



Histoire de cas

Le C4 du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

De l'idéation à la mise en œuvre

PAR :

Ariane-Hélène Fortin, M.Sc.

Chargée de projets – accompagnatrice, Pôle santé HEC Montréal

Johannie Laliberté-Gagné

Étudiante à la M.Sc. en gestion, ESG-UQAM

AVEC LA COLLABORATION DE :

Joanne Côté

Direction de la Qualité, Transformation, Évaluation, Valorisation,
Éthique & Soins virtuels
CIUSSS Centre-Ouest-De-L'Île-De-Montréal

Erin Cook

Direction de la Qualité, Transformation, Évaluation, Valorisation,
Éthique & Soins virtuels
CIUSSS Centre-Ouest-De-L'Île-De-Montréal

Denis Chênevert, Ph.D.

Professeur titulaire
Directeur du Pôle santé HEC Montréal

Vanessa Fayolle, M.Sc.

Chargée de projets, Pôle santé HEC Montréal
Coordonnatrice de l'axe gestion du changement,
Unité SSA

Septembre 2023



Table des matières

Résumé	4
La gestion du flux de patients : le casse-tête de l'Hôpital Général Juif	4
Une urgence fort achalandée	4
Le projet inspirant du Dr Rosenberg	5
Le travail préparatoire et les premiers tableaux de bord sur la fluidité	6
La pandémie de COVID-19 comme catalyseur	6
Un large travail de cartographie des flux de patients et la création de comités	7
Une direction médicale pour la fluidité hospitalière	8
Les premiers tableaux de bord sur le flux de patient	9
Création du poste de coordonnateur du C4	13
L'effet des premières « tuiles » sur la fluidité	14
Le C4 prend son envol	15
Le projet pilote : les relations et la collaboration au cœur du C4	15
Le point tournant : la communication et la collaboration	18
La clôture du projet pilote du C4	21
La structure de gouvernance du C4 : les UPI comme modèle	21
Le prochain enjeu à travailler au C4 : les patients en niveaux de soins alternatifs (NSA)	22
Le défi des données : l'accessibilité et la qualité	24
Les tableaux de bord NSA/FRA	25
La création des caucus NSA	27
Des dizaines d'opportunités d'amélioration	27
Le précieux rôle de la coordonnatrice du C4	28
L'impact des travaux du groupe NSA	29
Le C4 : un lieu physique et virtuel	29
Le retour au poste des membres du groupe de travail	30
L'ajout du volet sur la santé mentale au C4	31
Détermination de la stratégie	31
Les ateliers : la durée moyenne de séjour et la liste d'attente	32
Les soins virtuels du CCOMTL propulsés par le C4	33
Hospitalisation @ domicile	34
Un satellite du C4 à l'urgence	36
Le C4 en soutien aux objectifs et directives ministérielles	37
Des résultats parlants pour le C4	39
Une amélioration de plusieurs indicateurs	39
Des bénéfices intangibles : décloisonnement, collaboration, responsabilisation et imputabilité	40

Les prochaines étapes du C4	42
L'intégration de l'intelligence artificielle : Maisha Labs	42
Applications, textos et alertes	42
Le déménagement du C4.....	43
Les prochaines priorités, les prochains satellites	44
La pérennisation des ressources humaines et financières.....	44
L'évaluation du centre de commandement.....	44
La transférabilité du C4 : Leçons et apprentissages pour les autres établissements.....	44
Bibliographie	47
Annexe 1 : L'agenda d'une journée au C4.....	48
Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées et de leur fonction (au moment de la rencontre)	49

Résumé

Le C4 du CIUSSS Centre-Ouest de Montréal (CCOMTL) est né d'une forte volonté stratégique de faciliter le pilotage de la fluidité des patients dans l'établissement. Inspiré par les centres de commandements d'autres hôpitaux canadiens et américains, le C4 se concentre sur l'expérience exceptionnelle de soins et services par le biais du **C**ontinuum de soins, d'une **C**ommunication efficace, d'une **C**ollaboration d'interdirectorats et de **C**réativité (*Care Continuum, Collaboration, Communication & Creativity*), d'où il tire son nom. Il a pris forme au cœur des premières vagues de la pandémie de COVID-19. La démarche de création, coordonnée par la Direction de la qualité, transformation, évaluation, valorisation, éthique clinique et organisationnelle et des soins virtuels (DQTEVE-SV), a rassemblé le directeur général adjoint (DGA), plusieurs directions cliniques et des directions dites de soutien, afin de développer une vision commune, de construire des tableaux de bord répondant à leurs besoins et de trouver des mécanismes de coordination mobilisateurs et efficaces pour améliorer la gestion du flux de patients au quotidien. Ainsi, le C4 a été développé de manière progressive et itérative en intégrant différents volets successifs. Précisément, le développement des premiers volets du C4 a été réalisé par une équipe d'acteurs décisionnels et de leaders cliniques rassemblés en groupe de travail réuni dans un même lieu pendant une période de plusieurs semaines, créant ainsi des liens étroits et favorisant la collaboration. Aujourd'hui, le C4 permet non seulement l'amélioration du flux de patients au sein de l'ensemble du CCOMTL, mais également la diminution et le contrôle du nombre de patients en niveau de soins actifs et de plusieurs autres indicateurs ciblés. En outre, l'initiative continue de se développer et contribue à faire du CCOMTL une organisation agile et apprenante.

Note : Ce cas a été rédigé à partir de rencontres réalisées principalement en 2022.

La gestion du flux de patients : le casse-tête de l'Hôpital Général Juif

Une urgence fort achalandée

L'Hôpital Général Juif, le centre hospitalier du CCOMTL, possède l'urgence la plus achalandée du Québec avec 90 000 visites par année (en moyenne un patient toutes les six minutes). D'ailleurs, la demande grandissante pousse l'établissement à vouloir améliorer sa performance pour pouvoir continuer d'offrir des soins à tous les patients qui s'y présentent, qu'ils proviennent ou non de son territoire désigné. Dans les faits, plus de la moitié des patients se présentant à l'urgence ne sont pas du territoire du CCOMTL, soit 57 %. De ce nombre, environ 35.5 % ne sont pas de la région métropolitaine de Montréal. Dans ce contexte, l'amélioration de la gestion du flux hospitalier est un enjeu primordial pour l'établissement et constitue une préoccupation récurrente.

Jusqu'à-là, la gestion du flux de patients est réalisée par une coordonnatrice de fluidité relevant de la Direction des services professionnels (DSP), épaulée de trois médecins coordonnateurs (urgence, médecine interne et médecine familiale). Ce mode de fonctionnement pose d'importants défis de plusieurs ordres. D'abord, avec une telle configuration de l'équipe, toute la responsabilité du flux relève des services professionnels, alors que cela doit être fait en étroite collaboration avec les soins infirmiers, explique Mme Joanne Côté, directrice de la qualité, transformation, évaluation, valorisation, éthique clinique et organisationnelle et des soins virtuels (DQTEVE-SV). Par ailleurs, la volonté d'appuyer la coordonnatrice de fluidité de médecins coordonnateurs est une bonne idée en soi, mais dans les faits, la mobilisation autour d'enjeux systémiques demeure limitée. Mme Côté explique :

« Les responsabilités des médecins coordonnateurs se font en surplus de leurs fonctions et c'est très exigeant à soutenir jour après jour. [...] De plus, les médecins ne se parlent pas nécessairement entre eux, ils sont interpellés au besoin par la coordonnatrice de fluidité. »

Afin de créer plus de capacité avec le même nombre de lits sur les unités le PDG, Dr Rosenberg, instaure en 2017 une politique du flux de patient. Entre autres, cette politique fixe des objectifs précis en termes de

flux de patient à atteindre, par exemple, le nombre de patients vus par un médecin à l'intérieur de 20 minutes, le nombre de prises en charge en moins de deux heures, le nombre de consultations avec un médecin spécialiste. Toutefois, l'application de la politique et l'atteinte des objectifs restent difficiles pour différentes raisons. D'une part, ce défi semble lié entre autres à un manque d'incitatifs et d'imputabilité : « il n'y avait pas nécessairement quelqu'un qui était désigné responsable [pour faire] des audits », explique Mme Côté. La cheffe en chirurgie générale, Dre Shannon Fraser, aujourd'hui également directrice médicale du C4, abonde dans le même sens :

« [la politique de flux] n'était pas suffisante, pour l'imputabilité [...] comme pour les délais en consultation, on attendait des heures avant de dire « j'attends déjà depuis quatre heures pour une consultation en neuro ». Ce n'est pas automatique. Il n'y avait pas quelqu'un responsable de suivre et d'appeler pour valider pourquoi les consultations ne sont pas complétées. La communication était un peu brisée. »

D'autre part, les données disponibles pour appuyer la mesure de performance et la prise de décision posent problème : « [...] Les rapports produits n'étaient pas en temps réel, c'était toujours trois semaines après la fin de la période, donc tu fonctionnes toujours en décalage. C'était très difficile ainsi de mobiliser l'organisation », ajoute-t-elle.

Erin Cook, directrice adjointe de la DQTEVE-SV, explique également :

« On n'était pas capable de faire débloquer des enjeux de fluidité avec cette structure-là. On n'avait pas de données non plus. On fonctionnait avec le tableau des lits où on a des lits vides, mais ce ne sont pas des données actionnables (exploitables), il n'y avait pas de vue macro. Toutes ces décisions reposaient sur la coordinatrice des lits, ses compétences et ses connaissances, sans avoir d'autres outils pour partager la responsabilité et l'imputabilité. Donc ça ne bougeait pas. »

Afin de l'outiller dans l'exercice de ses fonctions, la coordonnatrice de la fluidité hospitalière, Maria Kosma, infirmière clinicienne de profession, suit un programme de formation sur la gestion des flux de patients à l'*Institute for Healthcare Improvement (IHI)*¹, à Boston aux États-Unis. Dans le cadre de ce cursus, elle visite des établissements performants qui utilisent des données détaillées en temps réel.

Inspirée des meilleures pratiques en gestion de flux et soutenue par sa direction, la coordonnatrice crée des tableaux de bord sur l'état d'occupation des lits des unités de soins et de l'urgence. À cette fin, elle transmet l'information dans un rapport envoyé par courriel à près de cent acteurs clés, deux fois par jour (8 h et 14 h). Bien que pertinents et utiles, ces rapports ne présentent cependant pas toute l'information espérée dans un monde idéal. En effet, les rapports ne permettent pas d'avoir une vue globale sur la situation, car l'information ne met pas en relation la demande (besoin de lits) et l'offre (occupation des lits) de façon complète, ce qui rend les données diffusées difficilement utilisables pour la prise de décision. Dans cette perspective, il devient clair que pour aller plus loin avec la gestion du flux hospitalier, il faut trouver des mécanismes engageants, voire d'autres outils pour partager la responsabilité et l'imputabilité, souligne la directrice adjointe de la DQTEVE-SV, Mme Cook.

Le projet inspirant du Dr Rosenberg

Le PDG, Dr Lawrence Rosenberg, porte l'idée d'un centre de commandement depuis plusieurs années. Il est inspiré d'autres hôpitaux qui ont mis en place une initiative similaire afin d'améliorer la fluidité hospitalière, comme c'est le cas de l'hôpital *Humber River*, à Toronto. En effet, le centre de commandement de *Humber River* connaît un grand rayonnement et cela incite une délégation de directeurs du CCOMTL à organiser une visite en 2019 pour mieux comprendre le fonctionnement de ce centre torontois. Ce qu'ils y voient là-bas suscite l'enthousiasme et permet à l'équipe de se créer une vision quant à l'avenir du CCOMTL.

Ainsi donc, la direction générale souhaite s'engager dans la démarche de la mise en place d'un centre de commandement et envisage d'emblée deux possibilités; soit l'implantation d'un système clés en main ou

¹ *IHI Hospital Flow Professional Development Program*

bien le développement de son propre système. Pour ce faire, elle rencontre différentes firmes, comme GE, qui proposent des solutions clés en main déjà implantées dans de nombreux hôpitaux aux États-Unis et au Canada. Au premier abord, les possibilités sont impressionnantes, mais réflexion faite, l'équipe estime que l'offre n'est pas suffisamment personnalisable en fonction de leurs besoins et de leurs spécificités. Par ailleurs, le CCOMTL n'est pas seulement un centre hospitalier; il constitue également un réseau intégré incluant plusieurs installations de première ligne, de réadaptation et de soins de longue durée. C'est pourquoi le centre de commandement doit pouvoir suivre la fluidité pour l'ensemble des sites et pas seulement à l'hôpital. Or, avec des systèmes clés en main, les infrastructures technologiques et les systèmes d'information actuellement en place dans l'établissement auraient rapidement posé des problèmes. À ce propos, le directeur général adjoint, Dan Gabay, se souvient de leur réflexion :

« Le modèle d'affaire de GE, un centre de commandement central qui rationalise toutes les missions et toutes les fonctions à l'intérieur d'une entité [...] nécessite énormément de ressources. Ce n'est pas réaliste, faisable et viable au Québec, car on reste restreint au niveau des investissements qu'on peut faire dans les systèmes et au niveau des ressources qu'on peut mobiliser. »

Les centres de commandement en milieux hospitaliers

« Le centre de commandement est un système d'exploitation centralisé qui rassemble les données déjà collectées dans [un] hôpital, afin que des décisions plus éclairées puissent être prises sur la manière d'améliorer l'efficacité globale et de fournir de meilleurs soins » [Traduction libre] ([Humber command center](#)). Ainsi, le personnel se réfère à des écrans où des tableaux de bord numériques affichent des données en temps réel. Cette information exploitable sur l'état de plusieurs indicateurs permet une prise de décision plus efficiente et rapide. Un centre de commandement permet de transformer de l'information fragmentée en données significatives et actionnables directement par les équipes cliniques.

Source : Humber command center

Ainsi, il a été décidé de ne pas opter pour un modèle existant, mais de se créer un modèle local. La direction juge tout de même nécessaire d'identifier un partenaire dans le développement de certains tableaux de bord prédictifs mobilisant l'intelligence artificielle pour de l'apprentissage automatique (*machine learning*) : ce sera la firme Maisha Labs.

Le travail préparatoire et les premiers tableaux de bord sur la fluidité

La pandémie de COVID-19 comme catalyseur

Dès que la menace d'une pandémie a commencé à peser, le ministère de la Santé et de Services sociaux cible l'Hôpital Général Juif pour recevoir les patients atteints de la COVID-19. Il devient alors évident que les enjeux de gestion de lits risquent d'être exacerbés si la menace se concrétise. En mars 2020, lorsque la pandémie est décrétée et l'urgence sanitaire mise en place, l'équipe est rapidement préoccupée par le maintien de ses activités minimales avec le flux des patients atteints de COVID-19 qui augmente en flèche. Parallèlement, par le délestage de nombreux soins et services, la pandémie provoque un dégagement sur les unités de soins moins concernées par les hospitalisations liées à la COVID-19.

