces recommandations devient indispensable pour le personnel terrain : la liste détaillée au chapitre 1 démontre clairement qu'il n'y a pas lieu de reprendre l'exercice de plan d'action et recommandations car ils se ressemblent tous, sont exhaustifs et finissent par paralyser les participants car chacun fait partie d'un comité, d'une cellule de crise (très populaire dans l'établissement) non reliée aux autres et faisant souvent double emploi. Elles peuvent convenir au niveau supérieur (stratégique) mais même le personnel d'encadrement intermédiaire s'y perd et les actions des comités se recourent. Il en ressort un sentiment de découragement et les trop nombreuses réunions où les confrontations et les échanges sans prises de décision se chevauchent finissent par paralyser les efforts;
- 11.** Affecter une ressource à la simplification des plans d'action directement en lien avec le directeur de site et la PDGA pour reddition de compte régulière de l'implantation de ces actions et pour assurer la pérennité du processus. Cet exercice doit inclure le volet médical avec leur implication;

12. Affecter une ressource à la mise à jour des mécanismes d'assurance qualité tant pour les médecins que pour les autres professionnels pour pouvoir identifier et suivre l'implantation et réagir si non effectuée ou ne respectant pas les échéanciers.

13. Informatiser l'urgence, ça presse : ils font presque tout en papier comme autrefois. Leur écriture est illisible, on arrive très mal à comprendre ce qui s'est passé dans un dossier patient, il faut avoir beaucoup d'imagination pour tisser des liens entre les événements. Certains médecins se sont même acheté des appareils sur lesquels ils tapent leurs notes, les transcrivent sur le système de l'urgence avec une clé USB et les impriment sur une imprimante qu'ils ont achetée... pas terrible comme offre d'outils adéquate...Le dossier médical informatisé est essentiel;

14. Introduire progressivement une culture de données et délaissier la multitude de rencontres purement informatives. Quand ils seront plus informatisés, ouvrir plus grande la porte au virtuel mais à court terme, les cliniciens ont des besoins de base plus criants;

15. En lien avec les prochaines responsabilités des DSP (directeur médical), demander un plan d'action clair sur les améliorations médicales requises incluant des conséquences pour les non-suivis : plusieurs protocoles ont été mis en place dans le passé, n'ont pas été suivis et il n'y a eu aucune conséquence. Le projet de loi 15 devrait aider le DSP en ce sens et le nouveau DSP est déjà en mouvement;

16. Développer des mécanismes de consultation étroits avec le DSP et le corps médical qui, lorsque motivé, soutient la direction générale dans son projet de transformation;

17. De la même façon, encourager le DSP à rencontrer individuellement et en petits groupes de façon statutaire les chefs médicaux et les encourager à regarder en avant et non en arrière, notamment pour les ordonnances collectives et la collaboration interservices;

18. Adresser certains problèmes médicaux de base dont la couverture adéquate, l'accessibilité aux spécialistes qui sont difficiles à joindre presque en tout temps et viennent quand ils veulent, introduire la pratique de congés précoces systématiques, ordonnances collectives en place, comme cela se fait partout ailleurs, instaurer la responsabilité collective de la couverture de l'hôpital et de l'urgence. Les urgentologues souffrent du fait que soit, il n'y a pas de règles claires pour les spécialistes, soit ils ne les suivent pas et font leurs consultations très tardivement, au détriment des besoins des patients;

19. Quand l'étape des discussions est terminée, le courage managérial requiert que l'on prenne des décisions et que l'on passe à l'action. Requérir de ses directeurs qu'ils donnent des preuves du passage à l'action, aux suivis concrets et vérifier ce qui s'est fait et ne s'est pas fait de façon systématique, car ce n'est pas dans la culture. Il faut renforcer le travail d'équipe multidisciplinaire dans tous les volets;

20. Renforcer le message du principe des conséquences aux gestes, paroles et comportements irrespectueux ou carrément délinquants : trop de ces comportements n'ont pas de suites selon la majorité des témoignages, ce qui décourage les bons intervenants de porter plainte;

21. Confirmer et officialiser tout le dossier de la dotation et des remplacements au personnel d'encadrement de l'urgence pour leur donner du pouvoir sur ce dossier : décentraliser cette gestion car la pénurie du personnel infirmier demeure le talon d'Achille du réseau et chaque jour de retard dans l'embauche équivaut à perdre une candidate;

22. Prioriser l'embauche du personnel de l'urgence pour le moment, même s'il y a des besoins ailleurs. Il faut les sortir de l'ornière car en ce moment ce sont les cadres qui bouchent les trous et ne font donc pas le travail pour lequel ils ont été embauchés;

23. Implanter un projet de Centre de Commandement. Le virtuel doit aider à accélérer plusieurs processus et il est incontournable. Il faut toutefois consolider la culture de données et de reddition de comptes et bien outiller le personnel pour en faire un succès, et que ce succès soit pérenne. Sans ordinateurs et sans informatisation des dossiers, on va difficilement passer à l'ère de l'intelligence artificielle. Avec le Centre de Commandement, on voit un résumé de tous les patients à l'urgence et l'urgence les voit aussi. Ça permet d'agir plus vite quand l'encombrement est en augmentation;

24. Implanter un projet d'hôpital à domicile. Un projet d'hôpital à domicile est sur les planches à dessin en ce moment, à l'initiative du nouveau PDG, ce qui contribuera à libérer des lits plus rapidement;

25. Accorder une importance spéciale aux actions entreprises en amont, à l'urgence et en aval. Le temps presse si l'on veut éviter de nouveaux événements indésirables, il faut diminuer l'entrée de la clientèle et en accélérer la sortie. Créer l'obligation de mieux diriger la clientèle. On serait avisé de changer les paramètres et d'investir massivement dans le détournement de la clientèle vers la communauté. Cet hôpital communautaire est bien intégré dans sa communauté, et la population ne veut pas être traitée ailleurs dans la communauté. Elle devra apprendre à le faire, sinon l'hôpital explosera. Grossir le volume du CHSGS n'est pas une solution. Le nouvel hôpital de Vaudreuil aidera beaucoup à gérer le volume (mais ce n'est pas demain qu'il ouvrira ses portes), et les besoins sont illimités;

26. Soutenir toute démarche visant à obtenir que les médecins généralistes fassent des visites à domicile lorsque le besoin est identifié par l'IPS ou une infirmière clinicienne. Il est à noter que le Québec est un des seuls endroits de l'hémisphère nord où les médecins ne font presque plus de visites à domicile. Cela devrait faire partie du contrat des GMF : X % de leur temps (partagé ou concentré sur un médecin au choix) consacré à des visites à domicile sur demande de l'IPS ou d'une infirmière clinicienne. L'ouverture d'un poste d'inhalothérapeute dans la communauté pourrait par exemple éviter plusieurs visites à l'urgence des patients avec MPOC. On peut en prendre soin autrement qu'en les parquant dans des corridors encombrés;

27. Comme l'établissement a des efforts à fournir sur la documentation des suivis des actions à implanter, il serait sage qu'un œil externe vienne se poser tous les 2-3 mois pour s'assurer que :

- Le ménage a été fait dans les plans d'action et les personnes devant aider les diverses instances sont à l'œuvre;
- Les actions prioritaires sont en place et documentées;
- La culture de données et de rigueur dans les états de situation est en marche, le danger étant que soient tablettées les recommandations en cours : la reddition de comptes est ce qui aide le plus à bâtir la confiance.

