

Comment sauver des vies par un meilleur arrimage des services préhospitaliers d'urgence aux salles d'urgence ?

Communication dans le cadre de la Conférence 2007 de la SCAV
« AV/MV dans l'innovation : le développement de produits, projets et services »

Louise Beaudin, Corporation Urgences-santé
Chantal Gadbois, Raymond Chabot Grant Thornton

Montréal
20 novembre 2007

Raymond Chabot Grant Thornton 



Urgences-santé
Québec 

➤ **Partie I – Contexte de la réflexion**

Démarche de repositionnement stratégique pour l'intégration des services préhospitaliers d'urgence au grand réseau de la santé de Montréal et de Laval

- ✓ Enjeux et orientations préliminaires
- ✓ Choix d'organisation

➤ **Partie II – L'intégration des services préhospitaliers d'urgence**

L'expérience de la Corporation d'Urgences-santé pour l'intégration des services préhospitaliers d'urgence au grand réseau de la santé et des services sociaux de Montréal et de Laval

- ✓ Mise en place d'une structure de coordination
- ✓ Déploiement des processus transversaux
- ✓ « Monitoring » des résultats

Le défi actuel d'Urgences-santé

À partir de la mission légale actuelle,
faire évoluer la **vision** de la
Corporation...

...dans le sens d'une plus grande
intégration au grand réseau de
la santé et des services sociaux...

Le défi actuel d'Urgences-santé



Comment mieux intégrer ??



en repositionnant les grandes
fonctions d'affaires
de la Corporation

Défi N° 1 de l'intégration d'U-S

**Associer la Corporation
d'Urgences-santé aux
finalités du système de
soins de santé**

et clarifier ainsi la finalité clinique

Défi N° 2 de l'intégration d'U-S

Associer la Corporation
d'Urgences-santé aux finalités
du système de soins de santé
en maintenant la mission légale

**et positionner ainsi la mission
régionale**

Défi N° 3 de l'intégration d'U-S

**Associer la Corporation
d'Urgences-santé aux finalités
du système de soins de santé,
en maintenant la mission légale
et en faisant évoluer sa vision**

**recamper la vision en misant sur le rôle d'U-S
en qualité de premier maillon du continuum de
soins**

Défi N° 4 de l'intégration d'U-S

Associer la Corporation d'Urgences-santé aux finalités du système de soins de santé, en maintenant la mission légale, en faisant évoluer sa vision de façon concrète à l'intérieur d'un modèle d'affaires renouvelé

Redéfinir le modèles d'affaires et les grandes fonctions de l'organisation SSS

Contexte de la réflexion

Modèle d'affaires d'Urgences-santé

9

Réduire la mortalité due aux maladies et aux traumatismes ainsi que la morbidité, les incapacités physiques et les handicaps

Favoriser la protection de la santé publique

Sauver des vies et réduire la souffrance

En association avec des partenaires en qualité de 1^{er} maillon

Fonctions stratégiques

Administrer les affaires d'Urgences-Santé

Planifier l'offre de services préhospitaliers

Permettre l'accès à une salle d'urgence via la centrale de communication santé

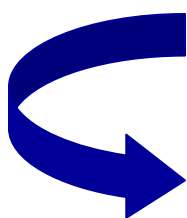
Rendre accessibles des soins préhospitaliers

Contribuer à la recherche, à l'enseignement universitaire et à l'avancement professionnel

Assurer la gestion courante des activités et des ressources

Défi N° 5 de l'intégration d'U-S

**Intégration
aux finalités
du système
de soins de
santé**

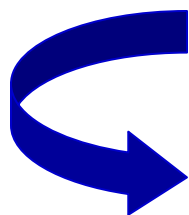


Faire évoluer les rôles et responsabilités du conseil d'administration en s'inspirant du cadre législatif prévalant pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux

**Revoir les rôles et responsabilités du
C.A.**

Défi N° 5 de l'intégration d'U-S

**Intégration
aux finalités
du système
de soins de
santé**



**Faire évoluer les rôles et
responsabilités de la direction en
s'inspirant du cadre législatif
prévalant pour les établissements du
réseau de la santé et des services
sociaux**

**Revoir les rôles et responsabilités
de la direction**

PARTIE II - L'intégration des services préhospitaliers d'urgence

L'expérience de la Corporation d'Urgences-santé pour l'intégration des services préhospitaliers d'urgence au grand réseau de la santé et des services sociaux de Montréal et de Laval

***Pour une
compréhension partagée***

L'intégration des services préhospitaliers d'urgence

Mise en place d'une structure de coordination

13

Mise en place de **trois tables de concertation** et d'échange composées d'intervenants du réseau préhospitalier et hospitalier, soit :

1. Le **comité de coordination stratégique** composé de représentants des deux Agences de notre territoire et de la Corporation d'urgences-santé.
 - Le mandat est de favoriser l'intégration des soins et des services préhospitaliers dans les nouveaux modèles d'organisation de services du réseau par l'arrimage accrue des orientations des trois partenaires (ex : personnes âgées, santé mentale...)