Cette conjoncture crée une occasion de faire autrement et de mettre en œuvre l'idée du centre de commandement. Le Dr Rosenberg confie cette mission à la DQTEVE-SV, sous la direction du directeur général adjoint Dan Gabay. Celui-ci précise la principale raison qui justifie cette décision : « on estime qu'en attribuant le centre de commandement à une direction corporative et non clinique, qui est transversale à toute l'organisation, on éliminait les possibles enjeux politiques et de territoires entre les directions sur certains thèmes sensibles ou zones franches ».

À ce moment, la question de la légitimité du propriétaire de projet est importante selon Dan Gabay : « on donnait un poids et de l'importance au mandat pour assurer son succès [...] tu as besoin d'un acteur de poids, niveau PDGA, DGA [...] parce que tu as besoin de mobiliser ton comité de direction pour ce projet. Tu ne peux pas faire autrement ».

En mai 2020, un chargé de projet spécialiste en procédé administratif de la DQTEVE-SV, Nicolas Seca-Masot est nommé pour agir en tant que facilitateur et gestionnaire de projet dans cette démarche et un large comité exécutif est également mis en place. Il réunit toutes les directions cliniques du CIUSSS, incluant la réadaptation et les services multidisciplinaires (DRSM), la santé mentale (DPSMD), le soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) – hébergement et soins à domicile, la direction des services professionnels (DSP), la direction des soins infirmiers (DSI), et la DQTEVE-SV. Plusieurs chefs médicaux font aussi partie de ce comité exécutif, comme le chef de l'urgence, le chef de la médecine interne et la cheffe de la chirurgie générale. Dan Gabay souligne l'importance de rallier toutes ces différentes directions :

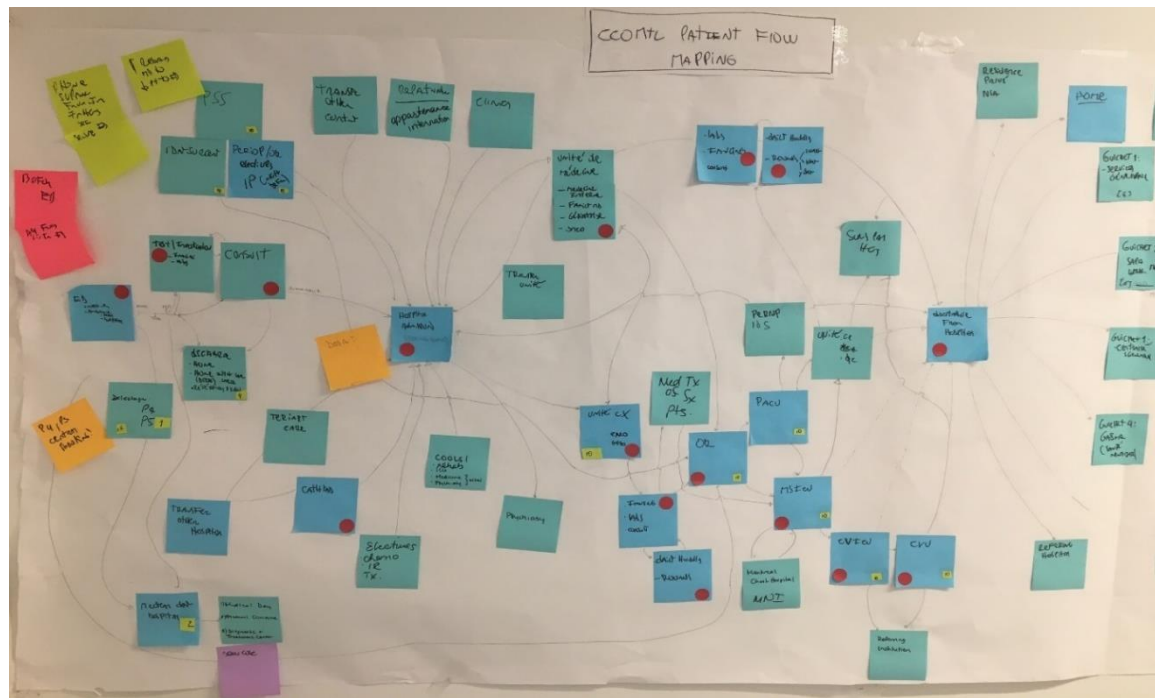
« Quand vous parlez de flux de patients et que vous touchez un lit, vous avez absolument besoin d'une dimension médicale, d'une dimension infirmière et d'une dimension multidisciplinaire, parce que ces trois dimensions cliniques impactent la réalité du patient au quotidien, et cela, indépendamment du lit et pour toutes les activités cliniques d'une organisation. »

Les directions travaillent tous ensemble autour d'une thématique commune, la fluidité, en visant la recherche de solutions et non de coupables. Cette façon de faire nécessite parfois une période d'apprentissage. Dan Gabay témoigne :

« [au début], c'était drôle de voir l'infirmière dire que le problème c'est le médecin et de voir le médecin dire que le problème c'est l'infirmière, ou c'est le multidisciplinaire. Ce qui nous amusait, c'était qu'à la conclusion de chacune des rencontres on retrouvait toujours le même thème. Ultimement, c'était de dire : il n'y a pas un porteur plus gros qu'un autre, chacun a sa part de l'équation. »

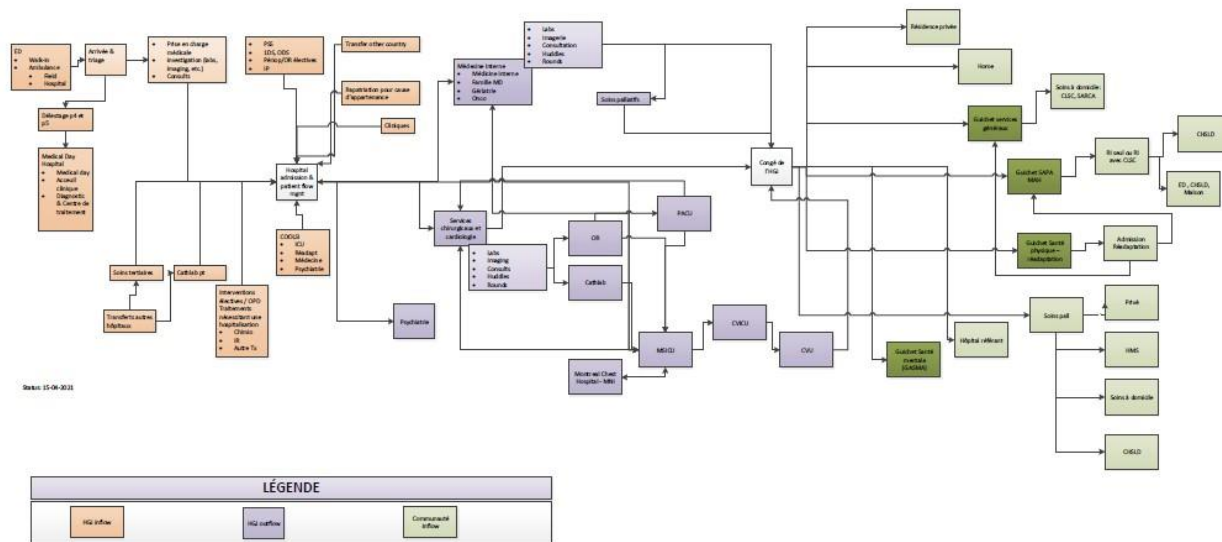
Un large travail de cartographie des flux de patients et la création de comités

La première étape pour espérer améliorer le flux des patients consiste à construire une cartographie de tous les flux hospitaliers. Le comité exécutif constate en effet qu'une telle cartographie n'a encore jamais été réalisée. Nicolas Seca-Masot dirige la démarche de cartographie de la trajectoire hospitalisée des patients. Pour collecter l'information auprès des acteurs terrain, il conduit près d'une centaine d'entretiens auprès de médecins, d'infirmières et de professionnels de différentes disciplines sur une durée de neuf mois afin d'identifier les défis et les barrières à la fluidité des patients au CCOMTL. Il est parfois accompagné de certains membres du comité exécutif, dont la cheffe de chirurgie générale, Dre Shannon Fraser.



Première version de la cartographie avec post-it

Après plusieurs mois de travail, la cartographie prend forme. Des centaines d'enjeux qui ont un impact sur la fluidité sont identifiés. Ils sont regroupés sous onze thèmes, comme l'accès à l'information, l'utilisation des lits, des pratiques cliniques qui diffèrent, la gouvernance des projets, l'accès à l'imagerie et autres. Ces résultats d'analyse sont présentés aux acteurs qui ont été rencontrés lors des entretiens. La responsable de la planification des congés, Suzette Chung, se rappelle que : « tout a été fait en transparence, ils nous mettaient au courant d'où on s'en allait avec cela. Ce qui est très bien avec notre CIUSSS, c'est qu'il y a une bonne fluidité de communication avec nos leaders dans l'organisation ».



Cartographie simplifiée niveau macro (2021)

Cependant, le retour sur la démarche fait ressortir principalement des enjeux hospitaliers. Comme l'explique Joanne Côté, la portée du centre de commandement que la direction souhaite créer doit être élargie à l'ensemble du CIUSSS :

« Le CIUSSS, ce n'est pas juste l'hôpital. Il y a eu un ajustement à faire. [...] La perception que c'était toujours centré sur l'hôpital était très marquée. Il fallait sortir de ce carcan pour dire : "quand je regarde une trajectoire de soins, l'hôpital, c'est une petite boîte sur une trajectoire". »

À ce moment-là, cinq enjeux ont été priorisés (p. ex. : les services de proximité en première ligne, la fluidité à l'urgence, le processus de congé). Des comités de travail sont créés pour chacun d'eux. Dans une approche de gestion de projet, les comités sont accompagnés par une ressource de la DQTEVE-SV et dirigés par un leadership opéré en duo ou en trio, typiquement par un médecin, un membre de la direction des soins infirmiers et un professionnel de la direction des services multidisciplinaires. L'intention de la direction générale adjointe est de développer à travers ces thèmes des indicateurs qui pourraient être suivis par l'entremise d'un centre de commandement.

Une direction médicale pour la fluidité hospitalière

De leurs initiatives précédentes, l'équipe de la DQTEVE-SV comprend que la gestion de la fluidité nécessite d'une part, l'engagement de tous les professionnels et d'autre part, la nécessité d'un leadership et d'une présence médicale au plus près des opérations. Dan Gabay explique :

« Les médecins sont hyper occupés. Et, contrairement à d'autres ressources, le médecin n'est pas salarié du système de la santé. De facto, je ne peux pas organiser la charge de travail du médecin. Le médecin travaille avec nous, mais pas pour nous. Cette subtilité est très importante dans la dimension de fluidité. »

Cette nuance fait en sorte que pour susciter l'engagement médical et la collaboration, il semble nécessaire qu'ils aient un interlocuteur médecin qui comprenne bien leur réalité, leurs enjeux, et avec qui ils partagent un langage commun, pour rassembler et coordonner leurs efforts.

Dans cet objectif, un poste de directeur médical du C4 est créé dans le but de gérer le flux des patients au niveau médical. Ce poste est rémunéré à partir des fonds de la fondation de l'Hôpital Général Juif. Le Dr Rosenberg interpelle la cheffe en chirurgie générale, Dre Shannon Fraser, pour occuper cette fonction. Ce choix semble évident, puisque la Dre Fraser est déjà une alliée importante depuis le début de la COVID-19, impliquée dans la gestion du flux de patient à l'urgence et en contact direct avec les médecins pour la gestion de la pandémie. Dre Fraser démontre un intérêt et un fort engagement à améliorer la fluidité. De plus, avec la COVID-19, sa pratique élective diminuée la dégage suffisamment, au moment de sa nomination, pour réaliser ce nouveau rôle.

Ce rôle se doit d'être neutre et Dre Fraser semble effectivement en bonne position : « je n'utilise presque pas de lits, parce que je fais des chirurgies d'une journée, et c'était pour cela que j'avais de la crédibilité, je ne voulais pas les lits pour moi-même, c'était pour tout le CIUSSS. »

Le rôle de directrice médicale du C4 ne vient en aucun temps remplacer celui de DSP dans l'organisation, il vient le compléter. Dans les faits, son rôle est plus opérationnel et sa pratique clinique lui permet d'être près du terrain et des médecins. Ses responsabilités sont de communiquer avec le corps médical sur tout ce qui concerne la fluidité des patients. Comme l'explique Dan Gabay : « [elle] agit comme une courroie de transmission avec le corps médical et apporte la dimension médicale dans les échanges. Il y a beaucoup de gains qui se font à cet égard ».

Dre Fraser décrit son rôle :

« Mon rôle [c'est de] gérer les conflits entre les équipes, de les aider quand ils ont des défis pour des tests ou d'autres barrières pour la trajectoire des patients et de faire le lien entre l'équipe médicale et les autres équipes. Le DSP est trop occupé pour tout cela. »

Le rôle de directrice médicale est, sur papier, prévu à deux journées par semaine. En réalité il s'agit d'un rôle qu'on endosse 24 heures sur 24, nous dit Dre Fraser. Pour être capable d'assumer ces fonctions, elle garde une pratique réduite. Et même les jours où elle pratique, les équipes la cherche pour des enjeux de fluidité :

« Je fais des chirurgies assez courtes et je peux leur répondre entre les interventions, mais c'est intéressant... quand je ne suis pas là, on dit toujours " ah vous nous avez manqué ", ils sont habitués maintenant d'avoir quelqu'un qui répond immédiatement! »

Dre Fraser précise qu'éventuellement, la fonction de directrice médicale à la fluidité pourrait facilement être une occupation à temps plein.

« Si ce n'est pas à temps plein, c'est sûr que ça peut déborder des heures de travail. Par ailleurs, ça implique aussi du travail le samedi et le dimanche. C'est efficace et nécessaire, mais c'est beaucoup, il devrait y avoir plus d'une personne pour ce rôle ... car on a tous besoin de déconnexion des fois. »

Le rôle est prenant et, pour être en mesure de bien l'accomplir, il faut aussi être en mesure de protéger son temps, explique-t-elle. Il faut aussi pouvoir compter sur ses collègues médecins pour compenser le temps de clinique réduit de la directrice et permettre son dévouement au C4 en développement, ainsi que sur celui des équipes médicales pour s'intéresser à la fluidité et s'impliquer de sorte que tout le fardeau « médical » de la fluidité ne repose pas sur les seules épaules de la directrice médicale.

Les premiers tableaux de bord sur le flux de patient

L'un des groupes de travail porte lui-même sur le développement du modèle du C4. Ce trio de leaders clinique composé de Dr Fraser, André Poitras, coordonnateur clinico-administratif de l'urgence et des soins critiques (soins intensifs et cardiovasculaires) ainsi que Maria Kosma, coordonnatrice de la fluidité. À

l'époque, le trio est communément appelé les *Three Head Monsters*². Ce concept, suggéré par Nicolas Seca-Masot, incarne une structure de gouvernance virtuelle visant à décroquer les silos de la gestion de flux. L'objectif du groupe de travail est de créer des tableaux de bord affichant des données en temps réel répondant aux besoins des acteurs terrain, qui permettraient de prendre des décisions et de poser des actions le plus rapidement possible pour améliorer la fluidité hospitalière.