GESTIONNAIRES (supérieurs, intermédiaires, 1^{re} ligne)

- **Pour les mécanismes d'assurance qualité :**

28. Affecter une personne à temps plein (ou partiel si elle s'occupe aussi de la fusion des plans d'action) pour répertorier les mécanismes d'assurance de la qualité (M&M, CEAM, CMDP, CII comité des risques, rapports incidents/accidents, événements sentinelles, comité de vigilance, plan d'action de l'urgence adapté pour les intervenants terrain) pour s'assurer que le travail est fait dans les délais prescrits, faire rapport aux instances requises et à la direction générale. Le soutien administratif doit produire l'outil, les tableaux, incluant les informations requises, s'assurer que les analyses sont faites et que les suivis sont complétés (rappels courtois au besoin) avec rapport à l'instance requise (ex. : APPR). Il y a un travail d'instauration de plus de rigueur vis-à-vis le DSP, le CMDP, le CII et le comité des Risques de la Qualité pour que le processus soit clair, uniformisé et respecté par les intervenants. Si les règles locales sont claires, les interventions auront lieu et la personne affectée pour gérer la compilation des tableaux sera en mesure de démontrer facilement et rapidement que l'assurance qualité est au rendez-vous et d'en tenir informée la directrice de la qualité, laquelle fera rapport aux directeurs concernés et à la PDGA;

29. Il est recommandé que la DSI investisse des efforts et soutienne les infirmières pour avoir un CII plus fort qui s'intéresse à la qualité et la formation en commençant avec quelques projets simples et concrets chaque année. Un exécutif et quelques projets peuvent être un premier pas vers la consolidation de ce comité (en collaboration avec la direction de la Qualité de la DSI);

30. Il est recommandé que la DSI et le DSP travaillent conjointement à rapprocher leurs instances pour atteindre un meilleur niveau d'interdisciplinarité;

31. Affecter une conseillère cadre santé exclusivement à l'urgence de l'HGL : les infirmières y sont jeunes et inexpérimentées, le roulement très élevé, on ne peut leur donner des cas si lourds sans soutien clinique continu. En ce moment, les conseillères ne sont pas toujours sur le terrain : le sentiment est qu'on ne peut compter sur elles car elles ne font pas partie de l'équipe. On les surnomme les « flip-chart nurses », car elles circulent avec ce document et prennent des notes mais restent un peu à l'écart. On leur reproche de ne pas avoir un rôle de formatrice terrain. Elles sont perçues comme des électrons libres dont l'utilité est marginale car on ne peut compter sur leur présence. Donc, assurer une présence en tout temps de conseillère cadre sur le terrain pour écouter, répondre aux questions et former en cours d'emploi; il devrait toujours y en avoir une présente même si une autre fait de la formation et non pas : personne sur place, parce qu'il y a de la formation à donner;

32. Offrir de la formation et du soutien professionnel aux cadres intermédiaires et de première ligne pour les consolider dans leurs fonctions et éviter les départs multiples. La majorité n'est pas détentrice de formation en administration et le roulement est plus que significatif. Des lieux d'échange informels entre elles peuvent aussi leur offrir du soutien moral;

33. Renforcer le programme de formation en préaffectation et durant l'affectation pour favoriser la rétention (virtuelle et en personne). Ce n'est pas un luxe et cela prévient des événements indésirables;

34. Même si le prix initial est plus élevé, privilégier l'embauche des infirmières cliniciennes est un excellent investissement pour rehausser la qualité des soins et permettre plus de flexibilité et de

polyvalence. Baisser le niveau de formation de base entraîne plus d'accidents, c'est documenté et logique;

35. S'assurer que les protocoles cliniques sont à jour et bien maîtrisés, ce qui n'est pas le cas;

36. S'assurer que les codes d'urgence sont à jour et tout particulièrement les codes blanc et orange et que des pratiques ont lieu : ce sujet d'inquiétude revient fréquemment dans les commentaires;

37. Permettre à l'IPS de donner des formations de groupe aux infirmières de l'urgence : une avenue intéressante à explorer;

- **Pour les mécanismes de fonctionnement :**

38. Directeur de site : Gérer le site y compris l'urgence et coordonner le plan d'action et les recommandations et en rendre compte au PDG;

39. Autres cadres : Appliquer le message de la direction générale de l'importance de l'implication directe et transparente des cadres supérieurs avec tous les niveaux de cadres : traduire dans leurs comportements et leurs directives la politique d'ouverture de la nouvelle direction générale et faire descendre cette approche dans la ligne de gestion jusqu'en bas et de bas en haut et le « no shame-no blame »;

40. Embrasser la culture de décentralisation de la gestion clinique à tous les niveaux;

41. Bien sûr, le plan consolidé est essentiel au niveau de la DSI et de la direction générale, mais le démonter en pièces plus détachées avec les employés et leur participation, avec une courte liste réaliste et s'assurer qu'on l'implante avant de passer à l'étape suivante. Surtout, pourrait-on élaborer cette liste en dialoguant puis en remontant au niveau supérieur et en reprenant le dialogue jusqu'à se retrouver à la direction opérationnelle (le directeur de site) et la direction générale (la PDGA et le PDG);

42. Le nombre très important de rapports paralyse les acteurs. Une réconciliation des nombreux rapports et des encore plus nombreuses recommandations afin d'aboutir à un seul document au global (pour l'établissement mais ce n'est pas l'objet de ce mandat) et spécifique pour l'urgence est indispensable pour mettre l'accent sur quelques priorités immédiates. Il faudrait faire l'exercice pour tout le site mais certainement le faire pour l'urgence, auquel les cadres de tous les niveaux pourront se rattacher et partager avec les professionnels et les médecins. Il faut intégrer les éléments de recommandations des rapports. Les simplifier, les traduire en actions concrètes. Simplifier, se limiter à circonscrire des actions susceptibles de marcher, de porter fruit rapidement et de donner envie de poursuivre est la clé du succès : Un exercice de vulgarisation est requis;

43. Bien que l'urgence ait été transférée de la DSP à la DSI, un comité multidisciplinaire aurait intérêt à se pencher sur un Plan d'action fusionné des efforts de la DSI et du document de la DSP car tout est interdépendant et cela favoriserait le travail d'équipe;