L'intégration des services préhospitaliers d'urgence

Mise en place d'une structure de coordination

14

Mise en place de **trois tables de concertation** et d'échange composées d'intervenants du réseau préhospitalier et hospitalier, soit :

2. Le **comité de coordination opérationnelle**, composé de représentants des Agences, des RUIS, des CSSS et de la Corporation d'Urgences-santé
 - Le mandat est d'assurer la coordination des activités préhospitalières avec les partenaires du réseau afin d'opérationnaliser les orientations retenues (le bon patient à la bonne place, patient connu, flot plus constant, rapatriement de la clientèle, etc.)

L'intégration des services préhospitaliers d'urgence

Mise en place d'une structure de coordination

15

Mise en place de **trois tables de concertation** et d'échange composées d'intervenants du réseau préhospitalier et hospitalier soit :

3. Le **groupe de travail sur la gestion de l'information**, composé de représentants des Agences, des CSSS et de la Corporation d'Urgences-santé
 - Le mandat est de créer un lien permettant le développement, la gestion et l'analyse d'informations provenant de chaque partenaire (informations sur les différents problèmes de santé durant les périodes de SMOG, lieux des accidents impliquant un piéton, etc.)

L'intégration des services préhospitaliers d'urgence

Mise en place d'une structure de coordination

16

4. Participation aux rencontres du comité de coordination national des urgences
5. Membres du comité de gestion des urgences pour la région de Montréal visant à développer des plans de réduction de la fréquentation des salles d'urgence
6. Embauche conjointe, entre Urgences-santé et les deux agences de notre territoire, d'un chargé de projet afin d'améliorer le transfert et la prise en charge des patients en salles d'urgence et mise sur pied d'une équipe d'amélioration multi (infirmières de salles d'urgence, paramédicaux, cliniciens, etc.)

L'intégration des services préhospitaliers d'urgence Déploiement des processus transversaux

17

- ✓ Nous avons débuté en identifiant les problèmes rencontrés dans les salles d'urgence par les services préhospitaliers conjointement avec les partenaires.
- ✓ Dans certains cas, nous avons procédé par des revues de processus conjointement avec nos partenaires pour identifier les zones d'amélioration, d'autres fois en utilisant des techniques d'amélioration comme Kaizen.

➤ Situations initiales

- ✓ Les patients transportés par ambulance étaient amenés dans les Centres hospitaliers (CH) où ils étaient peu ou pas connus
- ✓ Trop de patients étaient amenés dans certaines urgences
- ✓ Le flux de patients était très important à certains moments de la journée

L'intégration des services préhospitaliers d'urgence

Déploiement des processus transversaux

19

➤ Objectifs

- ✓ Réduire les détournements d'ambulances
- ✓ Avant l'implantation des nouveaux processus, on comptait en moyenne 600 fermetures de salles d'urgence par mois
 - ◆ Réduire de 2 400 heures d'accès
- ✓ Réduire les engorgements dans les salles d'urgence avant l'implantation des nouveaux processus
 - ◆ Avant l'implantation des nouveaux processus, la capacité d'accueil et l'achalandage n'étaient pas considérés
- ✓ Favoriser la continuité des soins en privilégiant l'appartenance territoriale et clinique

➤ Processus transversaux

- A) La capacité d'accueil des CH est actuellement en révision afin de tenir compte du nombre de lits et du type de clientèle
- B) Les règles d'appartenance ont été développées permettant d'amener les patients dans le CH où ils sont traités
- C) La régulation du flux de patients arrivés en ambulance ont permis d'éviter les arrivées massives et de rendre prévisible l'arrivée des ambulances d'une heure à l'autre, d'une journée à l'autre

L'intégration des services préhospitaliers d'urgence « Monitoring » des résultats

21

Chaque objectif d'amélioration a été suivi à l'aide d'un indicateur de résultats afin de suivre l'atteinte de nos objectifs