En octobre 2020, le comité de travail avance dans la création de son premier tableau de bord (premières tuiles). Pour y parvenir, ils sont accompagnés de Nicolas Seca-Masot, de la directrice adjointe de la santé numérique, Sabine Cohen, et de son équipe. L'équipe de la santé numérique est composée de quatre expertises différentes, dont chacune est assignée au projet du C4 de façon intensive. De plus, une personne responsable de la direction des technologies de l'information (TI) est également affectée au projet et coordonne les actions qui concernent l'équipement informatique et l'opérationnalisation du produit.

Ils commencent en se basant principalement sur l'information du courriel de l'état des lits qui est envoyé par la coordonnatrice de la fluidité. M Seca-Masot facilite le processus en tentant de clarifier des éléments parfois intuitifs dans le fonctionnement hospitalier, mais ces derniers ont une logique dans la gestion de flux. Il cherche à faire émerger des connaissances tacites, se trouvant dans l'esprit de chacune des têtes du trio de leadership clinique, en posant des questions comme : comment sais-tu que tu dois aller en surcapacité? À partir de combien de civières à l'urgence pour toi c'est trop? « Ça a fini par mettre des mots sur mes opérations », explique André Poitras.

Ces connaissances peuvent être converties en indicateurs et Sabine Cohen collabore à la réflexion en définissant les indicateurs en termes de données. Par exemple, lors de la séance de travail, l'équipe interpelle Mme Cohen : « On cherche de l'information sur tel bloqueur, est-ce que cette information existe? Si oui, on peut la récupérer dans quel format? Dans quel système? Si non, est-ce qu'on peut la créer? Autrement, qu'est-ce qui peut être proposé à la place? ». Sabine Cohen peut également soulever les écueils et entrevoir les difficultés.

Le tableau de bord est ainsi construit sur une combinaison de plusieurs relations entre des données provenant de différents systèmes sources, principalement Med-Urge et Clinibase.

En outre, le travail étroit avec la santé numérique à la phase de conception permet de mettre à profit leur expertise. Avec leur connaissance des données disponibles et des systèmes, ils peuvent pousser la réflexion et proposer d'emblée des améliorations et des idées qui vont un pas plus loin. Entre autres, ce qui rend l'indicateur plus vivant, comme le changement de couleur à la suite d'un changement d'état ou la possibilité de creuser jusqu'au patient, sont des exemples d'idées apportées par la santé numérique.

Chacune des tuiles (on appelle tuile le tableau de bord présenté sur un écran) est construite selon une approche express, dans un temps concis et clairement circonscrit, sans prototypage. La tuile est validée et fonctionnelle à l'intérieur de quatre semaines. Le travail autour du C4 est exigeant pour l'équipe de la santé numérique. Sabine Cohen explique :

La direction de la santé numérique du CCOMTL

Cette direction transversale possède une expertise en données d'affaires et des connaissances sur les systèmes sources. Leur force est l'arrimage entre les besoins d'affaires et les besoins technologiques, pour proposer des solutions informatiques cliniques et clinico-administratives, qui viennent répondre aux exigences d'affaire et clinique. En comprenant d'où vient la donnée, les programmeurs sont en mesure de créer des « contenants de données ». L'équipe est composée d'analystes spécialisés et de programmeurs avancés qui font de l'exploitation de données, de la programmation, des analyses et de la mise en page. L'Hôpital Général Juif avait une expertise particulière pour des entrepôts de données, des tableaux de bord, KPI, etc., et ce, avant la transformation du système en 2015. Les tuiles sont composées de plusieurs tableaux de bord.

² Que l'on appellera par la suite « trio de leadership clinique ».

« J'aurais souhaité qu'on augmente les ressources humaines, mais ce n'était pas possible. Inévitablement, cela a affecté les autres demandes de projets et c'est pour cela qu'on a dû fonctionner par projets sur des cycles de quatre semaines, comme ça c'est gérable et c'est plus facile à planifier. On exige quand même une pause [entre les projets], parce qu'on ne peut pas être exclusifs au Centre de commandement. On doit desservir l'ensemble du CIUSSS dans leur exigence en données. »

Pour Sabine Cohen, la collaboration au début du projet est un élément clé de la réussite :

« On était vraiment des collaborateurs, ce n'était pas le modèle classique où on se faisait présenter un rapport déjà conçu et qu'on nous exige de programmer. Non pas du tout. Toute la collaboration a beaucoup valorisé l'équipe, qui possédait déjà une expertise profonde des données. »

Afin de ne pas créer de dépendance envers l'équipe de la santé numérique, ceux-ci exigent qu'on nomme une personne propriétaire des tuiles et qui soit membre de l'équipe projet du C4, c'est-à-dire une gouvernance de données. Le propriétaire est la courroie entre la santé numérique et les équipes pour ces tuiles. Il centralise les demandes de modification ou d'ajouts et les questions de l'équipe, les évalue et les transmet à la santé numérique et vice-versa. Cela permet de garder l'intégrité du produit final, explique Sabine Cohen. C'est Maria Kosma qui est désignée pour les premières tuiles, sur la fluidité hospitalière. L'équipe de santé numérique lui demande d'ailleurs, une fois le travail complété, de lui expliquer en détail chaque tuile afin d'assurer sa compréhension avant qu'elle n'enseigne le fonctionnement des tuiles aux équipes qui les utiliseront.

Les patients en niveau de soins alternatifs (NSA)

Pour pouvoir admettre de nouveaux patients sur les étages de l'hôpital, il faut être en mesure de libérer les lits en donnant congé aux patients ne nécessitant plus de soins aigus. Or, cela n'est pas toujours chose aisée. En effet, de nombreux patients dans les centres hospitaliers doivent demeurer hospitalisés, car ils sont en attente d'une place soit : en hébergement de longue durée (ressource intermédiaire ou CHSLD), en un établissement de réadaptation, en une ressource d'hébergement ou de rétablissement lié à la santé mentale ou encore en soins à domicile. Ces patients sont en niveau de soins alternatifs (NSA). Les « patients NSA » sont un grand défi de toutes les organisations de santé, car ils contribuent à son engorgement.

Les trois premières tuiles, portant sur le flux de patients, sont mises en fonction au début du mois de décembre 2020. Une première tuile présente l'*inflow*, soit les patients entrant dans le CIUSSS par l'urgence. Une deuxième présente l'*outflow*, soit les patients hospitalisés, ceux dont les congés sont à venir et les patients en niveau de soins alternatifs (voir encadré « Les patients en niveau de soins alternatifs » (NSA)). Une troisième présente le *flow mismatch*, soit la différence entre la demande pour les admissions et la capacité d'accueil. On y voit apparaître aussi les patients hospitalisés en « *off service* », soit sur une autre unité de soins à cause d'un enjeu de capacité sur l'unité où ils étaient destinés à aller.

Inflow

Last refreshed
23-04-17 10:13

Stretcher occupancy **225 %**

PrePods	Pods	Stretchers	Total
0	85	119	129

ED Patients NOW

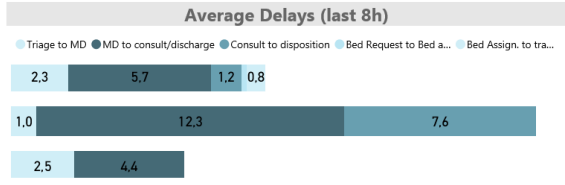
Psy	Covid+	Covid R/O	24 to 48h	> 48h	24 to 48h	> 48h
21	3	15	13	25		
67 % from CCOMTL			WITH admission request			NO admission request

Admission services

Service	Census	Bed Solved
Internal Medicine	17	0
Family Medicine	3	0
Geriatrics	2	0
Neurology	1	0
Oncology	1	0
Other Medicine (subspec)	2	0
Cardiology	3	0
Psychiatry	18	0
Total	47	0

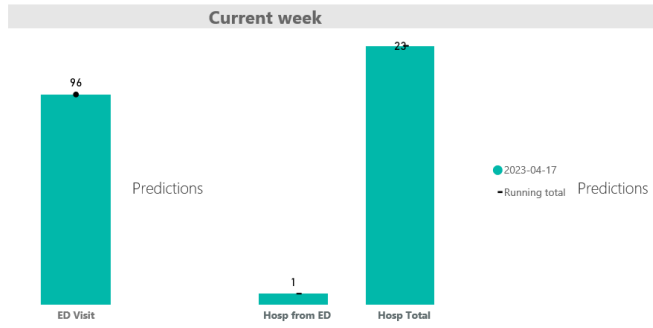
Pending Consults

Specialty group	Pending Consults	Outside Norms
Internal Medicine	1	1
Geriatrics	4	3
Neurology	4	3
Other Medicine (subspec)	4	4
Surgery	3	3
Other(Soc.Serv.,Disch.Pl.)	2	1
Total	18	15



Consult Delays (last 8h)

Specialty group	Completed within norms	Completed outside norms	AVG time to complete
Internal Medicine	0	3	14,1
Cardiology	0	2	3,5
Oncology	0	1	7,6
Other Medicine (subspec)	1	1	7,0
Surgery	1	1	3,4
6WER	0	0	
Family Medicine	1	0	1,8
Geriatrics	0	0	
Neurology	0	0	
Palliative Care	0	0	
Psychiatry	0	0	
Other(Soc.Serv.,Disch.Pl.)	0	0	
Total	3	8	7,2



Internal Medicine norm : 4 hours
All other specialties norm : 2 hours
Made by Digital Health

Outflow

Last refreshed
23-04-17 10:13

Overcapacity					Covid19+					Virtual Wards			
6	6	1	2	15	1	1	1	0	23	0	6	0	6
Medicine	MH	Surgery	Others	Total	K11C (ICU)	K8	K9	K10	Others	V1	V2	V3	Total

Outflow

Unit	Operational capacity	Census	Empty	Signed	Potential
MEDICINE	259	0	8	15	
Special Units	139	19	0	4	
Surgery	117	8	2	4	
OTHER	0	0			
Critical	38	6			
COVID units	0	0			
Total	553	33	10	23	

Off service (On service)

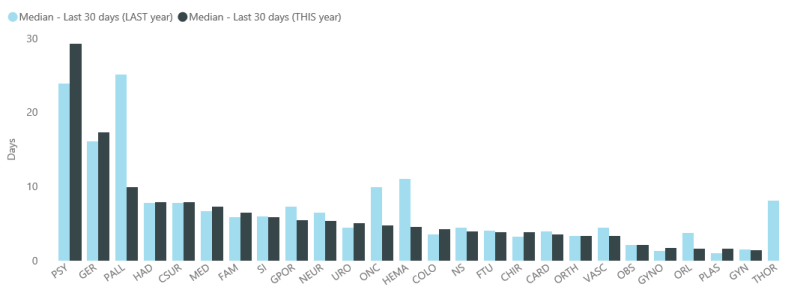
Service	C3	C48W	C7	D41	D53N	K10	K8	K9
FAM (24)						1		
FTU (20)			1	7		1	1	1
GER (57)				2	1	1	1	2
ONC (12)			1			1		
OPH (15)								1
PALL (16)	1							
PSY (54)				8				

NSA

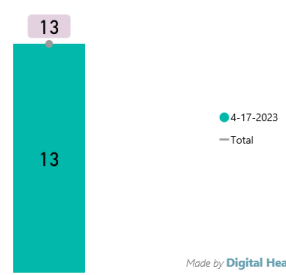
Current NSA	Inpatient	CComt %	Signed	Potential
Var 08b (Orientation)	6	33%	0	0
Var 08c (Approbation)	12	33%	0	0
Var 09 (Home Care/SAD)	3	33%	0	0
Var 10 (Rehab)	10	40%	1	1
Var 11 (Palliative)	3	67%	0	0
var 12b (CHSLD)	15	60%	0	0
var 14 (Santé mentale)	12	75%	0	0
var 15 (Ordonnance)	4	50%	0	0
Total # of NSA pts	65	51%	1	1

* Displayed in brackets the number of On Service patients
RI-RTF/Var 12a = En attente de Ressources Intermédiaire ou de Type Familiale

Median LOS (if not NSA) or Admission to 1st NSA



Discharges



Flow mismatch

Last refreshed 22-01-20 14:13

Flow Mismatch													
indicateur	Family Med.	FTU	Geriatrics	IM Teach	IM Non Teach	IM Covid19+	Oncology	Surgery	Neurology	Card/Card Surgery	Palliative	Psychiatry	Critical Care
Capacity	23	23	58	64	24	19	12	113	24	50	17	48	30
On-Service	20	18	55	59	19	48	7	69	3	41	15	40	25
Max Off Service	2	2	5	6	6	0	2	0	0	0	0	4	0
Off-Service	2	7	14	0	4	0	1	3	18	0	2	0	0
Total census	22	25	68	59	23	48	8	72	21	41	17	40	25
D/C	0	0	1	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0
Admissions	1	1	0	9	0	0	0	1	1	0	0	3	0
Total demand	23	26	67	65	23	45	8	73	22	41	17	43	25
Mismatch	0	3	9	1	-1	26	-4	-40	-2	-9	0	-5	-5
.	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0

Capture d'écran des tuiles Inflow, Outflow et Flow mismatch

Désormais, en remplacement des courriels envoyés par la coordonnatrice de la fluidité, deux caucus quotidiens sur la fluidité hospitalière sont mis en branle : un à 8 h 40 et l'autre à 16 h. Ces caucus permettent d'identifier les défis et discuter de différents plans pour gérer le flux de patients de cette journée, tout en ayant des données pertinentes en temps réel. Ils sont animés par Dre Fraser en format hybride (*Teams* et présentiel) et se tiennent sept jours sur sept pendant les premiers mois. Les caucus réunissent :

- la coordonnatrice fluidité;
- le coordonnateur clinico-administratif - divisions de l'urgence, des soins critiques intensifs médicaux, chirurgicaux et de cardiologie;
- la coordonnatrice du C4;
- les autres chefs;
- les quatre coordonnateurs clinico-administratifs soins infirmiers;
- la direction de la réadaptation et des services multidisciplinaires;
- la direction SAPA;
- la direction DQTEVE-SV;
- la direction du service hygiène et salubrité;
- la direction des ressources informationnelles.

Les données du tableau de bord servent de base aux échanges du caucus. En présentant des données objectives, il est plus facile de désamorcer les situations entre les unités : tous ont accès à l'information et ça rend les choses transparentes. Les tableaux de bord du C4 sont

accessibles par l'intranet et peuvent être consultés en tout temps. Les données sont rafraîchies toutes les trente minutes pour offrir un portrait fidèle de la réalité et permettre la prise de décision renseignée.

Un second caucus, concernant la fluidité à l'urgence, est également mis sur pied et se tient deux fois par jour (9 h et 14 h), animé par Dre Fraser. Il réunit les équipes médicales (urgentologues, médecins spécialistes, médecins de famille, etc.), le médecin coordonnateur de l'urgence et l'agent d'unité de la gestion des lits de l'urgence dans le but de prendre des décisions sur la répartition des patients de l'urgence entre les unités. Ce caucus se réfère également aux données des tableaux de bord.