44. Communiquer le plan d'action par étapes à tout le personnel de l'urgence, par groupes d'intervenants, dialoguer pour voir la faisabilité de chaque changement et documenter le tout. Les rencontres doivent servir à faire le point sur ce qui est faisable car la charge de travail ne permet

pas de passer à des plans d'envergure. Quand la maison brûle, il faut d'abord éteindre le feu avant de reconstruire. Si la direction responsable concentre et simplifie le plan d'action avec les cadres concernés, chaque groupe aura une partie de la commande à remplir qu'il pourra mieux identifier : il faut que ce soit simple, qu'on liste les actions, les échéanciers, une révision de ce qui s'est fait et ne s'est pas fait en fonction des échéanciers et que l'on n'y retrouve pas les changements requis pour les cinq prochaines années. Il est rare que tout ait été fait : on refait une liste, on ajoute d'autres actions et on progresse. On n'oublie pas de féliciter celles et ceux qui ont atteint des objectifs, relevé des défis;

45. En lien avec la recommandation 11 faite à la direction générale, encadrer une personne afin de rapidement procéder à la fusion des plans d'action et de leurs recommandations, à plus large échelle mais rapidement pour l'urgence, afin que les cadres puissent en faire un contrat de travail avec leurs professionnels. En bâtissant sur de petits succès, un nouveau contrat devient possible mais dans un deuxième temps. Faire un pas à la fois;

46. La culture en place n'a pas encouragé dans le passé un mécanisme d'ascenseur qui fait remonter les suggestions et prioriser les actions terrain les plus urgentes. Les plans de haute voltige, tout sophistiqués qu'ils soient, n'atteignent pas les couches inférieures de l'organisation et contribuent au scepticisme ambiant et au manque de motivation : c'est ce moule qu'il faut casser. Les plans de haute voltige sont utiles pour les cadres supérieurs afin d'avoir une vue d'ensemble, un plan stratégique, mais des alternatives sont requises pour mieux communiquer à tous les niveaux;

47. Maintenir une présence accrue des cadres supérieurs et intermédiaires sur le terrain pour écouter et répondre aux questions; sortir de son bureau, être visible et accessible, parler aux intervenants et les écouter : cela fait partie intégrante de la fonction d'encadrement dans les écoles de pensée contemporaine et... dans l'expérience vécue ailleurs;

48. Affecter des gestionnaires et conseillères uniquement à des tâches pour lesquelles elles sont employées : Ne pas encourager la pratique répandue selon laquelle, compte tenu de la pénurie d'infirmières, les cadres de première ligne font de nombreux remplacements aux soins directs : cela neutralise l'impact d'avoir ajouté des postes de gestionnaires terrain et augmente le niveau de fatigue et de sentiment d'impuissance. Les cadres doivent être sur le plancher mais en effectuant des tâches de cadres : on les utilise trop aux remplacements des infirmières. Après, on dira qu'elles ne font pas leur travail. La dotation et le recrutement direct sur le terrain devraient aider à diminuer la pénurie;

49. Transférer tout le dossier des affectations et des remplacements de ressources humaines dans les mains des gestionnaires de l'urgence : beaucoup plus efficace surtout si on l'attache à la flexibilité des horaires. Décentraliser officiellement les embauches et les remplacements sur le plancher et confier cette responsabilité à une personne ou plusieurs transférées des RH si nécessaire: cela donne de meilleurs résultats, c'est démontré ailleurs car la proximité permet une meilleure évaluation de la capacité de polyvalence et de la couverture;

50. Soutenir davantage les cadres de première ligne qui sont sur la ligne de feu. Laisser les gestionnaires de l'urgence organiser les horaires avec le personnel. Permettre aux infirmières plus de flexibilité lorsqu'elles bâtissent leur grille de présence mais avec des paramètres qui assurent l'équité : le gouvernement vise l'abolition des agences mais ce n'est pas juste une question d'argent. C'est surtout la flexibilité du temps de travail qui est en jeu : Élaborer un canevas des cases à remplir pour tous les quarts de travail et inviter les professionnelles à le remplir mais avec

des contraintes annoncées : ex. : on doit prendre x quarts de soir et de nuit, pas juste du jour, on peut faire du 12h, du 9/14 ou du 8/14, selon les groupes, etc. Il faut trouver la meilleure façon de décentraliser tout en remplissant les quarts requis au maximum : cela augmente l'embauche et la rétention. Idéalement, un horaire de 12 h est le plus efficace pour donner des formations en cours d'emploi sur place et répondre aux besoins (donc x 2 sur 24h); couper dans ces services crée plein de problèmes de qualité et de sécurité. Implanter les quarts de 12 heures, donner du temps complet à celles qui en veulent et du temps partiel à celles qui ne veulent pas de temps plein avant qu'elles ne quittent pour une agence ou une clinique privée : la souplesse, la flexibilité seront des points essentiels pour garder les employés dans le secteur public. Les règles rigides doivent être chose du passé, il faut innover et répondre aux besoins des nouvelles générations;

51. En ce moment, il y a 3 postes de cheffes d'unité (J-S-N) : le poste de nuit est impopulaire et souvent dégarni comme en ce moment. Explorer la transformation de ces 3 postes en 2 postes de 12h complémentaires serait un avantage et l'intérêt a été exprimé;

52. Assurer la répartition claire des fonctions expliquée simplement, distribuer cette liste simplifiée à tous les employés de l'urgence. Tout va si vite dans cet environnement, une courte liste des tâches de chaque groupe d'employés aiderait à diminuer la cacophonie en autant que l'on ne s'en serve pas pour dire : « ce n'est pas dans ma liste » quand quelqu'un a besoin d'aide et répondre aux questions des professionnels : un risque à courir surtout compte tenu que plusieurs se plaignent du fait que certains employés se cachent pour ne pas travailler fort et pouvoir se rendre disponibles pour beaucoup de temps supplémentaire;

53. Commencer par un geste spectaculaire pour envoyer le message de changement : super commande d'outils de travail et mise en place d'un système de commande, d'entretien préventif et de réparation du matériel peut aider à briser la glace et à améliorer l'atmosphère de travail;

54. Ne jamais laisser une nouvelle infirmière sur le terrain si elle n'a pas reçu sa formation complète sur les soins d'urgence. Il s'agit d'un département spécialisé et complexe. Ce qui est valable pour les salles d'opération ou les soins intensifs l'est également pour l'urgence, surtout si on n'y garde pas les P4-P5, car il faut y démontrer compétence et jugement;

55. Ne pas affecter des CEPI sans coaching réel : cela met à risque la qualité des soins et la sécurité des patients. Les CEPI sont souvent laissées à elles-mêmes car l'infirmière à laquelle elles sont jumelées est débordée. L'infirmière qui a la responsabilité de former une CEPI doit avoir moins de patients pour pouvoir lui consacrer suffisamment de temps et maintenir un niveau de sécurité acceptable;

56. Éviter tout favoritisme dans l'attribution des sections, ce qui semble une pratique assez répandue;

57. Éviter de confier des tâches cléricales aux infirmières : les agents administratifs sont un maillon essentiel de la chaîne d'offre de services;

58. Investir dans le personnel de soutien clinique, notamment les PAB, qui sont tenus de se consacrer à l'hygiène, l'alimentation, l'hydratation et... ainsi dégager un peu de temps aux cliniciens pour l'écoute et les soins, car tout le monde court et il ne reste plus de place pour écouter le patient et lui démontrer la compassion à laquelle il a droit tout en exigeant une prestation de services équitable entre employés : s'assurer que les nouveaux PAB donnent rapidement un rendement équivalent à celui de leurs collègues en poste;