Indicateurs de performance	Description de l'indicateur
Informations générales	
Nombre de patients transportés par Urgences-santé suite à un appel urgent	
Nombre de patients transportés par Urgences-santé suite à une demande d'un établissement	
Volet capacité d'accueil	
Taux de respect des capacités d'accueil hebdomadaires	
Taux de respect des capacités d'accueil périodiques	
Nombre de patients provenant des régions limitrophes, à Montréal et à Laval, à destination d'une salle d'urgence	
Proportion des patients provenant des régions limitrophes qui sont signalés au CCS d'Urgences-santé	

Indicateurs de performance	Description de l'indicateur
Volet Appartenance	
Proportion des patients faisant partie des cas spécifiques ou d'appartenance	
Nombre quotidien de transferts ² interétablissements à destination d'une salle d'urgence	
Nombre de refus de transports par jour dû au non respect du choix du patient	
Proportion des cas spécifiques ou d'appartenance figurant au RIP correspondant au cas spécifique ou d'appartenance demandé au répartiteur du CCS	
Distance moyenne parcourue entre le lieu de l'incident et l'hôpital de destination (kilomètres)	
Proportion des patients classifiés « cas généraux » adultes transportés au centre hospitalier de leur CSSS	

L'intégration des services préhospitaliers d'urgence « Monitoring » des résultats (suite)

Indicateurs de performance	Description de l'indicateur
Temps moyen passé en centre hospitalier par les équipes d'Urgences-santé (minutes)	
Nombre moyen d'arrivées massives par jour ³ Moyenne quotidienne des écarts absolus entre les quotes-parts prévues et les quotes-parts réelles	

Notes biographiques client et conseiller Raymond Chabot Grant Thornton

23

- Mme Louise Beaudin est vice-présidente exécutive au sein de la Corporation d'Urgences-santé. Titulaire d'un baccalauréat en relations industrielles et d'une maîtrise en développement organisationnel, Mme Beaudin assume des fonctions d'encadrement supérieur au sein de la Corporation depuis l'an 2000. Elle connaît bien le réseau de la santé et des services sociaux pour avoir occupé, au cours des 20 dernières années, des fonctions à la Direction des ressources humaines au Centre hospitalier Pierre-Boucher ainsi qu'à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Notes biographiques client et conseiller Raymond Chabot Grant Thornton

24

- Mme Chantal Gadbois est infirmière de formation. Titulaire d'une maîtrise en soins infirmiers, d'une maîtrise en administration publique, concentration management public et d'un diplôme de 2e cycle en droit de la santé, Mme Gadbois possède plus de 25 années d'expérience diversifiée, notamment à des fonctions d'encadrement supérieur et intermédiaire au sein d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Aujourd'hui, elle est directrice de pratique au sein du Groupe-conseil stratégie et performance du cabinet Raymond Chabot Grant Thornton.

La Corporation d'Urgences-santé a pour mission de planifier, d'organiser et de coordonner l'organisation des services préhospitaliers d'urgence, y compris de mettre en place un service de premiers répondants. La mission de la Corporation consiste également à exercer les fonctions d'exploiter un centre de communication santé et un service ambulancier. Au printemps 2006, la direction a entrepris une démarche de repositionnement stratégique de la mission de l'organisation.

Dans le cadre des travaux visant à confirmer la mission de l'organisation, des conceptions divergentes quant à la raison d'être ont émergé. Au cœur des questionnements, le rattachement de la Corporation au secteur public a fait l'objet de diverses hypothèses. Doit-on rattacher la mission à la sécurité civile et évoluer vers un modèle d'équipe policier-pompier-ambulancier ou est-il plus approprié de rattacher la mission au grand réseau de la santé et des services sociaux?

Pour soutenir ses réflexions, la direction a entrepris une démarche visant à revisiter son modèle d'affaires. Dans le cadre de cet exercice, un modèle fonctionnel a été conçu. Après analyse, la direction a défini les grandes fonctions corporatives comme suit :

- (1) planifier l'offre de services préhospitaliers
- (2) rendre accessibles des soins préhospitaliers d'urgence
- (3) permettre l'accès à une salle d'urgence par l'intermédiaire de la centrale de communication santé
- (4) contribuer à la recherche universitaire et à l'avancement professionnel
- (5) administrer les affaires de la Corporation
- (6) assurer la saine gestion des ressources

Dans la foulée de cette réflexion confirmant le rattachement de la Corporation au grand réseau de la santé et des services sociaux, des actions concrètes ont été déployées pour intégrer l'organisation aux partenaires du réseau de la santé et des services sociaux de Montréal et de Laval. Au terme de cette intervention, Urgences-santé tend vers l'actualisation de sa vision comme maillon du continuum de soins et services, tout en maintenant son rôle de partenaire privilégié auprès de la sécurité civile.