Création du poste de coordonnateur du C4

Il apparaît vite nécessaire de dédier une personne responsable d'assurer une ascendance aux décisions, de coordonner les projets d'amélioration qui découlent des caucus et d'être gardien du fil conducteur entre les différents caucus et équipes. Un poste de coordonnateur du C4 est donc créé et une infirmière clinicienne est désignée en décembre 2020 pour l'occuper. Ce poste est placé sous le DGA.

Grâce à sa présence à tous les caucus, à la visibilité des données et aux informations qui circulent en présentiel et en virtuel, la coordonnatrice a une compréhension globale de l'état du flux dans le CIUSSS. Elle peut soutenir la triade clinique, investiguer et faire débloquer des situations.

L'effet des premières « tuiles » sur la fluidité

Dès qu'ils sont disponibles, ces tableaux de bord sont intégrés aux routines de travail. Pour André Poitras :

« C'était la première chose que j'ouvrais le matin, parce qu'on nous pose mille questions le matin. [...] C'est une information que j'utilise toute la journée, tout le temps. [...] J'ai le tableau ouvert, qui se met à jour, et je peux forer pour avoir plus de détail. »

Le trio de leadership clinique collabore étroitement dans la gestion du flux hospitalier, soutenu par la coordonnatrice du C4, en utilisant les données des tuiles *Inflow*, *Outflow* et *Flow mismatch*. Dre Shannon Fraser donne un exemple de l'utilisation des données au quotidien, lors des caucus sur la fluidité :

« [Une des données] qu'on utilise beaucoup, c'est le *mismatch* entre [le nombre de patients à admettre et] le nombre de patients avec lequel les services d'admission sont confortables. [...] On utilise cela au caucus à l'urgence tous les jours, pour que tout le monde sache si un patient doit être admis, où c'est le moins débordé et où ça va aller plus vite pour recevoir les soins. »

Les premières tuiles *Inflow*, *Outflow* et *Flow mismatch* sont des données qui étaient à l'origine intuitivement calculées à la main pour permettre d'avoir un portrait global de la situation. Nicolas Seca-Misot mentionne :

« Auparavant, ce qui était fait de façon artisanale et intuitive dans l'esprit de la triade de leadership clinique est désormais calculé automatiquement et disponible pour tout le monde. Extraite de l'esprit de personnes clés, cette expertise permet de partager l'état d'une situation et l'obtention d'un gain de temps critique dans la gestion quotidienne. »

Carol Viegas, coordonnatrice de la fluidité, fait aussi appel à l'expertise d'André Poitras et Dre Fraser dès qu'un enjeu émerge; elle délègue les enjeux médicaux à Dre Fraser et les enjeux de soins infirmiers à André Poitras. « Cela est déjà un gain de temps significatif par rapport à avant », explique-t-elle. Carol Viegas précise que : « ça aide beaucoup d'avoir Dre Fraser et André Poitras. C'est moins de perte de temps, pour parler à ce médecin et ce médecin. Quand Shannon est là, elle dit "correct Carol, I have it" ».

André Poitras commente son implication dans cette triade : « C'est demandant, mais c'est une tâche que j'aime, je trouve que la synergie et l'efficacité de l'équipe est valorisantes, car on fait une différence, et ça, c'est satisfaisant et très motivant ».

Leur équipe joue un rôle d'influence, mais a également l'autorité et la légitimité de prendre des décisions pour faire débloquer des enjeux liés au flux des patients. La méthode de communication peut être adaptée au contexte ou à la situation. Par exemple, Dre Fraser peut envoyer un courriel général sur l'état d'un enjeu de lits, ou lors de défis plus ciblés, elle peut appeler directement l'équipe clinique concernée.

Plus concrètement, un enjeu médical nécessite parfois une simple discussion pour sensibiliser les acteurs alors que d'autres fois, une modification dans l'organisation du travail est nécessaire, explique Dre Fraser. Par exemple, jusqu'à récemment, les médecins cumulaient les consultations des résidents pour en faire la révision au même moment, généralement en fin de journée. Maintenant, les révisions de dossiers sont réalisées une à la fois et au fur et à mesure, ce qui permet d'avoir les décisions plus rapidement et de libérer des lits plus tôt. C'est le genre de changement de façon de faire qui a été rendu possible grâce à la priorité organisationnelle de travailler sur le flux de patients et par le dégagement de Dre Fraser pour se pencher sur la résolution des enjeux avec les médecins.

La posture adoptée par Dre Fraser et André Poitras est aussi importante dans ce délicat travail. Voici comment le Dre Shannon Fraser perçoit ce rôle :

« C'est plus [un leadership] facilitant. On veut aider. Ce n'est pas dans un rôle de policier. S'il y a quelque chose qui ne marche pas, ce n'est pas parce que quelqu'un ne fait pas bien son rôle, mais c'est qu'il y a un défi qu'on doit gérer ensemble. [...] C'est beaucoup mieux reçu de demander : « comment je peux vous aider » au lieu de jouer au policier. Avoir de bonnes relations avec les collègues est important pour ne pas dire crucial, prendre le temps d'écouter leur point de vue peut éviter plusieurs problèmes, tels que l'évitement ou des obstacles à la fluidité. »

Carole Viegas explique qu'une des clés pour y parvenir, c'est la transparence : « Si vous êtes transparent, toute l'équipe sera capable de comprendre ce que vous traversez et de se rallier à vous. Quand ils connaissent votre réalité, ils sont là pour être un joueur d'équipe avec vous [...] je n'appuie pas sur le bouton de panique à moins que je doive vraiment le faire. »

Les décisions prises au C4 en caucus doivent aussi descendre aux équipes. André Poitras explique que pour faire suivre l'information, le canal Teams, les courriels et les textos sont utilisés.

« Si par exemple le matin on est en surcapacité, je reviens [du C4] et j'utilise mes textos comme d'habitude avec tous les chefs ou un courriel avec tout le monde, comme Dre Fraser fait pour les équipes médicales, pour leur dire " attention, tout le monde, on s'aligne vers des difficultés ". En proaction s'il vous plaît, faites la promotion de vos congés, sortez vos patients et préparez-vous parce que la journée s'annonce difficile. »

La triade ne fait pas que formuler des demandes aux équipes. L'échange devient bidirectionnel. La triade est aussi en mesure de prendre en charge certaines situations pour creuser la source des problèmes et tenter de les régler en allant même jusqu'à injecter des ressources pour y parvenir, lorsque possible.

Le C4 prend son envol

Le projet pilote : les relations et la collaboration au cœur du C4

En décembre 2020, à l'instar des premières tuiles produites, le travail des sous-comités rencontre certains défis et ne progresse pas aussi rapidement qu'on l'aurait souhaité. Pourtant, ce n'est pas par manque de consensus, explique le DGA : « le mapping est objectif, il y a un consensus au niveau des acteurs, des directeurs, des médecins sur les enjeux [et] il y a un consensus sur les actions requises ». Cependant, force est de constater que les petits comités ne progressent qu'en rencontre et qu'à l'extérieur, les membres n'y allouent que très peu de temps. Les comités ne débloquent pas sur des actions concrètes. Les causes de ce piétinement sont multiples, mais Dan Gabay émet l'hypothèse que le projet est peut-être trop gros. Il estime que lancer cinq groupes de travail en parallèle a certainement éparpillé les forces et nuit à l'avancement de chacun d'eux : « il faut s'entendre sur un objectif qui est réaliste et qu'on veut atteindre, puis circonscrire l'étendue du mandat ».

La situation est donc critique compte tenu de toutes les ressources mobilisées. C'est d'ailleurs à ce moment que la troisième vague de COVID-19 se pointe à l'horizon et que la pression sur le système se fait sentir. Devant cette situation, la direction décide de regrouper les acteurs décisionnels sur un même lieu de travail pour un temps déterminé, soit trois mois, et de tenir, en parallèle des opérations, des séances de travail pour construire le C4. Elle estime en effet que, maintenant que les premiers tableaux de bord sont produits et que les caucus de fluidité sont en place, il est temps de construire la vision, la mission et les premiers objectifs du C4 avant de poursuivre les efforts en ce sens. Et pour ce faire, elle fait le pari que de faire côtoyer étroitement les directeurs et directeurs adjoints créerait des liens transversaux dans l'organisation et faciliterait la collaboration autour du projet de construction du C4.

Cette idée fait appel au concept « équipe d'équipes » (*Team of Teams*), popularisé par McChrystal en 2015 dans son ouvrage du même nom. La théorie, connue par quelques membres de la direction, correspond à la vision de la direction sur l'initiative qu'elle met en place.

Reste que l'aspect inusité et inhabituel de l'idée de réunir l'équipe dans un même lieu surprend. Dan Gabay se rappelle :

« C'est assez particulier parce que c'était une expérience sans agenda et pour quelqu'un comme Joanne Côté ou moi, c'était une aberration. [...] J'étais hésitant, mais dans le contexte où on était en décembre et que c'était un peu plus calme, on s'est dit 10-12 semaines ce n'est pas impossible. »

Conscients qu'il faut changer de façon de faire pour faire avancer les choses, Dan Gabay et Joanne Côté vont de l'avant avec cette initiative. Ils démantèlent les cinq comités de travail et mettent sur pied le projet pilote.

M. Gabay avise les directeurs cliniques (DSI, DSP, DRSM, SAPA (hébergement et SAD), DSIPL, DQTEVE-SV) qu'ils doivent libérer les membres de la direction adjointe pour les 12 prochaines semaines, car ceux-ci exécuteront désormais leurs tâches ensemble en présentiel, depuis une salle de conférence et construiront également, dans des séances de travail, le C4 du CCOMTL. Lorsqu'ils annoncent cette nouvelle, les réactions sont mitigées. Erin Cook, aujourd'hui directrice adjointe à la DQTEVE-SV, était à l'époque directrice adjointe au SAPA en hébergement. Elle se rappelle sa réaction :

« J'essayais de le structurer dans ma tête. Je suis littéralement sortie [de la rencontre] et j'ai dit : « *je ne comprends pas, c'est quoi votre objectif?* » et [Dan Gabay] a dit : « *ça vous appartient, on n'a pas d'objectifs* ». Et moi d'ajouter : « *comment on fait ce projet-là sans objectif?* » »

Mais à l'étonnement s'ajoutait aussi l'enthousiasme de se retrouver ensemble pour ce projet commun central au CCOMTL. André Poitras témoigne :

Acteurs du projet pilote du C4

Les membres de la direction suivants se retrouvent désormais tous les jours dans la même salle pour gérer leurs opérations les uns à côté des autres :

- Coordonnatrice du C4;
- DA DSI ou Coordonnateur clinico-administratif soins critiques et urgence;
- DA SAPA hébergement ou Soins à domicile;
- Directeur ou DA Santé mentale;
- DA de la DRSM;
- Directrice DSIPL;
- Directrice DQTEVE & SV;
- DGA.

Équipe d'équipes

Popularisé par McChrystal (2015), le concept de *Team of Teams* repose sur la prémisse que, dans un environnement complexe et rapidement changeant et particulièrement en temps de crise, les équipes au sein d'une organisation ou d'un système ne peuvent plus fonctionner en unités isolées et en restant indifférentes aux activités des autres équipes. Elles doivent plutôt s'appuyer sur des informations partagées, des liens et des relations authentiques entre elles, ainsi que sur une confiance mutuelle pour fonctionner avec la rapidité et la précision requises par la situation.



Team of Teams approach (adapted from McChrystal, 2015)

Source : C4 Command Center Cadre de référence / Concept Framework, 2022

« C'était très excitant d'avoir un centre de commandement qui allait être au courant des problématiques et où on allait pouvoir adresser ces problématiques rapidement. Parce que dans mon quotidien, pour les soins critiques avec l'urgence, j'avais besoin de beaucoup de partenariat et de leadership d'influence, afin que l'urgence se libère et que je puisse donner l'accès aux soins aux patients. »

La coordonnatrice du C4 a été d'une grande aide pour la planification et l'installation de la salle, en étroite collaboration avec les TI, ainsi que le transfert de l'équipe.

En plus des activités de gestion habituelles, des ateliers sont animés quotidiennement par la directrice de la DQTEVE-SV, Joanne Côté et soutenu par la coordonnatrice du C4. Les discussions au fil des semaines permettent d'aborder de nombreux éléments, dont :

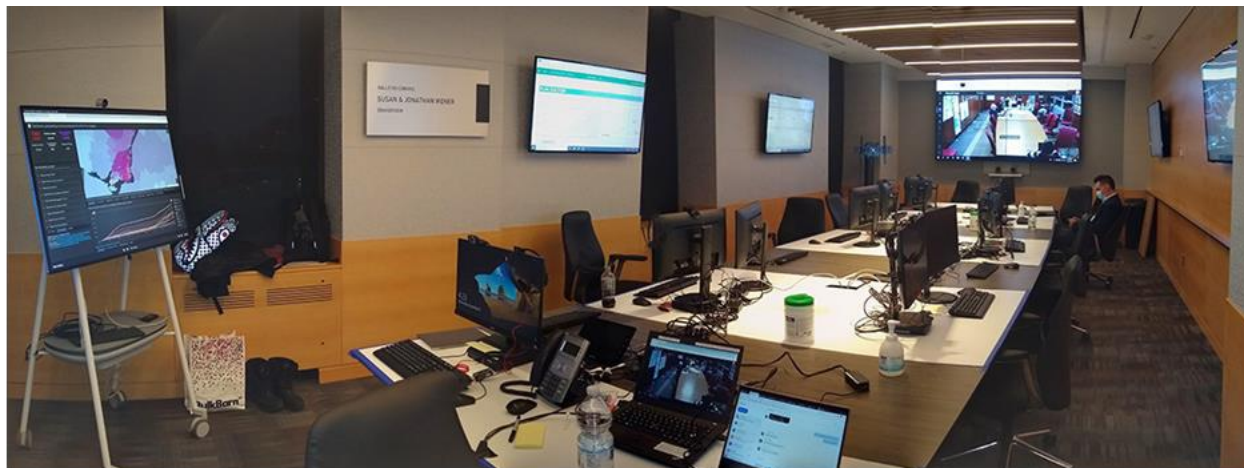
- la définition, la vision et les objectifs du C4;
- les enjeux et la réalité propre à chaque mission;
- la collaboration entre les missions et les informations « transversales » nécessaires pour la fluidité des trajectoires des patients;
- l'articulation de la première ligne, au sens large, et de l'hôpital;
- la cascade et l'escalade des informations critiques, ainsi que la communication transversale.

Au cours de ces échanges, les enjeux sont affichés au mur et, progressivement, le groupe identifie les enjeux de leurs directions qui pourraient bien se prêter à une logique de centre de commandement. Ces discussions sont toujours posées du point de vue de l'utilisateur, explique Joanne Côté. Mme Côté explique que lorsque l'équipe ne partage pas une vision commune et une imputabilité pour le patient, « les intervenants tirent la couverture de leur bord et le processus dérape ». Les équipes ont une certaine expérience en la matière, ce qui facilite le travail. « J'avoue qu'avec le modèle des Unités de Pratique Intégrées [mises en place dans les dernières années], ça a beaucoup sensibilisé les gens à l'expérience de l'utilisateur. [...] on disait toujours dans nos UPI [...] : il faut avoir une vision commune de ce qui doit arriver au patient », précise-t-elle. Dan Gabay abonde dans le même sens : « les réalités de chaque direction sont différentes les unes des autres, mais il y a un défi qui est commun : la réalité du patient ».