- 59.** Tenir des rencontres régulières courtes, fréquentes et orientées vers l'action pendant lesquelles on va au-delà de la transmission d'informations et de directives. Écouter les commentaires, s'en inspirer et y donner suite quand on le peut rebâtit le lien de confiance. Noter et agir : on peut passer à l'étape suivante quand un problème est réglé. Écoute, écoute, écoute, dialogue et action en commençant par des petits succès. Le modèle multi, pratiqué en CLSC depuis des années, intègre tous les professionnels et est à privilégier;
- 60.** Passer à l'action, faire des suivis concrets et vérifier ce qui s'est fait et ne s'est pas fait de façon systématique n'est pas dans la culture. Il faut renforcer le travail d'équipe multidisciplinaire dans tous les volets;
- 61.** Une gestion plus serrée des absences et des employés réticents à améliorer le climat de travail est souvent mentionnée, mais il est difficile d'évaluer ce volet. La DRH et les syndicats ont des échanges très fréquents et le but est qu'ils se concentrent ensemble sur les relations de travail autour des conventions collectives, leur négociation et la gestion des ententes et des griefs : moins il y en aura, mieux se portera l'établissement. Beaucoup de souplesse mutuelle est à encourager dans ces échanges;
- 62.** Faire des rencontres d'évaluation/appréciation individuelles pour démontrer l'appréciation des bons coups et recadrer les déviations;
- 63.** Appliquer des mesures de conséquences pour les comportements indésirables sous toutes ses formes et pour les employés qui se cachent et ne donnent pas une prestation de travail requise, faisant reposer le fardeau de la tâche sur les autres collègues;
- 64.** Informatiser les outils cliniques et de communication interne à la vitesse grand V : cela est indispensable à un bon fonctionnement;
- 65.** Commencer par un geste spectaculaire pour envoyer le message de changement : super commande d'outils de travail et mise en place d'un système de commande, d'entretien préventif et de réparation du matériel, blitz d'informatisation peuvent aider à briser la glace;
- 66.** Renforcer l'amont et l'aval de l'urgence pour diminuer le volume d'entrée : trop de P4-P5, trop de surcapacité à l'urgence pas assez de congés précoces à l'étage;
- 67.** Intensifier les SAD y compris beaucoup de 24/7, notamment en regardant la possibilité d'embaucher une inhalothérapeute au SAD pour traiter les patients MPOC qui ont besoin d'une évaluation et ajustement de traitement médicamenteux; en autorisant les physio à faire des radiographies pour commencer des traitements si absence de fracture, augmenter les transferts de NSA : ces deux actions devraient être des priorités absolues. Des initiatives sont prévues à cet effet mais sont encore insuffisantes;
- 68.** Intensifier la capacité de donner des soins plus techniques dans les CHSLD pour éviter des transports ambulanciers à l'urgence;
- 69.** Identifier des regroupements de problèmes chroniques pouvant être mieux traités en longue durée : un projet est à l'étude à ce propos;
- 70.** Communiquer régulièrement les avancées et petits succès et féliciter les acteurs;
- 71.** Prendre soin les uns des autres, se soutenir dans les moments difficiles du changement et aller chercher de l'aide au besoin;

INTERVENANTS PROFESSIONNELS

- **Pour les mécanismes d'assurance qualité :**

72. Remplir un formulaire d'incident-accident à chaque fois que cela est à propos;
73. Référer comme événement sentinelle selon la gravité de l'événement;
74. Tenir un registre détaillé des suites à donner qui concerne l'urgence : travailler en collaboration avec cette direction : la direction de la Qualité (risques) fait déjà un bon travail dans ce dossier;
75. Collaborer activement avec le CII, qui est le pendant infirmier du CMDP et joue un rôle dans la qualité des soins : deux comités le composent, celui de la qualité de la pratique et celui de la formation : proposer de petits projets sur la qualité et la formation;
76. Partager les contenus des rapports du comité des risques lors de rencontres d'équipe;
77. Se référer aux conseillères cadres terrain pour toute question clinique;
78. Maintenir ses connaissances à jour par formations virtuelles ou en présence : c'est un investissement dans la qualité et vers l'excellence;
79. Soutenir les autres intervenants préposés aux patients (infirmières auxiliaires, PAB, aides de services) et les guider lorsque requis;
80. Faire des audits de dossiers de façon périodique et régulière;

- **Pour les mécanismes de fonctionnement :**

81. Se référer au cadre responsable pour toute question administrative : penser d'emblée que le cadre n'écouterait pas ne fait qu'accentuer le manque de communication;
82. Renforcer les messages des cadres sur la clarté des tâches et l'utilité de l'entraide à tous les niveaux (créer des liens de confiance et est plus efficace);
83. Participer activement aux « huddles » (caucus), rencontres multidisciplinaires et suggérer des pistes de solution aux situations problématiques;
84. Introduire la culture des debriefings et en avoir un obligatoire multidisciplinaire (de l'équipe soignante avec le cadre sur place) suite à un décès;
85. Participer à la confection des horaires avec souplesse, compréhension des paramètres obligatoires et respect des collègues;
86. Se concentrer sur les tâches de nature professionnelle et déléguer le plus possible les tâches cléricales;
87. Référer davantage à l'externe les cas moins urgents (infirmières au triage) en respectant les algorithmes plutôt que les demandes aléatoires;
88. Éviter systématiquement de mettre les patients de santé mentale sur des civières sans surveillance : des mesures sont déjà en place à cet effet;
89. Travailler en dyade (infirmières et infirmières auxiliaires);
90. Toujours répondre aux cloches d'appel et prendre au sérieux les demandes des patients;

91. Intégrer l'utilisation des applications virtuelles : ne pas savoir comment utiliser minimalement un ordinateur ne devrait plus être une option en 2023 et les demandes Octopus notamment doivent être remplies par les employés;

92. Prendre le temps d'être à l'écoute des patients et de les reconforter même dans le débordement;

MÉDECINS

- **Pour les mécanismes d'assurance qualité :**

93. Élaborer (DSP et médecin responsable de l'urgence) un plan d'action clair re : mécanismes d'assurance qualité avec le soutien d'une personne chargée de la préparation des outils requis pour colliger l'information et assurer les suivis;

94. Bien que les médecins trouvent que le CMDP du CIUSSS est bien loin d'eux et aimeraient un sous-CMDP local plus proche de leur réalité, ils doivent respecter toutes les obligations d'assurance qualité avec rapports et reddition de compte pour assurer un plus haut niveau de rigueur;

95. Implanter le plan d'action clair élaboré par le DSP et les pairs sur les attentes vis-à-vis des médecins concernant leurs obligations en assurance qualité : devrait être comparable (et même supérieur, pourquoi pas ?) aux autres hôpitaux du CIUSSS;