Les objectifs du C4

- 1- Améliorer l'accès et la qualité des soins pour les patients à travers le réseau CCOMTL.
- 2- Améliorer le flux des patients grâce à des services mieux coordonnés, une réponse plus rapide et par l'accès aux données ainsi que l'analyse de celles-ci en temps réel.
- 3- Accroître l'efficacité des ressources en personnel en éliminant les processus redondants ou inutiles dans la gestion des flux et des transitions entre les soins aigus et les soins post-aigus, ainsi que la réadaptation et les soins de longue durée ou services communautaires.
- 4- Créer une culture centrée sur les données afin d'améliorer l'expérience, la satisfaction et l'engagement des patients, du personnel, des cliniciens et des leaders du système de santé.

Gutberg, J. (2022) Cadre de référence du C4, p.15



Vue grand-angle du C4 et des écrans contenant des données en temps réel sur le flux des usagers des soins de santé dans les installations du CCOMTL, pendant le groupe de travail dans la salle du conseil l'HGJ. Source : <https://jghnews.ciusswestcentral.ca/fr/tout-est-en-place-pour-le-lancement-du-centre-nevralgique-numerique-visant-a-ameliorer-les-soins/>

Les tuiles sur la fluidité sont affichées sur des écrans dans la salle. Les caucus quotidiens sur la fluidité se maintiennent, deux fois par jour, et les échanges sont appuyés par ces données. Les caucus sont réalisés

en mode comodal, combinant des personnes en présentiel (dans la salle de conférence du C4) et en virtuel, par *Teams*. Ces participants accèdent aux données par l'intranet.

Outre les caucus quotidiens, pendant cette période sont aussi remis en place le *morning safety round*, un caucus d'une quinzaine de minutes par jour, cinq jours par semaine, à 10 h. Ce caucus réunit toutes les directions des missions cliniques, et corporatives (incluant la direction des finances, les T.I., les services techniques, la logistique, les ressources humaines (incluant les communications et les mesures d'urgence) les affaires académiques, la santé numérique, et le commissaire aux plaintes et à la qualité). « Le safety round, c'est vraiment un situational awareness sur tout le CIUSSS. C'est un 10-15 minutes de tour de table sur les enjeux du CIUSSS [de toute nature] qui peuvent avoir un impact sur la sécurité des patients », explique Dan Gabay. Cette pratique était réalisée avant la pandémie, mais avait été interrompue. La nouvelle formule profite également du mode comodal.

Le point tournant : la communication et la collaboration

Au fil des semaines, le travail progresse, mais, surtout, les liens se tissent. « Il y a des jours où les discussions sont vraiment pertinentes et il y a des jours où ce n'est pas [si clair]. Cependant les membres de l'équipe sont de plus en plus complices », explique Dan Gabay.

L'ambiguïté vécue en début de démarche se dissipe progressivement. Luc Méthot, directeur adjoint du SAPA raconte la progression : « Au début on se demandait ce qu'on faisait là. On construisait l'avion en vol. Ça peut être déstabilisant, surtout dans une pandémie, mais il y a eu des sessions de travail, on a défini la vision et cela s'est amélioré dans le temps ».

Les directions adjointes, qui conduisent leurs activités au côté des uns et des autres, s'entendent et s'entraident. Erin Cook témoigne de son expérience :

« Le fait d'être assise dans un centre de commandement j'ai trouvé cela très éducatif... d'entendre les vérités, les enjeux, les blocages des autres. [Par exemple], il y a un moment la directrice adjointe de la réadaptation [...] a parlé de l'un de ses enjeux concernant un de ses patients NSA. [Un collègue a répondu] « Ah je ne savais pas que c'était un si grand enjeu pour toi, je vais mobiliser quelqu'un dans mon équipe je vais aller lui parler pour qu'on essaie de régler cet enjeu-là ». On ne peut pas agir sur l'information qu'on n'a pas! Donc ça a permis un échange d'information au niveau stratégique qui a permis des actions concrètes opérationnelles pour régler des enjeux. [...] C'est là qu'on a cliqué qu'il y avait une valeur ajoutée d'avoir des gens ensemble dans une salle. »

André Poitras parle également de cette période comme une occasion de mieux connaître ses collègues et leurs enjeux et, surtout, de la rapidité avec laquelle ils parvenaient à régler les situations :



Le groupe du projet pilote à l'œuvre dans la salle de conseil de l'HGJ

« J'ai vu qu'il y avait des avantages sérieux à être dans cette salle-là. Ça a aidé ma réticence du début. [...] Je créais des liens avec les *small talks*, puis ces liens-là qui semblent banals ne le sont pas [...] Ça a beaucoup aidé. Quand j'avais un appel [...] j'étais capable de renvoyer la balle rapidement au collègue en face de moi pour qu'il m'aide. Ça, c'est une grosse différence parce qu'auparavant, je devais terminer mon appel et appeler quelqu'un, mais ça ne répondait pas nécessairement... Puis je devais envoyer un courriel, alors j'écris mon courriel, je me relis et puis là, je suis interrompu [...]. »

Dre Shannon Fraser explique comment le groupe de travail a permis de créer une imputabilité partagée et d'abattre des silos dans l'organisation :

« Avec les silos, c'était plus facile de blâmer ou de pousser l'imputabilité à quelqu'un d'autre [...] je pense que l'idée était d'avoir une imputabilité du CIUSSS et de tout le monde. Les patients sont à nous, ce n'est pas à toi ni moi [...] maintenant on travaille sur le même plancher où nous faisons face aux défis de tous et on essaie de travailler tous ensemble. »

Au même moment, la troisième vague battait son plein. Les équipes ne géraient pas seulement leurs opérations régulières entre les ateliers, ils géraient également la pandémie. « *Parce que tous les DA étaient ensemble donc c'est devenu de facto une cellule de crise de la troisième vague* », explique Dan Gabay. Pour ce dernier, l'expérience leur démontre hors de tout doute que le concept est bien adapté à la gestion de crise :

« On a réalisé que le centre de commandement s'arrime très bien à une logique de cellule de crise [en ramenant] les acteurs décisionnels ensemble, pour démêler des enjeux au quotidien. Ça soude les équipes autour d'un problème commun. »

L'expérience des centres de commandement pour piloter les campagnes de vaccination contre la COVID-19

En décembre 2020, le CIUSSS est identifié par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) comme site pilote pour la vaccination en milieux d'hébergement. Mme Lucie Tremblay, nommée directrice de ce projet, réunit pour deux semaines, en décembre, un groupe de travail en présentiel au Centre hospitalier gériatrique Maimonides dans l'objectif de favoriser la synergie des différentes directions sollicitées par cet exercice et la rapidité des prises de décisions. Il regroupe : le directeur de logistique, la directrice des soins infirmiers, la directrice de la campagne de vaccination, la directrice SAPA et les directeurs adjoints, hébergement et soutien à domicile (pour les RI et les RPA), la directrice adjointe des ressources humaines et la directrice qualité, transformation, évaluation, performance et éthique. Du centre satellite, la campagne est planifiée et déployée et les tableaux de bord nécessaires à son pilotage sont rapidement constitués. En cascade, les directions et les directions adjointes assurent la mobilisation de leurs équipes pour aboutir aux résultats visés.



Le satellite vaccination, au Centre gériatrique Maimonides. Source : <https://jghnews.ciuisswestcentral.ca/fr/tout-est-en-place-pour-le-lancement-du-centre-nevralgique-numerique-visant-a-ameliorer-les-soins/>

À la fin-février 2021, un centre de commandement pour la vaccination de masse est mis sur pied au CLSC Côte-Des-Neiges. Fort de l'expertise acquise par le projet pilote de vaccination en hébergement et de l'expérience du Centre de commandement (fluidité) qui avait débuté près de deux mois plus tôt, la valeur de ce modèle était évidente pour organiser, orchestrer et piloter la vaccination populationnelle. Ce centre de commandement est nommé, dans l'usage, « le satellite de vaccination ».

Pour que la campagne se déroule rondement, de nombreuses décisions stratégiques et logistiques doivent être prises chaque jour et l'équipe du satellite doit composer avec de constants imprévus ou changements de situation. Par exemple, la demande en vaccins peut varier dans chacun des trois sites de vaccination et peut en elle-même varier d'une journée à l'autre à l'intérieur d'un même site, surtout en raison du service sans rendez-vous. L'offre de vaccin varie également, le CCOMTL ne sait jamais à l'avance combien de doses seront livrées et il arrive que certaines doses prévues pour leur établissement soient finalement livrées à d'autres régions où les besoins sont jugés plus criants. Il faut aussi prévoir l'entreposage et le transport adéquat de ces vaccins, qui n'ont pas tous les mêmes exigences. Il faut également composer avec le roulement important de personnel dans les sites de vaccination. La campagne doit être suivie de près et le satellite permet des prises de décisions rapides, concertées et bien informées.



Dans le Centre de commandement de la vaccination (de gauche à droite) : Joanne Côté, Lucie Tremblay, Sonia Boccardi, Amina Talib et Erin Cook (directrice adjointe, SAPA et Hébergement) planifient la stratégie de la journée. Derrière elles, les données les plus récentes sur la vaccination contre la COVID-19 du CCOMTL sont affichées sur les écrans à gauche et au centre. L'écran à droite permet de voir des vidéos en temps réel des différents sites de vaccination du CIUSSS. Source : <https://jghnews.ciuisswestcentral.ca/fr/au-centre-de-commandement-les-decideurs-elaborent-des-strategies-de-vaccination-pour-que-les-vaccins-continuent-detre-administres/>

La clôture du projet pilote du C4

Une fois le mandat du groupe de travail du C4 complété, c'est-à-dire que la vision, la gouvernance et les priorités du C4 sont établies, les directions cliniques retournent à leur lieu de travail (à l'exception de quelques personnes qui ont déjà quitté la salle de travail pour se joindre au satellite de vaccination de masse). Ils continuent à se côtoyer quotidiennement au caucus de fluidité, ainsi que cinq fois par semaine au *morning safety round* depuis septembre 2022 (qui est passé de cinq rencontres par semaine à trois lorsque la troisième vague s'est estompée). Ils gardent des liens étroits également à travers le comité de gouvernance stratégique du C4 qu'ils constituent.

Ils communiquent aussi ensemble plus spontanément par un groupe de discussion *Teams* qui est dédié au flux du CIUSSS auquel s'intègrent progressivement d'autres membres de l'organisation, plus tactiques et opérationnels, à l'instar du caucus de fluidité. Ils peuvent y poser des questions concrètes et s'échanger de façon très rapide de l'information, ce qui leur permet une visibilité sur des événements ponctuels. Par exemple, si la coordonnatrice de fluidité inscrit dans le canal de discussion que quatre fractures de hanche viennent d'entrer à l'urgence, l'orthopédie et la réadaptation s'attendent automatiquement à recevoir ces patients dans leurs services (exemple réel vécu par l'équipe).

Les responsables restent toujours omniprésents au sein du C4 et c'est important pour eux de le faire. Dan Gabay commente :

« Je vais au caucus de façon ad hoc, je vais dans le C4 physique ad hoc aussi et les gens ne savent pas quand je vais venir. Je parle aux gens de façon continue, je fais des suivis sur des enjeux qui ne bougent pas et je pose des questions sur des données que je vois. »

À propos de l'importance de rester impliqué dans la démarche, il indique :

« C'est pertinent et important. Vous avez 16 directeurs, mais vous n'avez qu'un DGA, un PDGA et un PDG. Quand vous attachez un levier assez haut, sa force se traduit vers des actions. Ça doit impérativement démarrer par le PDG et être stratégique. »

Ce support et cette présence de la direction permettent de faciliter l'appropriation du C4 par les équipes, selon Kimberley Gartshore, la coordonnatrice :

« C'est une direction claire dans laquelle l'organisation s'engage. Personne n'argumente les décisions de Dre Fraser, car elle a le support du PDG, Dr Rosenberg. On publie ce qui est fait [entre autres dans le journal JGH News], afin que les gens en voient la valeur ajoutée et, lentement, tout le monde nous rejoigne. »

La structure de gouvernance du C4 : les UPI comme modèle

Le C4 s'appuie sur une gouvernance à trois niveaux : stratégique, tactique et opérationnel. Ce modèle s'inspire de celui en place pour les trajectoires de soins et services selon un modèle d'unité de pratique intégrée (UPI), mis en place quelques années plus tôt au CCOMTL. Ce modèle de gouvernance est bien connu et compris des directeurs cliniques, ce qui facilite sa mise en place. Mme Côté explique : « La journée où j'ai dit que c'était comme nos comités UPI [...], ça a commencé à avoir du sens. Les gens ont commencé à se reconnaître ».

La structure de gouvernance du C4 s'organise en quatre comités qui ne sont pas organisés dans une logique hiérarchique les uns par rapport aux autres. Chacun des comités a un mandat défini et une composition qui diffère.

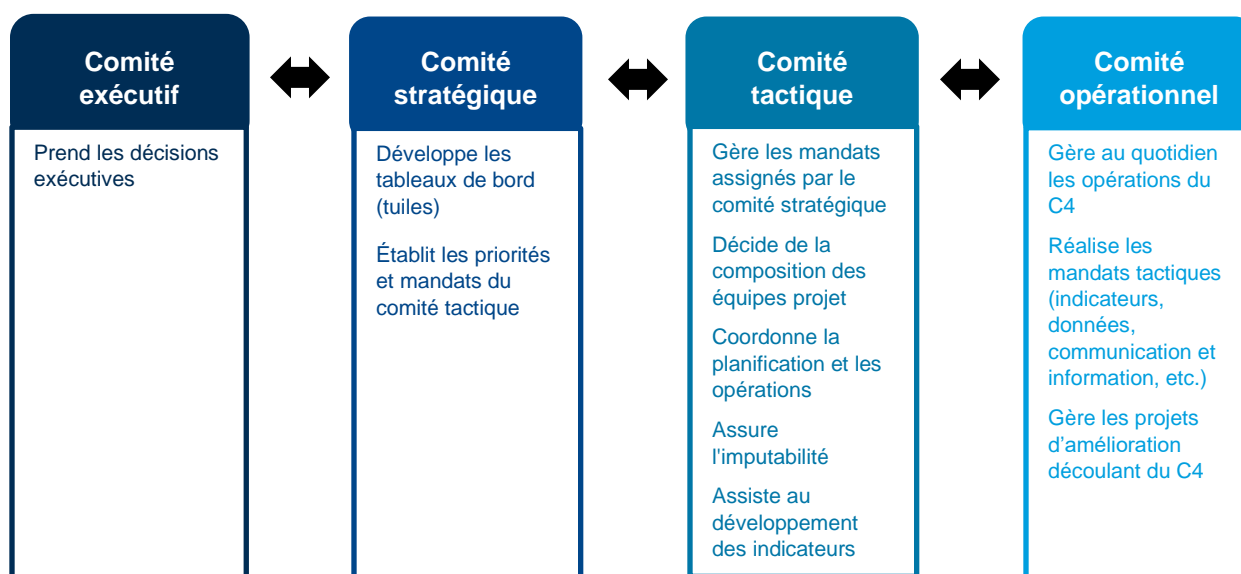
Un comité exécutif définit les grandes orientations du C4. Il est formé du PDGA, du DGA, de la directrice de la DQTEVE-SV et de la directrice médicale du C4. Il se réunit quelques fois dans les premiers temps, puis la fréquence passe ensuite à deux par année, en moyenne. Le DGA, qui participe à ces rencontres, agit comme courroie de transmission de l'information entre ce comité et les autres.