96. Il est recommandé de clarifier les obligations avec des règles locales, d'obliger les déclarations d'incidents-accidents (cadres vs professionnels), de rapporter les refus de remplir le formulaire et de s'assurer qu'ils sont transmis à qui de droit avec célérité. Respecter les exigences qui découlent des privilèges et redresser la barre là où les lacunes systémiques sont identifiées. Participer aux debriefings de façon systématique lorsqu'un événement indésirable survient;

97. Les M&M sont faits lors des événements indésirables mais on n'a pas de tableau des suites données aux recommandations faites par le CEAM (CAMA), sous-comité du CMDP. Il est recommandé de peaufiner le système d'identification des M&M, de sa reddition de comptes avec le soutien clérical requis. Le CMDP devrait s'assurer que des suites concrètes ont été données à chaque cas où il y a recommandation;

98. Obtenir une salle pour faire des « grand rounds »;

99. Pour répondre au besoin de formation et coaching, qui sont réels mais pas toujours admis : se référer au DSP qui est en mesure d'offrir de la formation pertinente en français et en anglais;

100. Approuver toutes les délégations d'actes telles que mises en place ailleurs dans le CIUSSS et dans le réseau;

- **Pour les mécanismes de fonctionnement :**

101. Donner aux médecins une responsabilité collective légale pour la couverture médicale;

102. Soutenir l'arrimage entre les médecins de l'urgence et ceux de l'hospitalisation : des efforts sérieux sont en cours à cet effet. Poser un regard courageux et ouvert sur le partage des responsabilités entre urgentologues et spécialistes;

103. Participer activement au comité de gestion multidisciplinaire à l'urgence (médecins/infirmières et incluant un médecin spécialiste et de médecine interne des unités) en reprenant le Plan de Gestion préalablement déposé par un DSP comme base d'échange : donc, axé sur l'action. Initier ou participer activement à des rencontres cliniques en équipes : il y a une culture de silo interprofessionnel en place qui nuit à l'application de solutions, surtout pour les cas difficiles;

104. Participer et/ou soutenir la Table des Chefs locale qui vient récemment d'être réactivée : un excellent forum pour aider au rapprochement entre urgentologues et spécialistes;

105. Valoriser le rôle du coordonnateur médical de l'urgence et du coordonnateur de l'hospitalisation;

106. Participer au développement du projet d'hôpital à domicile;

107. Plusieurs médecins admettent des patients sur civières qui ne devraient pas y être. Renforcer les transferts P4-P5 car, comme illustré précédemment, malgré un effort récent pour les augmenter, les chiffres actuels contribuent nettement à l'achalandage. Pour les périodes 1-11, le comité d'information sur la santé du département de la médecine d'urgence de McGill note que plus du tiers des patients vus à l'urgence étaient des P4-P5 alors que d'autres hôpitaux généraux de Montréal obtiennent un ratio bien plus intéressant;

108. Il faut diminuer le temps d'attente pour les consultations des spécialistes mais bien sûr, ne demander que les consultations nécessaires, ce qui ne semble pas être toujours le cas;

109. Se donner des cibles d'amélioration claires pour améliorer le flot des lits à l'interne par des congés donnés la veille avec conditions assorties pour libérer plus de lits et désengorger l'urgence : la DMS sur civière est la 2^e plus élevée à Montréal. La DMS des patients non hospitalisés est parmi les plus hautes. Le pourcentage de visites sur civière pour 100 lits dressés se compare aux hôpitaux de même niveau; Donc si la DMS était mieux contrôlée, on ne verrait pas tant de civières partout dans les corridors. La surcapacité sur les unités est donc à revoir à la hausse. Pour l'attente sur civière, on a respectivement pour 12, 24 et 48 heures, des pourcentages de 66%, 15,1% et 20%, contre des minimums et maximums à Montréal de (pour 12 heures = 35,6% - 71,1%), (pour 24 heures = 5,2% - 18,1%) et (pour 48 heures = 1,2% et 22,4%), donc on est plus proche des moins performants, de toute évidence. Une personne vient d'être nommée pour s'adresser au flot, donc à suivre.

110. Il y a urgence d'agir dans le concret : diminuer le flot d'entrées à l'urgence nécessite des alternatives claires (on commence à explorer de nouvelles possibilités intéressantes). C'est là-dessus qu'il faut agir, en plus de pousser la surcapacité aux étages, accélérer le temps de consultation des spécialistes, améliorer les congés précoces et retourner plus vite les NSA à domicile. Tout est dans l'optimisation du flot. La surcapacité doit être sur les unités, moins à l'urgence. Le mode de rémunération actuel des médecins spécialistes favorise le maintien des patients en milieu hospitalier et dilue l'acuité dans le flot. À ce sujet, le nouveau projet de loi présente des changements intéressants. Tant qu'on ne mettra pas l'emphase prioritaire sur la diminution du volume dans la porte d'entrée et tant qu'on ne diminuera pas la DMS, on ne sortira pas de l'ornière. La chance de ce CIUSSS est de n'avoir que 15-20% de visiteurs hors territoire (Montérégie Ouest) alors que son voisin plus à l'est de son territoire compose avec 60% de hors territoire avec un seul hôpital. Il faut donc les réorienter sur le territoire pour créer de nouvelles habitudes de consommation de services mais de services accessibles. Les initiatives SAPA, le

RAC, l'UHB, l'arrivée éventuelle du GMF-U, le projet ambulancier dans les RPA et autres alimentent des espoirs réalistes. Il faut mettre un focus beaucoup plus intense sur l'aval pour dégager l'urgence, notamment : Transférer davantage au RAC, à SAD (ou les y inscrire si non connus), les NSA en attente d'hébergement tel que déjà requis par le ministère, utiliser davantage les cliniques externes et instaurer l'habitude de signer des congés précoces et de référer au RAC (pour tous les départements) est un plus : certains commentaires sont à l'effet que le mode de rémunération n'encourage pas les congés rapides et les références au RAC ou aux cliniques externes car il est plus payant de les garder sur les unités et cela dilue un peu l'acuité des patients alités; Il est à espérer que ces idées sont marginales. L'ajout d'une infirmière au RAC (de 10:00 à 18:00) sera nécessaire pour absorber le volume;

111. Bien que ces décisions ne relèvent pas des médecins de l'urgence, il est à propos de cesser de demander de grossir l'hôpital comme solution incontournable aux problèmes rencontrés alors que des solutions plus innovantes existent. Si les changements à la loi le permettent, responsabiliser collectivement les médecins de première ligne et/ou généralistes en demandant que chacun s'engage à faire X visites à domicile, y compris en CHSLD et en RI-RPA, comme cela se fait partout en Europe, notamment pour les malades chroniques. Cette exigence devrait faire partie des contrats de GMF. Les CIUSSS ne parviennent pas à démarrer les SIAD faute de médecins participants. Soutenir l'importance de commencer à avoir une présence des médecins généralistes à domicile pour compléter le travail des infirmières cliniciennes et des IPS (pourquoi pas une obligation provinciale donnée aux GMF d'une banque d'heures à domicile désengorge les urgences;

112. Utiliser au maximum la gamme de services à l'extérieur de l'urgence pour les cas qui peuvent être pris par SAD, GAP, cliniques externes. Des initiatives sont en cours, notamment une pré-évaluation des ambulanciers appelés dans les RPA qui sont en contact avec les infirmières SAD et évitent des hospitalisations. Contrairement à certaines légendes urbaines, la ligne 8-1-1 est aussi très efficace pour éviter l'urgence, car seulement 20 % des appels se terminent avec une recommandation de se présenter à l'urgence;

113. Augmenter les heures d'accessibilité des GMF et leur obligation de prendre des références de P4-P5, avec et sans rendez-vous;

114. Respecter les protocoles de temps de consultation (de P1 à P5), ce qui serait plus facile si un deuxième médecin pouvait être sur place en soirée et la nuit;

115. Convenir que les demandes de consultations faites par les urgentologues soient répondues dans des délais plus courts qu'à l'heure actuelle et éviter les demandes de consultations non nécessaires des urgentologues aux spécialistes;

116. S'assurer que le médecin de garde réponde aux appels aux heures impopulaires... et avec courtoisie et se déplace si nécessaire : les demandes de consultations la nuit ne sont le plus souvent prises en charge que le matin, même dans les cas critiques, et cela impacte l'état de santé du patient. L'absence de résidents ne rend toutefois pas cette réalité facile.

117. Il serait justifié d'autoriser la couverture d'un médecin supplémentaire pour les soins intensifs et les étages de soir et de nuit: il est inacceptable que le médecin de l'urgence doive couvrir tout l'hôpital le soir et la nuit, alors que des patients très malades s'y trouvent, ce qui découvre l'urgence à chaque fois. Mieux couvrir tous les quarts, se présenter la nuit lorsque les spécialistes sont appelés;

- 118.** Un deuxième intensiviste serait requis car, en ce moment, un seul tient le fort et est de garde pour 15 lits. Cet ajout permettrait à l'urgentologue de se consacrer à ses patients de l'urgence;
- 119.** Informatisation des outils de travail : il est désolant de voir les médecins écrire leurs notes à la main sur papier alors qu'on ne peut les lire convenablement et que cela nuit à la sécurité des suivis;
- 120.** Regarder le bien-fondé des commentaires sur la ponctualité, quoique ce constat ne soit pas partagé par tous mais par plusieurs qui soulignent les retards importants et systématiques de certains cliniciens;
- 121.** Favoriser l'encadrement des nouveaux résidents : ceux-ci apprennent beaucoup dans un hôpital communautaire et sont éventuellement en mesure d'aider à gérer le flot;
- 122.** Prendre le temps de bien informer les familles sur les circonstances du décès et les référer à une ressource d'aide si requis;
- 123.** Ouvrir des corridors de collaboration avec les médecins de première ligne envers l'équipe médicale de l'urgence par une couverture plus forte des GMF, des IPS et infirmières à domicile au besoin (virtuel ou par déplacement) : le nouveau GMF-U devrait aider à prendre des P4-P5;
- 124.** Démontrer de l'ouverture sur la collaboration avec les médecins des autres urgences : attention à la culture des silos;
- 125.** Comme pour les autres intervenants, on note de la fatigue (pas toujours avouée par fierté) chez les médecins qui tiennent le fort. Comme pour tous les autres intervenants, il n'y a aucune honte à avoir de l'insight et à se sentir glisser vers un état dépressif ou blasé, vers une certaine insensibilité envers les malades parce qu'on est soi-même en besoin d'aide. Les mécanismes d'aide existent et il faut s'en servir;

AUTRES INTERVENANTS

- 126.** S'approprier les rôles et listes de tâches clarifiées pour les infirmières auxiliaires, les PAB, les aides de services, les agents administratifs et les commis qui devraient être affichés par les cadres;
- 127.** Faire des tournées régulières pour changer les patients, les alimenter et les hydrater;
- 128.** Si les commandes d'équipement sont faites avec diligence, il devient facile d'instaurer un système efficace et simple de vérification quotidienne en faisant une tournée tous les matins (approvisionnements) pour que la journée commence bien avec les bons outils de travail;
- 129.** Il en va de même pour les réparations : les civières notamment sont souvent brisées et utilisées dans cet état, il faut les réparer rapidement, il n'y a pas d'excuses valables;
- 130.** Se former à l'utilisation des machines lorsque nécessaire;
- 131.** Identifier sur les civières la liste d'éléments à compléter (checklist) avant qu'une personne sur civière quitte l'urgence;
- 132.** Accomplir ses tâches en conformité avec ses obligations pour ne pas laisser un fardeau supplémentaire à ses collègues de travail : il est souvent mentionné que certains travaillent moins que le requis pour se garder l'énergie de faire du temps supplémentaire en abondance. L'utilisation du cellulaire à des fins personnelles est en voie de devenir un véritable fléau dans le réseau des

soins et services et ne devrait faire l'objet d'utilisation personnelle qu'en cas d'urgence. La fierté du travail bien fait est évidente chez certains employés et il faudrait encourager davantage cette attitude;

133. Travailler en collaboration avec les collègues : offrir de l'aide aux collègues débordés. La culture de travail d'équipe et d'entraide est infiniment plus efficace;

134. Se former à l'utilisation des machines et de l'électronique lorsque requis;

135. Comme pour les autres intervenants, il faut mesurer sa capacité de travail et ne pas l'excéder. Les mécanismes d'aide existent et il faut s'en servir si la demande de service est au-dessus de ses forces. L'argent ne devrait pas être le critère premier pour déterminer sa prestation de services.

CONCLUSION

Quelques conditions préalables sont requises pour faire avancer les choses. Plusieurs comités ont été mis sur pied depuis 2018 et peut-être même avant, plusieurs contrats ont été élaborés par des firmes et de nombreux plans ont été élaborés à l'interne et par des instances externes (ministère) sans pourtant donner satisfaction et améliorer la qualité et les relations au travail.

Le CIUSSS a un nouveau PDG déterminé à faire de l'amélioration continue un de ses chevaux de bataille. La culture de travail multidisciplinaire, de participation doit se travailler en parallèle des paramètres qui assurent le succès de cette vision basée sur la culture de données. Pour aborder cette approche au Lakeshore et plus particulièrement à l'urgence, il faut savoir qu'il n'y parviendra pas seul ou avec sa PDGA.

Trop, c'est comme pas assez, comme on dit, et il faut mettre un terme à la pluie de recommandations et de comités qui ont fusé de toutes parts depuis des années, créant l'illusion que ça faisait avancer alors que ça semble plutôt créer de la confusion et paralyser les acteurs, d'où peut-être, l'impression très vivace souvent ressentie que rien ne se fait alors que ce n'est pas le cas, mais dans un ciel parsemé d'étoiles, qui remarque celle qui est ciblée? Pour que tout le personnel de l'urgence reprenne confiance (professionnels, médecins et cadres), se sente écouté et soutenu dans son environnement de travail et, du coup, soigne les personnes avec un maximum de compétence et de compassion et participe à redorer l'image de l'HGL, la nouvelle direction générale doit sonner une cloche d'alarme. Certaines personnes passent toute leur journée derrière leur ordinateur à assister à des rencontres qui se dédoublent et ne font pratiquement rien d'autre.