Le comité stratégique, composé principalement des membres qui ont formé le premier projet pilote, soit des directeurs adjoints des directions cliniques, a pour mandat le choix des priorités à travailler au C4 et la désignation des mandats du comité tactique. Ce comité est composé des directeurs cliniques et directeurs adjoints, qui se réunissent tous les mois au lancement du C4, puis, éventuellement, espacent les rencontres aux trois mois. La fréquence plus élevée au départ permet de susciter et de conserver l'engagement et l'implication des équipes au projet.

Le comité tactique a pour mandat de coordonner les mandats du C4 (choix des équipes, développement des indicateurs, est composé de dix-sept personnes représentantes de toutes les directions. Ce comité s'entend aussi sur les prochaines étapes à réaliser, les besoins et les enjeux à traiter. Il se réunit toutes les semaines pour permettre la circulation de l'information des opérations aux différentes directions. Les rencontres s'espacent éventuellement aux mois.

Le comité opérationnel est principalement assuré par les membres désignés par le comité tactique, donc qui varient selon le mandat. C'est ceux-ci qui forment un groupe de travail en présentiel au C4 pour améliorer les processus. Ils sont accompagnés par un spécialiste en procédé administratif qui facilite et anime leur session de travail. Puis, il y a différentes personnes responsables de l'animation de chacun des caucus selon la thématique et le niveau de leadership nécessaire (voir annexe pour le détail des caucus).

Figure 1: La gouvernance du C4



Selon Erin Cook : « la structure de gouvernance stratégique, tactique et opérationnelle est super importante pour la communication ». Le niveau opérationnel partage leurs décisions sur les nouvelles façons de faire au niveau stratégique, assurant une communication ascendante.

Le prochain enjeu à travailler au C4 : les patients en niveaux de soins alternatifs (NSA)

En mars 2021, différents acteurs sont interpellés par le comité stratégique du C4 pour constituer le groupe de travail sur les NSA. La directrice adjointe de réadaptation et des services multidisciplinaires (DRSM), responsable des NSA pour le CIUSSS depuis quelques années, Mary Lattas, est au cœur de la démarche dès le départ et agit comme propriétaire du projet.

« On ne peut pas sous-estimer le besoin de leadership dans un tel exercice », explique Erin Cook, « et Mary Lattas a un leadership très fort et une capacité de mobiliser les gens. Malgré que ce soit transversal, elle était la porteuse clinique de ce dossier. La maturité de l'équipe et le leadership sont des facteurs importants ».

Joanne Côté explique que de trouver le bon niveau décisionnel à mobiliser pour chaque direction est un défi : « d'une direction à une autre, ça peut varier ». Mary Lattas souhaite d'ailleurs que le groupe soit constitué de différents niveaux hiérarchiques pour assurer un bon alignement entre le stratégique et l'opérationnel, et qu'il compte également des cliniciens. Les personnes identifiées sont invitées à se regrouper dans la salle qui héberge le C4 pour développer le volet NSA, soit les membres clés de la direction SAPA, du mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH), de la réadaptation, des soins infirmiers, des soins de longue durée et des soins à domicile et de la santé mentale.

Acteurs du groupe de travail NSA du C4

- Coordinatrice du C4
- *Project Manager*/Gestionnaire de projet
- Représentants de l'équipe du triage des demandes de réadaptation/Guichet d'accès aux lits de réadaptation en santé physique et soins respiratoires
- Coordinateur des Services sociaux, Service de réadaptation en CHSLD, et Service des aides techniques
- Chef du département des Services sociaux – Secteur hospitalier
- Cheffe d'administration de programme accès – SAPA
- Travailleuse sociale – Mécanisme d'accès – NSA /Direction Santé Mentale et Dépendance
- CSI – Infirmière en planification de congé
- Assistante chef physiothérapie
- *Nurse clinician – Geriatric nurse consultant*

Bien que les bénéfices de regrouper tous les acteurs dans une même salle soient importants, Dan Gabay rappelle que cela n'est pas sans impact, car « tu décentralises des gestionnaires qui sont "clés" aux opérations dans leur zone respective ». Créer l'unité nécessaire au développement de la vision commune et au renforcement de la collaboration se fait en quelque sorte au détriment de la gestion de proximité. Heureusement, la situation est temporaire, mais cela oblige à être efficace et à bien faire progresser le projet, explique Dan Gabay.

Au démarrage du groupe de travail, chacun cherche ses repères. Cette période de flottement constitue un défi : « C'est un irritant pour certaines personnes plus structurées, d'être dans un environnement abstrait pour démarrer, parce que les objectifs ne sont pas encore définis », explique Dan Gabay.

Les membres du comité stratégique qui ont vécu le projet pilote, agissent en quelque sorte en éclaireur dans la démarche et rassurent les collègues. André Poitras sensibilise les membres de l'équipe par son discours : « il y a une adaptation, mais je ne t'impose pas quelque chose de désagréable que je n'ai pas fait moi-même. Je l'ai fait et il y a du positif », leur dit-il.

Durant cette période, l'objectif est d'abord de cartographier le processus et analyser les données, afin d'aboutir ensemble à la fixation d'objectifs communs de travail et des cibles à atteindre pour les NSA.

Comme le groupe de travail précédent, celui des NSA alterne entre les périodes de travail habituel et des ateliers animés par la DQTEVE-SV et Mary Lattas, qui possède une solide expérience du sujet, où il cherche à comprendre les NSA, à cibler ses enjeux et à identifier les données nécessaires pour mieux les piloter. Ce qu'on vise avant tout, c'est à améliorer les processus et à trouver des solutions pour diminuer le nombre de NSA qui perdure dans l'établissement. La coordinatrice du C4 est responsable d'afficher au mur les bons coups du groupe. Ce monitoring met en évidence la valeur de leurs efforts et garde l'équipe engagée.

De nombreux acteurs sont aussi impliqués et mobilisés à différents moments au cours de ce groupe de travail, mais sans nécessairement être en présentiel. C'est entre autres le cas de plusieurs médecins. Leur priorité est d'être auprès des patients, mais leur perspective est capitale à bien des égards. Mark Biunno exprime à ce sujet :

« C'est sûr que la participation des médecins, c'est vraiment important. On les invite tout le temps. Puis quand il y a des rencontres importantes, qu'on ait vraiment besoin de leur *input* ou leur *feedback*, on va attendre qu'ils soient là. On ne veut pas prendre de décisions sans qu'ils ne soient au courant, parce que si ça a un impact sur leur façon de fonctionner, il faut qu'ils soient autour de la table. »

Et la mobilisation des médecins n'est possible que s'ils voient l'intérêt d'investir du temps, explique André Poitras.

« Si je vais voir les médecins, c'est quoi la « plus-value » pour eux? Pour certains, c'était " si je pouvais arrêter de regarder 10 rapports pour avoir l'information dont j'ai besoin, je vais mettre l'énergie dans ces rencontres-là ". [...] Il faut juste l'identifier et le tourner de la bonne façon. C'est un peu du politique et du stratège, mais je pense que pour un centre de commandement, c'est super important de le ramener dans nos discussions avec nos partenaires médicaux dès le début. »

Une chercheuse partenaire du CIUSSS, la doctorante Jennifer Gutberg, réalise un sondage auprès des membres du groupe de travail NSA au début et à la fin de la démarche. Elle explique que, bien que les participants au départ ne voyaient pas clairement la valeur ajoutée de se regrouper tous au Centre de commandement pour développer le volet NSA, les résultats ont montré une belle progression à ce niveau par la suite.

Pour Suzette Chung, infirmière en chef responsable de la planification des congés et responsable de la fluidité des trajectoires à l'urgence, qui participe au groupe NSA, l'expérience de côtoyer des acteurs cliniques et des gestionnaires de différents niveaux est réellement enrichissante. « Si on a des défis, on en discute de vive voix », dit-elle. Le téléphone et le courriel sont moins utilisés. Luc Méthot, se rappelle « ça brise les silos hiérarchiques, parce que vous êtes assis ensemble et vous faites partie du centre de commandement [...] la fluidité est meilleure en termes de communication ».

Le défi des données : l'accessibilité et la qualité

Un des problèmes majeurs lorsqu'on souhaite se pencher sur les NSA et leur gestion quotidienne, c'est l'accès à l'information nécessaire pour comprendre et prendre des décisions éclairées. Le besoin du C4 d'avoir accès à certaines données en CHSLD et hôpital de réadaptation en temps réel a mis en lumière le décalage et la difficulté d'avoir accès à ces informations. À l'instar de l'hôpital, pour les établissements dans la communauté, les tableaux d'occupation des lits et plusieurs informations de gestion n'y sont pas informatisés, explique la directrice de la réadaptation et des services multidisciplinaires, Mary Lattas.

À cet égard, la mise en place de solutions parallèles est privilégiée afin d'avoir une visibilité sur les données. Pour accéder à l'information sur la disponibilité des lits, par exemple, l'équipe de la santé numérique importe les données de formulaires *Excel* partagés avec les CHSLD. Néanmoins, cette manière de fonctionner est une tâche supplémentaire pour les équipes sur le terrain, car ils doivent garder ces tableaux à jour, mais comme le souligne Sabine Cohen : « on ne pouvait plus fonctionner par des appels. C'est un gros défi parce que cette information est très importante pour la gestion des NSA ».

Une fois accessibles, les données doivent aussi être de qualité et fiables pour être affichée au C4 et guider la prise de décision. Pour l'équipe de la santé numérique, c'est le critère numéro un : « on ne peut pas se permettre de livrer une tuile, si ce n'est pas vraiment de la plus haute qualité. On ne livre pas tant que le processus n'assure pas la qualité de la donnée », explique Sabine Cohen. Une donnée de qualité doit pouvoir être auditée et il faut pouvoir confirmer qu'elle représente le bon patient dans le bon lit dans le système source. Pour respecter cette exigence, Sabine Cohen précise comment son équipe a procédé :

« [dès la conception,] on a mis beaucoup d'imputabilité sur les gestionnaires qui sont sur le terrain, pour leur dire que cette information sera visible au Centre de commandement et, s'il y a une anomalie, qu'ils seraient questionnés là-dessus, devraient répondre et s'assurer que la qualité de l'information est acceptable. »

L'exigence de la qualité de la donnée amène le besoin de revoir certains processus de travail. L'équipe de la santé numérique identifie notamment des problèmes de qualité dans certains cas où, par exemple,

l'entrée de données ne se fait pas en temps réel. Sabine Cohen se souvient d'un processus bien précis qu'il a fallu adapter :

« Notre processus d'admission des patients n'est pas (...) en temps réel. On admet les patients au fur et à mesure, mais parfois l'information est entrée en lot. Donc, les feuilles d'admission s'accumulent. (...) En plus, la « batch » n'est pas toujours entrée à la même heure et c'est un gros problème parce qu'on ne peut pas suivre le cheminement du patient... On ne sait pas, peut-être le patient est déjà rendu depuis trente minutes et les feuilles sont entrées une heure plus tard. »

Par ailleurs, à mesure qu'on ajoute des tuiles et des données au C4, il faut s'assurer de leur cohérence avec les précédentes.

« Lors du déploiement d'une nouvelle tuile, on doit s'assurer qu'elle s'arrime avec les autres, parce que certains indicateurs sont répétés. Il se peut qu'il soit répété dans une autre histoire, avec un autre objectif dans une autre tuile, mais il faut que le résultat soit le même, parce que ce sont les mêmes personnes qui font un 360° pour comprendre la situation aujourd'hui dans l'établissement. Donc un indicateur ne peut pas contredire un autre. »

La directrice médicale du C4, Dre Fraser s'implique aussi en sensibilisant l'équipe terrain sur l'impact de l'entrée des données, ce qui nécessite pour des équipes de réorganiser leur travail. Le fait que le C4 soit une priorité organisationnelle connue de tous facilite également les choses quand il s'agit de changer les façons de faire.

Sabine Cohen constate tout de même que : « tout le monde voyait des avantages [à mettre des efforts sur les données]. Ce n'est pas pour afficher de belles tuiles, c'est vraiment pour vous aider pour faire avancer vos patients et réduire votre stress. Il faut vraiment véhiculer le *what's in it for me* ».

À l'inverse, les données présentées peuvent aussi être contestées, surtout au début, et il est important de pouvoir fournir une réponse aux équipes pour bâtir leur confiance dans ces données. Lors de remises en question ou lorsqu'un chiffre paraît douteux, il est important de le valider plutôt que de le défendre d'emblée, car il peut y avoir des erreurs, explique Carol Viegas. Elle se rappelle d'ailleurs que quand les cas de COVID-19 ont commencé à diminuer et que l'établissement a vu ses indicateurs remonter et présenter une plus grande variété de patients, plusieurs lui ont demandé si les chiffres étaient vraiment bons. Devant de telles situations, Carol Viegas prend le temps de vérifier les données avec Dre Shannon Fraser et l'équipe terrain. Elle voit tout de même ces remises en question d'un bon œil : « [les équipes] ont suffisamment confiance pour dire que s'il y a quelque chose qui ne va pas, on va juste envoyer un courriel à Carol et on obtiendra l'explication. [...] Ils sont satisfaits, parce qu'on a bâti cette confiance ».

Les tableaux de bord NSA/FRA

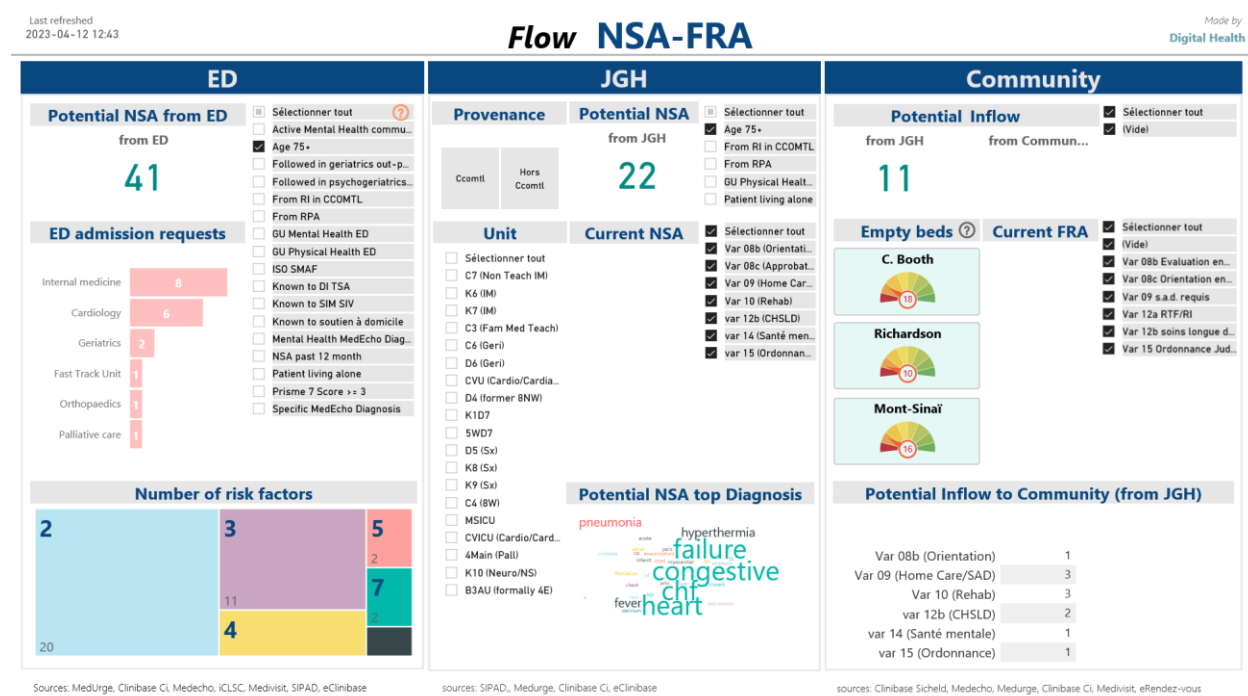
Le tableau de bord NSA/FRA dynamique a été conçu spécifiquement pour surveiller le flux, dont les NSA, incluant les usagers qui sont à risque de le devenir. Ce tableau de bord, utilisé par l'intervenant réseau et l'équipe interdisciplinaire, permet d'identifier les usagers à risque de devenir NSA et permet l'identification de l'intervenant pivot, les services en place, les dates des derniers SAD, etc. En misant sur l'utilisation de des tableaux de bord par les équipes terrain (DMS, tableau de bord NSA, etc.), les transferts peuvent être prévus en amont et coordonnés de façon optimale en évitant les délais non nécessaires.

De plus, le tableau de bord NSA/FRA fournit aux équipes interdisciplinaires hospitalières et communautaires des données en temps réel sur les patients vulnérables qui ont été ou qui sont à risque d'être déclarés NSA.

Cette capacité prédictive, basée sur des indicateurs soigneusement étudiés et des données historiques d'hospitalisation, soutient la gestion des ressources et la mise en œuvre de mesures proactives. Cet outil fournit aussi des informations sur les patients à quatre moments critiques du continuum : en amont de SAD, à l'urgence, lors de l'admission à l'hôpital et pendant un séjour antérieur de réadaptation en milieu hospitalier.

Cet outil complémentaire collige des informations permettant aux décideurs d'implanter des mesures proactives ou correctives pour améliorer la fluidité dans le réseau sans avoir à consulter plusieurs systèmes d'information. Les concepteurs de l'outil ont veillé à ce que chaque utilisateur puisse choisir des indicateurs et visualiser les données selon ses besoins. Cette flexibilité contribue au développement d'une vision partagée et transversale au CCOMTL. De plus, l'accès aux mêmes données facilite la collaboration et la communication entre les parties prenantes. Ce tableau de bord permet également de voir l'occupation des trois hôpitaux de réhabilitation (CH Richardson, Catherine Booth et Mt-Sinai). Il aide également les équipes interdisciplinaires à prioriser leurs consultations - admission des patients vs retour à la maison.

Le tableau a deux onglets : 1) *Potential inflow* (flux entrant) et 2) *Current situation* (situation actuelle). De nombreuses options peuvent être sélectionnées, dont les facteurs de risque (ISO SMAF, grand utilisateur, etc.), les variables NSA à l'hôpital et dans la communauté. L'option *drill-through* permet de forer pour obtenir des détails sur le patient sous forme de tableau (nom, code RAMQ, âge, durée de séjour, nombre de facteurs de risque, PRISMA-7, établissement de provenance, diagnostic, etc.).





Capture d'écran des tuiles Flow NSA-FRA

La création des caucus NSA

En ce qui concerne les caucus, un besoin manifeste est présent; celui de créer une mécanique de caucus pour partager rapidement de l'information critique entre l'hôpital, les hôpitaux de réadaptation, le soutien à domicile, les RI et les CHSLD. Pour pouvoir y parvenir, il est préalablement nécessaire de s'équiper d'ordinateurs, d'écrans, de casques d'écoute, ce qui est réalisé. Le caucus NSA est mis sur pied et se rencontre deux fois par jour pendant quinze minutes : à 8 h 30 et à 15 h 45. Il regroupe la directrice médicale du C4, la coordonnatrice DRSM ainsi que les représentants des directions des services sociaux, de SAPA, du mécanisme d'accès hébergement (MAH), du soutien à domicile, des soins infirmiers, de la planification des congés, de la réadaptation, du guichet de réadaptation, de la gériatrie et de santé mentale. Lors d'un tour de table rythmé animé initialement par le coordonnateur des services sociaux et services de réadaptation en CHSLD et services d'aide technique, Mark Demaine (et ensuite par l'adjointe à la DRSM porteuse du dossier NSA, Suzette Chung), les acteurs peuvent parler des enjeux avec la clientèle NSA et prévoir les congés imminents. Ce qui est aidant pour en parler, explique Mark Demaine : « c'est la diversité et les différents niveaux des acteurs présents. On y retrouve autant des intervenants cliniques que des chefs de service, coordonnateurs, gestionnaires et directeurs. Ça prend tout ce monde-là pour s'assurer que tout fonctionne bien ». La rencontre du matin vise plus particulièrement le partage d'information sur le nombre de congés prévus et les bloqueurs retardant des congés imminents, de façon que tous les membres du caucus connaissent l'état de la situation concernant les NSA. La rencontre en fin de journée permet de faire le suivi sur les NSA convenus le matin. Mary Lattas souligne aussi : « l'ajout des caucus permet de travailler plus efficacement, en réduisant les conflits dus à un manque de communication sur les éléments pertinents ».

Des dizaines d'opportunités d'amélioration

Une partie du travail du groupe des NSA réunie au C4 consiste à analyser et comprendre les bloqueurs dans la trajectoire des patients. Pour y parvenir, l'équipe sélectionne vingt-cinq cas de patients qui excèdent le nombre de jours normaux en niveau de soins alternatifs dans des lits aigus et leur analyse permet de cartographier le processus de congé et de transfert des patients. Cette analyse permet de restructurer le

processus à certains égards, puis d'identifier des cibles de travail pour en faire des projets d'amélioration qui touchent autant les soins infirmiers que la réadaptation, l'entretien et la maintenance.

Par exemple, pendant les ateliers, la cellule de travail NSA développe un outil qui permet de justifier les raisons de garder la personne âgée hospitalisée au moment où elle n'a plus besoin de soins aigus. Cet outil (c.-à-d. la feuille des patients NSA intitulée « CLSC – Résultat de la discussion pré-rencontre de planification de congé ») est utilisé par la professionnelle en travail social lors d'une rencontre avec le CLSC, l'équipe traitante de l'hôpital et la famille. Il assure que les possibilités pour que le patient reçoive adéquatement les soins nécessaires pour le maintenir à domicile ont toutes été explorées. « Puis, si on a épuisé toutes les possibilités avec le CLSC, le chef SAPA et le chef des services sociaux doivent signer la feuille pour donner leur accord mutuel », explique Suzette Chung. D'autres outils sont développés, tels qu'un tableau numérique des patients à l'urgence qui pourraient être à risque d'être NSA, selon des facteurs de criticité établis (volet ED de 1^{re} tuile ci-haut). Ces données permettent au clinicien et à l'intervenant réseau de creuser l'information, et d'identifier des solutions potentielles grâce à l'analyse des facteurs de risques. Ainsi, l'intervenant réseau peut cibler certains patients et faire des interventions précoces, décrit Mark Demaine. Les outils sont développés en équipe et validés rapidement sur le terrain, dans l'action, pour être éprouvés et améliorés.

Lors de l'implantation de nouveaux outils, Mary Lattas rencontre les gestionnaires et les cliniciens concernés pour leur expliquer les nouveautés. Pour assurer la pertinence des changements, elle explique, entre autres, de quelle façon ces nouvelles façons de faire sont alignées avec les meilleures pratiques et pourraient permettre de diminuer la durée moyenne de séjour des patients. Quant à leur légitimité, le fait que ces initiatives émergent du C4 leur donne inévitablement un poids.

De surcroît, le groupe de travail est à l'écoute des besoins du personnel des trois hôpitaux en réadaptation qui vivent des enjeux organisationnels importants : un manque important de personnel, des soucis de communication d'informations, des processus d'admission pas toujours harmonisés ni efficaces et des outils de travail mal adaptés. Entre autres, les sites identifient la nécessité d'avoir des infirmières en planification des congés et une première ressource a pu être ajoutée à l'équipe et plus tard une deuxième, sous la responsabilité de Carol Viegas. Ces infirmières aident à résoudre les enjeux qui bloquent lorsqu'on attend le congé d'un patient (attente d'un test ou d'un examen, aide au repas, etc.). Ces ressources font partie du budget du C4, sous la DQTEVE-SV.

Le précieux rôle de la coordonnatrice du C4

La coordonnatrice du C4 examine et documente les enjeux et les goulots rencontrés en caucus, elle assure les suivis concernant les actions à poser et soutient les équipes pour faciliter le mouvement des patients.

Kimberly Gartshore, la coordonnatrice, cite un exemple récent :

« Avec l'entretien ménager ou le transport des patients, il [semble parfois] y avoir des délais, alors je collabore avec l'équipe pour tirer les données sur les temps moyens et j'analyse les tendances. Je présente le résultat à l'équipe et ensemble, on évalue s'il y a des bloqueurs et quelles sont les solutions possibles pour améliorer la situation. »

Comme explique Mark Biunno, spécialiste en procédés administratifs :

« C'est elle qui est responsable de faire des suivis. [Par exemple, si on a un problème], elle va contacter les personnes pour savoir ce qui est arrivé, pourquoi, comment éviter que ça se reproduise, qui contacter [en cas de problème], etc. »

Ce rôle est important dans l'accompagnement des équipes, tel que le souligne André Poitras :

« C'est vraiment une opératrice qui relève de l'ensemble, pour dédouaner [...] ce n'est pas tout le monde [...] qui a les compétences pour animer une rencontre, faire des plans d'action et amener les gens à focaliser comme elle le fait. »

L'impact des travaux du groupe NSA

Avec l'instauration des caucus et l'information désormais disponible en temps réel, les admissions aux hôpitaux de réadaptation peuvent débuter dès 9 h 45, soit 75 minutes plus tôt qu'avant. Les lits de soins aigus occupés par des NSA se libèrent plus tôt, créant un meilleur accès aux lits.

En mettant en place des dizaines d'améliorations, le résultat est impressionnant. Les NSA sont passés de 67 patients à une vingtaine, au plus bas. Cependant, lorsque la pandémie s'est calmée et qu'un retour aux activités régulières s'est opéré, les NSA ont remonté pour se stabiliser autour de 43 patients en 2022. Aussi, « on a réussi à diminuer nos DMS à l'hôpital de réadaptation de six jours. Ce ne sont pas juste des chiffres, ce sont des personnes [qui en bénéficient] », fait valoir Mary Lattas.

L'impact du travail du groupe est aussi palpable au sein même de l'équipe. « Il y a une meilleure collaboration, car chacun est sensibilisé à la réalité de l'autre, et les directions communiquent beaucoup sur le « nous ». Le centre de commandement permet de travailler sur le nous collectif », soutien Luc Méthot.

Tout ce travail du groupe NSA au C4 permet de mieux harmoniser les zones d'interface entre les directions. Les tableaux de bord qui ont été créés pour faciliter les prises de décisions et les mouvements de patients donnent un nouveau souffle aux équipes.

« Nous étions déjà plusieurs à travailler ensemble pour régler la situation des NSA avant le lancement du Centre de commandement », explique Mary Lattas, « mais malheureusement, notre capacité d'agir était limitée. Le Centre de commandement nous donne accès à une information constamment actualisée sur la situation dans les installations du CIUSSS ».

Les hôpitaux et centres de réadaptation ont aligné les demandes de tous les centres de soins aigus sur la capacité du CIUSSS CCOMTL en suivant le flux de lits dans le continuum de la réadaptation. En organisant des caucus de flux et des caucus d'admission, en surveillant quotidiennement la liste d'attente des guichets et le type de lits (LPA, gériatrique, neuro, etc.) demandés, les équipes ont pu allouer les ressources nécessaires et réorganiser les services sur nos sites de réadaptation afin d'optimiser le flux de lits. Ces initiatives ont permis d'améliorer l'accès aux lits de réadaptation dans notre CIUSSS, passant de 28 à 52 %, de réduire les délais d'accès de 2,8 à 1,4 jours et d'augmenter les volumes de 13 à 40 % en fonction du type de programmes de réadaptation.

Après une analyse minutieuse des besoins et une collaboration étroite avec plusieurs directions, le leadership de Sharon O'Grady (Coordonnatrice des soins infirmiers de réadaptation) et les coordonnateurs de l'Hôpital Catherine-Booth et de l'Hôpital Richardson ont accueilli favorablement l'ajout de nouveaux outils technologiques pour faciliter la gestion quotidienne des déplacements des patients. L'installation de tableaux électroniques de lits et l'inclusion de ces deux sites dans le rapport sur le flux des lits dans la communauté ont marqué un grand pas vers l'harmonisation des pratiques entre les sites de soins aigus et les sites de soins communautaires. Ces outils permettent également aux responsables du CIUSSS d'avoir une vision plus complète de l'utilisation des ressources dans le continuum des soins.

Le C4 : un lieu physique et virtuel

En vue d'assurer la suite et la pérennité du C4, un lieu physique temporaire pour réunir le groupe de travail est dédié en mars 2021. La salle comprend les écrans affichant les tuiles développées et celles à venir, ainsi que six postes de travail. Le tout respecte les critères de prévention et contrôle des infections (PCI) quant au volume de la pièce, aux distances et mesures à prendre dans ce contexte pandémique. Les lieux restent ouverts à tous en tout temps et des employés et cadres curieux et intéressés viennent parfois voir l'endroit et constater son fonctionnement.

Par ailleurs, c'est à ce moment que le concept de centre de commandement est baptisé C4, pour **C**ontinuum de soins, **C**ommunication, **C**ollaboration, **C**réation (**C**are, **C**ollaborate, **C**oordinate et **C**ommunicate) et que se relocalise la coordonnatrice du C4 dans ce nouvel espace. Elle a ainsi une vue d'ensemble sur tous les indicateurs et assiste à tous les caucus.