La période lune de miel en gestion ne dure pas toujours et c'est maintenant qu'il faut mener le bal, ce qui semble bien démarré. L'enjeu demeure la pérennité. Il faut aussi encourager le courage managérial et qu'il y ait de vraies conséquences pour les actes commis qui dérogent au code de déontologie ou même à la simple courtoisie dans les relations interpersonnelles. De nombreux comportements inacceptables sont tolérés, ce qui décourage les employés qui sont pleins de bonne volonté et veulent faire avancer les plans d'action.

Les articles de *The Gazette* indiquent que la sécurité et la qualité des soins ne sont pas toujours au rendez-vous. Il est clair que la direction générale a plusieurs chats à fouetter en dehors de cette urgence, mais comme lorsqu'un parent ayant un enfant malade apporte temporairement plus d'attention à celui-ci qu'aux autres, il est essentiel qu'un effort exceptionnel soit consenti pour aider cet établissement à s'assainir, à se développer, à travailler dans une atmosphère qui restera complexe, mais qui peut être améliorée. Il faut donc s'empresse d'y confirmer le transfert de la dotation et les remplacements de personnel, former et soutenir les cadres de première ligne en toute priorité et améliorer encore plus le flot des patients.

Travailler dans un hôpital n'a jamais été et ne sera jamais une sinécure : les patients les plus malades s'y concentrent, les horaires sont moins intéressants que dans les cliniques et les connaissances requises nécessitent une mise à jour constante. On y travaille dans un contexte qui peut faire la différence entre la vie et la mort des gens. Mais la fierté de travailler dans un établissement dont la réputation s'améliore motive le personnel et en attire davantage.

La nouvelle direction générale doit lancer un message clair d'orientation vers le *no shame, no blame* sincèrement vécu et non pas du *lip service*, vers la transparence, dans un cadre respectueux car, comme on dit : « Le soleil est le meilleur désinfectant ». Nous ne sommes pas dans un film de cowboys où les différents protagonistes se font face et veulent être les premiers à tirer et à abattre

l'autre. Nous sommes dans un milieu de professionnels où la clé du succès, là ou ailleurs, est le travail d'équipe. C'est un indice de maturité organisationnelle. Pourtant, tant les employés que les gestionnaires, tous se disent soucieux du bien-être des patients. Il est temps de le démontrer. Il faut davantage de confiance mutuelle, de décentralisation des prises de décision. Et cela passe par l'écoute (des patients, des collègues, des autres professionnels, des cadres, des employés de soutien, y compris l'entretien ménager), le dialogue, l'arrêt des justifications, l'humilité de se remettre en question à partir d'en bas jusqu'en haut, d'en haut jusqu'en bas, le passage à l'action et au contrôle de la qualité, *id est* la vérification que ce qui devait être fait a été vraiment fait et, sinon, le sera ou n'est plus à propos. C'est dans le concret que se font les avancées, en plus des grands principes que tous connaissent déjà bien.

Le nouveau projet de loi 15 va dans ce sens : « Revenir à une gestion de proximité, rendre imputables et plus accessibles les gestionnaires sur le terrain, permettre une plus grande contribution des employés à l'organisation du travail, rendre les gestionnaires plus accessibles aux employés, donner plus de possibilités au personnel de contribuer à identifier les besoins et les pistes de solution, libérer le personnel des activités à valeur non ajoutée pour qu'il ait plus de temps avec les usagers ».

L'idéal est de ne pas confier ce travail à une firme extérieure afin de responsabiliser les gens de l'interne qui sont amplement capables de relever leurs manches et de passer à l'action. Ils doivent s'appropriier le changement, c'est leur milieu de travail, ils y passent une bonne partie de leur temps.

L'idée d'avoir concentré le personnel d'encadrement supérieur dans une « tour d'ivoire » sur le boulevard des Sources n'était pas l'idée du siècle et ne correspond pas au concept de gestion de proximité. Bien que ce soit parfois judicieux de le faire pour les services administratifs, pour l'encadrement des services cliniques, les études en management à travers le monde confirment que c'est la décentralisation sur le terrain qui aide à motiver le personnel. Si les employés ne vous voient jamais, si vous êtes toujours enfermés dans un bureau, ou si vous ne venez qu'à l'occasion sur un site dont on vous a donné la responsabilité, vous ne parviendrez pas à créer des liens de confiance.

Il faut aussi vraiment continuer à pousser le dossier de la réfection de l'urgence et s'assurer que les bonnes personnes sont autour de la table pour la prise de décision (médecins, infirmières services techniques sont des incontournables). Le temps presse car de nouveaux événements indésirables ne sont pas à exclure dans l'environnement actuel.

La culture de l'organisation a beaucoup priorisé les comités, les études, mais le travail interdisciplinaire opérationnel, la culture de données et de suivis et la reddition de comptes détaillée sont à implanter. La médiatrice a déclaré forfait en octobre dernier et a déposé son rapport en 2022. Malgré tout, des actions ont tout de même commencé à être posées. Il faut encourager ceux qui ont eu le courage de s'accrocher et sont prêts à continuer. On ne monte un escalier qu'une marche à la fois : l'établissement doit commencer par quelques pas de danse de base très concrets, dont des exemples existent déjà ailleurs. Avec un premier succès, on respire mieux et on peut passer à la deuxième marche. Plein d'exemples se bousculent : transférer la publicité, l'embauche, la dotation et les remplacements du personnel dès maintenant aux cadres de l'urgence, prioriser l'embauche de personnel additionnel dans cette urgence pendant une certaine période, s'assurer que les outils de travail sont en nombre suffisant chaque matin, que les civières sont réparées dès que brisées, que les dossiers patients sont informatisés, que les outils informatiques sont à la portée

de tous et que chacun les utilise, dégager la longue ligne de civières appelée « le train », mieux staffer le CAR (RAC) « clinique d'accès rapide » (ajouter une infirmière de 10h à 18h) et inciter les spécialistes à y transférer des patients candidats aux congés précoces, insister pour obtenir l'autorisation ministérielle d'un médecin additionnel pour que le seul médecin à l'urgence le soir et la nuit ne soit plus obligé de se déplacer vers les étages ou les soins intensifs puisqu'il n'y a aucun médecin pour les couvrir (non sécuritaire dans le seul hôpital de l'ouest de l'île couvrant aussi une partie de la Montérégie Ouest) : voilà des gestes qui doivent, entre autres, être posés en priorité si on veut améliorer la sécurité des patients.

L'urgence d'un hôpital est un milieu exigeant où se présentent des citoyens parfois très malades de tous les âges et de toutes les conditions. Il est normal que ce travail ne convienne pas à tous, certains ne passent pas à travers même dans de meilleures conditions. Mais ceux qui choisissent d'y travailler doivent être désireux de toujours parfaire leurs connaissances et la qualité des soins qu'ils offrent. La formation continue est un élément clé de tous les bons hôpitaux. Le taux de mortalité de l'urgence de l'HGL est très élevé. Oui, les personnes très âgées sont plus nombreuses dans la population de l'ouest mais les P1-P3 (cas les plus graves) sont moins élevés dans cette urgence que dans plusieurs autres hôpitaux montréalais. Elle voit 25 % de clientèle en P4-P5 (cas moins graves) qui ne sont pas nécessairement référés vers la première ligne. L'urgence a besoin de personnel compétent, il faut que le personnel y soit bien formé, ait un bon jugement et une grande capacité d'écoute, peut-être plus qu'ailleurs, car il ne dispose pas de beaucoup de temps pour se faire une tête sur chaque cas. L'anxiété que vivent ces malades (et je répète, beaucoup sont très âgés) est énorme et parfois, un sourire, une pression de la main, un arrêt à la civière de quelques minutes (même si on est débordé) valent plus que tout pour la guérison, la littérature l'a amplement démontré. On ne peut pas toujours dire qu'on n'a pas le temps et qu'on est débordé. Sans parler des employés qui se cachent pour en faire moins et ne sont jamais pénalisés, ce qui semble être un motif de frustration assez répandu. Cette frustration a été exprimée lors de plusieurs entrevues.

On peut concrètement agir sur certains facteurs, tels le manque d'outils de travail et le changement de couches ou de draps plus fréquent pour aider les infirmières. Il faut non seulement clarifier les tâches des PAB, de l'entretien ménager et des aides de service (certains médecins et infirmières font eux-mêmes les changements de draps ou autres tâches auxiliaires plutôt que d'attendre interminablement) mais il faut que tous mettent la main à la pâte et que cesse ce petit jeu du chat et de la souris (les lieux de cachette sont bien connus). Des tournées régulières sont indispensables dans cet endroit surchargé de personnes et de matériel, ne serait-ce que pour s'assurer que chaque patient est réconforté et en sécurité. Les responsables doivent signaler ceux qui ne font pas leur travail, documenter ces cas et s'assurer, de concert avec les RH, qu'il y ait des conséquences.

L'établissement (employeur, médecins et professionnels) devra aussi faire l'effort dès à présent d'entrer dans l'ère virtuelle des soins. Le nouveau PDG et le nouveau DSP sont très motivés pour faire avancer ce dossier. En cela aussi, plusieurs établissements au Québec traînent la patte et pourtant, là réside une réponse partielle à la pénurie des ressources humaines.

Pour désengorger les urgences en amont et en aval, il faut soutenir les efforts des gestionnaires de SAPA qui ont des projets très intéressants. Il faut plus de télémédecine, plus de soins à domicile. On peut rêver de grossir les hôpitaux tant qu'on veut et pousser sur le ministère pour le faire, mais aucun pays occidental n'en a les moyens. C'est une solution vieillotte qui fait l'affaire de ceux qui ne veulent pas travailler en dehors des murs des établissements traditionnels ni changer leurs pratiques démodées. Un regard en dehors de la boîte, partout ailleurs dans le monde, nous confirme que le mouvement est vers l'amont et l'aval des hôpitaux, pas dans leur développement.

On ne peut changer le monde dès aujourd'hui mais il faut participer à la transformation du réseau car, de toute manière, elle est inévitable. L'HGL peut contribuer à ce changement : les intervenants sont en grande majorité désireux d'aller de l'avant. Il faut le faire mais en cessant de blâmer le voisin. Nos installations sont vétustes et favorisent le statu quo. Mais même avec les meilleures installations, l'esprit de collaboration doit être au rendez-vous et chacun doit se sentir autorisé à se positionner sur le mode solution et à avoir un impact, sinon, on tournera en rond et tous en paieront le prix.

On a suffisamment de listes de recommandations : ce sont les suivis concrets systématiques et surtout avec vérification des résultats qui manquent. La rigueur dans l'identification de cibles, d'échéanciers, de suivis et de vérifications que les suivis ont vraiment été faits font défaut. Il n'y a pas de reddition de comptes bien structurée. Un plan de gestion précis et par étapes pour l'urgence convenu par un comité de gestion multidisciplinaire et co-coordonné par les coordonnateurs médical et infirmier donnera du pouvoir aux professionnels. Ce ne devrait pas être la DSP ou la DSI mais les deux ensembles, un gage de succès. Simplifier les tableaux pour des acteurs débordés, c'est les respecter. Mettre l'énergie et l'accent sur l'action et non sur de nouvelles études externes ou internes, ce sera un investissement dans la qualité et l'humanité des soins et tous pourront être fiers de leur HGL rafraîchi et accueillant. Le temps n'est plus à la **documentation** de ce qui doit être fait mais à l'**action** de ce qu'on doit faire. Le temps n'est plus à regarder seulement le **quoi** mais le **comment**.

De nombreuses actions sont en cours ou en voie de l'être et qui vont dans le sens des constats et recommandations priorisés ici. Si la démarche est simplifiée, alimentée de la base et implantée par étapes en plus de démontrer que les suivis sont vraiment effectués et dans des temps clairement identifiés, le lien de confiance peut se retisser, condition *sine qua non* pour progresser. Plusieurs craignent que, si ces recommandations ne sont pas implantées, on assiste encore à un coup d'épée dans l'eau.

Mentionnons également que les professionnels de la santé ne sont pas des pions. Ce sont justement des professionnels qui ont investi dans des années d'études. On les a déplacés sans hésiter pendant la pandémie car on faisait face à une crise mortelle sans précédent. Par ailleurs, cela ne doit pas devenir un mode de gestion. Pour les recruter et les garder, il faut qu'ils travaillent dans un secteur qu'ils aiment, qui leur parle et pour lequel on leur offre un plan de formation continue et de soutien clinique. Si on les veut plus polyvalents, il faut au moins convenir de leur offrir la formation nécessaire pour bien remplir leurs nouvelles fonctions. Même là, si le domaine de soins ne les intéresse pas, la qualité peut en souffrir. Il faut également leur donner plus de flexibilité dans la confection de leurs horaires, et ce, dès maintenant, à l'urgence comme ailleurs. Ces facteurs sont importants pour arrêter l'hémorragie vers le privé.

La plus grande crainte des personnes rencontrées est qu'on assiste encore à un exercice qui va maintenir un fleuve de distance entre les cadres dirigeants et le personnel terrain et que les changements pratiques dont ils ont besoin ne seront pas mis en place et maintenus de façon pérenne.

En demeurant centrés sur la dignité des malades, leur bien-être, leur guérison et l'espoir qu'ils survivent, on remplit notre mission. Cela ne peut qu'être bénéfique pour les intervenants et le fonctionnement de leur milieu de travail. Seul un travail d'équipe par les gens de l'interne, de la personne qui lave le plancher au PDG, non seulement améliorera la qualité des soins à un niveau acceptable mais, ce faisant, aidera à remotiver des employés (toutes catégories confondues), à leur

redonner le sourire, ce dont ils ont besoin pour bien soigner et venir travailler avec une énergie renouvelée. L'embauche et la rétention s'amélioreront et le bouche-à-oreille se répandra qu'il fait bon travailler à l'HGL.