Le Centre de commandement, au deuxième étage du pavillon B, à l'HGJ. Source : <https://jghnews.ciusswestcentral.ca/fr/la-circulation-des-patients-est-plus-fluide-grace-au-nouveau-centre-de-commandement-numerique/>

Le retour au poste des membres du groupe de travail

Le groupe de travail des NSA, originalement prévu pour trois mois, dure finalement six mois. En effet, en juin 2021, après trois mois de travail, l'équipe des NSA voit des résultats intéressants, mais les gains restent fragiles et il y a encore du travail à faire afin d'assurer leur pérennisation. Dans les circonstances, l'équipe décide de prolonger l'expérience dans la salle de trois mois. Suzette Chung souligne que :

« L'une des raisons était qu'on voulait encore diminuer les NSA. [On voulait] que l'équipe soit indépendante et fonctionnelle en atteignant un degré de maturité plus élevé avec une communication plus serrée et plus de synergie. »

Ainsi, en août 2021, six mois après le début du groupe de travail, l'équipe en présentielle est démantelée et chacun retourne à son lieu d'appartenance. Erin Cook explique le fonctionnement de la transition de la phase de projet à la phase opérationnelle :

« Quand ça devient opérationnel, les groupes de travail atteignent un niveau de maturité et vous n'avez plus besoin d'être tout le temps présent dans la salle. On comprend qu'il y a une valeur ajoutée et qu'il y ait un gestionnaire de proximité des équipes. On veut garder un certain équilibre, on décentralise le C4, mais on garde le lien par Teams et par les caucus. »

André Poitras abonde dans le même sens :

« Toutes les cellules de travail avec le centre de commandement ont commencé avec les gens sur place, avec l'idée de créer ces liens et la synergie. Une fois que c'est créé, on peut être [à distance] et la synergie reste. On sait qu'on peut appeler telle ou telle personne pour faire bouger les choses. »

Avant de se séparer, l'équipe a toutefois convenu d'un plan de contingence: lorsque le nombre de patients NSA atteint 45, ce qui correspond à la cible ministérielle de 8 % des lits dressés pour l'établissement, ils doivent retourner physiquement travailler au C4, le temps de gérer la situation et de diminuer le nombre. André Poitras justifie cette décision commune : « si les chiffres montent trop, on a besoin que les gens reviennent sur place pour avoir des échanges plus rapides, des suivis plus rapides et une synergie qui explose ».

Une fois de retour à leur lieu de travail respectif, les acteurs du groupe de travail poursuivent les caucus NSA deux fois par jour. Mis à part ces caucus, l'équipe se rencontre aussi une fois par semaine via Teams pour solutionner des bloqueurs qui nécessitent plus d'analyse ou pour cibler la présence de délais d'orientation. Ces rencontres permettent de faire le point sur les récents événements qui se sont moins bien déroulés et d'améliorer les processus en basant les discussions sur des données objectives et non sur des perceptions. Mary Lattas précise comment le déroulement de ces rencontres avec les équipes interdisciplinaires a évolué rapidement : « Je dirais que la première fois qu'on a fait l'exercice, tout le monde essayait de justifier ce qu'ils ont fait, la deuxième fois déjà, les participants étaient plus ouverts à remettre en question des façons de faire, ainsi qu'à nommer ce qui aurait pu être fait différemment ».

Mark Demaine met aussi l'accent sur le rôle des données dans la responsabilisation des acteurs : « Les données ajoutent au sentiment qu'il faut agir et qu'il faut être conscient, pas juste de ma petite unité, mais de l'impact que ça a sur tout le roulement et sur la trajectoire de soins d'un patient ».

Dans le même ordre d'idées, avec le temps, le niveau de discussion aux caucus est passé d'enjeux stratégiques à des enjeux plus opérationnels. Par conséquent, les acteurs présents aux caucus ont aussi changé : les directeurs adjoints ont en partie cédé leur place à des coordonnateurs ou des chefs de programme. Ils reviennent cependant participer au caucus occasionnellement, au besoin, soit pour aider à résoudre des défis plus complexes ou pour souligner les bons coups et féliciter les équipes. « Je ne veux pas que ma présence soit toujours reliée à un problème », rigole Mary Lattas. Elle précise que, même si elle n'est pas toujours présente aux rencontres, elle est toujours au courant de ce qui se passe.

L'ajout du volet sur la santé mentale au C4

Détermination de la stratégie

La santé mentale, deuxième priorité identifiée par le groupe de travail C4 en début d'année 2021, est en cours. En septembre 2021, un comité directeur pour cette priorité est mis sur pied. Mark Biunno, spécialiste en procédés administratifs nouvellement embauché et attiré aux différents mandats d'amélioration continue du C4 en prend la charge, avec la directrice adjointe de la DQTEVE-SV, Erin Cook, et le directeur adjoint de la santé mentale. Leur mandat est d'établir les objectifs du projet et de déterminer qui seront les acteurs clés dans le comité opérationnel du C4 – santé mentale. En fonction des objectifs du projet, il faut « former une équipe de gens qui ont une capacité décisionnelle, qui vont être capables d'agir pour prendre des décisions sur les obstacles et sur comment les régler », explique Mark Biunno. Le comité stratégique présente donc le projet aux directions et services concernés, qui devront libérer des responsables délégués pour former le comité tactique.

Contrairement à l'équipe des NSA, la direction de la santé mentale convient qu'il n'est pas réalisable de rapatrier les acteurs à temps plein dans le C4 en raison des obligations du personnel travaillant sur l'unité de soins et aux services ambulatoires (ceux-ci étant impliqués dans les soins directs à la clientèle de santé mentale). Ainsi, le comité tactique doit choisir une autre méthode de travail qui permet au groupe de progresser sur l'amélioration des flux et la création de tableaux de bord aux données actionnables. Ils décident de former deux équipes qui traiteront chacune d'un enjeu précédemment identifié par le groupe de travail du C4 : les listes d'attentes en services ambulatoires de première ligne et la durée moyenne de séjour sur l'unité de soins. Les membres continueront de remplir leurs fonctions à leur lieu habituel de travail, mais se déplaceront au C4 pour les ateliers de travail. Joanne Côté affirme : « il faut qu'on soit agile [...] et assez flexible pour s'adapter à la réalité des équipes, en ne perdant pas de vue notre objectif à atteindre ».

À l'amorce du projet, Mark Biunno assure une présentation de bienvenue au comité opérationnel pour communiquer le contexte, la pertinence, les objectifs et les bénéfices et expliquer l'expérience du C4 jusqu'à présent. Cette présentation s'est développée à la suite de commentaires rétrospectifs de l'équipe

de projet sur les NSA qui auraient aimé bénéficier davantage de mise en contexte et d'une meilleure compréhension du projet au départ.

Les ateliers : la durée moyenne de séjour et la liste d'attente

Au début de décembre 2021, Mark Biunno soutient les deux équipes du comité opérationnel santé mentale dans la réduction des durées moyennes de séjour et la réduction des listes d'attente. Les équipes se déplacent tous les jours : en avant-midi se tiennent les ateliers sur la durée moyenne de séjour et en après-midi se tiennent les ateliers qui s'intéressent à la diminution des listes d'attentes.

D'un côté, pour l'équipe sur la durée moyenne de séjour (DMS) il y a autour de la table : l'infirmier-chef de l'unité de psychiatrie, la directrice adjointe, deux coordonnateurs des services dans la communauté, la coordonnatrice des services de soins intensifs en milieu de vie et la coordonnatrice des soins intensifs flexible, ainsi que le chef de département de psychiatrie et un psychologue, qui se joignent une fois par semaine. Ensemble, ils couvrent tous les aspects des trajectoires potentielles des patients. Les médecins psychiatres sont toujours invités et leur participation, bien qu'occasionnelle, est primordiale.

L'équipe abordant la thématique sur les durées moyennes de séjour convient de se rencontrer tous les jours pendant une heure et demie sur des thématiques préétablies. Une programmation de travail standard pour la semaine est créée.

- Les lundis, l'équipe surveille chacun des patients sur l'unité pour assigner des tâches et des suivis.
- Les mardis sont dédiés aux suivis systématiques des clientèles étant donné que les médecins, qui sont plus concernés par cet élément, sont davantage disponibles. En effet, les décisions entourant les patients lors des suivis systématiques ont des impacts sur leur pratique.
- Les rencontres du mercredi abordent la durée moyenne de séjour des patients en santé mentale à l'urgence spécifiquement.
- Les jeudis, l'équipe travaille sur l'arrimage de l'hôpital et des cliniques externes, où les patients ont leurs suivis une fois leur congé donné.
- Finalement, les vendredis sont consacrés à une rencontre varia pour les sujets non abordés pendant la semaine, tels que des suivis ou le « *diagnosis related group* » (DRG).

Les échanges du mercredi portant sur les durées moyennes de séjour à l'urgence servent en premier lieu à ouvrir la boîte noire de l'urgence et à démystifier ce qui s'y passe. En effet, l'équipe se questionne sur certaines prises de mesures et sur la validité des données produites par les systèmes (par exemple, des délais calculés par Med-urge entre le triage, la première consultation, la demande de consultation spécialisée et la consultation en santé mentale). Une partie du travail vise ainsi à « *rectifier la compréhension sur les protocoles de l'urgence pour faire confiance aux mesures* », précise Mark Biunno, qui joue un rôle de facilitateur en provoquant et en animant les différentes rencontres. Selon la directrice de la DQTEVE-SV, la construction de la confiance est une étape nécessaire pour l'adhésion des équipes.

Un coup que les gens ont compris [...] que c'est vraiment une équipe qui est là pour les aider à trouver des solutions, à les mettre en place, et à s'assurer que ça continue avec des tableaux de bord qui leur permettent de suivre leurs données, on va chercher leur engagement, explique-t-elle.

En tant que spécialistes de leur réalité, les acteurs créent à travers les différents ateliers de la semaine, une liste d'améliorations possibles, puis les priorisent. Ils débutent par des cibles atteignables qui sont facilement accessibles, des *quick wins*, comme la simplification de certains procédés administratifs (ex. : ils remplacent un document envoyé quotidiennement par courriel par la création d'un groupe Teams où la mise à jour du document se voit plus instantanément). Puis, ils s'attaquent à des choses qui demandent plus d'efforts et qui engendrent un résultat plus significatif. Par exemple, pour l'objectif de réduction des durées moyennes de séjour en santé mentale, l'équipe vise la mise en place de suivis systématiques des

clientèles qui « nécessitent beaucoup plus de changement dans les pratiques professionnelles et administratives, dont la redéfinition des rôles et responsabilités », souligne Mark Biunno.

D'un autre côté, l'équipe travaillant en après-midi sur les listes d'attentes nécessite de regrouper les directions de première ligne, de santé mentale adulte, du guichet d'accès santé mentale adulte (GASMA), des services cliniques externes, ainsi que des partenaires comme des groupes de médecine familiale (GMF) et des services de santé généraux. Au début de leur mandat, leur objectif est d'apprendre à connaître les services de chacun et leur mission. Mark Biunno mentionne comment cet investissement de temps s'avère bénéfique :

« [cela permet de] briser les silos, c'est comme ouvrir la discussion. Certains travaillaient déjà ensemble, mais il ne savait pas nécessairement tous les services qui étaient offerts dans les autres départements (...) il y a une meilleure compréhension de l'ensemble, une vision plus large qu'avant et (ils sont) mieux outillés. »

Dans sa phase de projet, plusieurs facteurs contextuels, dont les vagues de COVID-19 qui interrompent parfois le projet, font en sorte que le comité n'atteint pas le niveau d'agilité espéré. L'équipe est affectée aussi par un roulement au niveau des gestionnaires, ce qui impacte sa maturité et son efficacité à produire des gains rapidement. Joanne Côté souligne quand même les résultats impressionnants : « on passe d'une durée moyenne de séjour de 25,6 jours à la septième période (P7) de l'année 2019-2020 à 20 jours à la P7 de l'année 2022-2023 et nous avons atteint la cible globale ». Compte tenu des défis vécus par les équipes ainsi que des vagues de la COVID-19, ceux-ci poursuivent leurs ateliers jusqu'en juillet 2022. L'équipe a également intégré au cours de cette période des projets ministériels tels que l'Hôpital à domicile en santé mentale et l'intensification des services à domicile pour cette clientèle.

Avec du recul, il devient clair qu'il faut accorder de l'importance à la sélection des équipes et favoriser celles qui sont prêtes, pour pouvoir progresser et réussir. Dre Fraser constate que :

« L'équipe santé mentale faisait face à de gros défis. C'est pour ça qu'ils avaient décidé de tenter l'expérience, pour bénéficier du support du C4. Mais ils étaient moins prêts pour différentes raisons. C'est pour ça que ça a pris plus de temps. Maintenant on voit des gains. Mais reste que c'est beaucoup plus lent si les équipes ne sont pas prêtes. »

Dan Gabay abonde dans le même sens :

« La santé mentale dans sa première itération, ça a frappé tous azimuts, c'était très large. [...] On aurait pu être beaucoup plus restreint et aller chercher de premiers gains. Une fois qu'on va chercher les premiers gains, on peut commencer à élargir le mandat. [...] Là, on commence à voir les gains en santé mentale, mais ça a pris plus de temps qu'attendu. »

Comme ce fut le cas lors des premiers chantiers du C4, peut-être les ambitions pour la santé mentale étaient également trop larges ou trop ambitieuses.

Les soins virtuels du CCOMTL propulsés par le C4

Permettant d'augmenter la capacité d'accueil de l'établissement, le volume de soins, ainsi que la qualité et la sécurité des soins dans des cas bien ciblés, tout en assurant que le patient soit soigné dans un environnement qui lui est familier et propice à sa récupération, la télésanté est une voie d'avenir fortement propulsée avec la pandémie. Le C4 facilite la mise sur pied d'initiatives de soins virtuels, car il constitue un lieu où les indicateurs de santé des patients suivis à domicile par l'internet peuvent être surveillés en tout temps pour permettre une prise de décision rapide des équipes soignantes. Par ailleurs, les soins virtuels étant l'une des solutions permettant d'augmenter la fluidité. De ce fait, ils sont sous le mandat de la coordonnatrice du C4.

L'hôpital à domicile (H@D) est un des services offerts par les Soins virtuels. En fait il a été instauré pour créer de la capacité litière et pas pour adresser les NSA. Donc, les patients de l'H@D ne sont pas des

NSA, mais bien des patients qui seraient restés hospitalisés pour recevoir des soins, alors qu'ils peuvent maintenant les recevoir dans leur domicile avec un suivi à distance par des professionnels en virtuel.

Parmi les solutions mises sur pied par le C4 pour augmenter la capacité d'admission des patients à l'urgence en attente d'hospitalisation, on compte l'H@D et le congé précoce.

Hospitalisation @ domicile

L'hospitalisation à domicile est un projet en discussion et en développement au CCOMTL depuis un certain temps. Toutefois, fin janvier 2022, les besoins de la population à la cinquième vague de COVID-19 et pour l'accès aux lits pour les patients sur la liste d'attente chirurgicale propulsent le mandat. Ainsi, le PDG Dr Rosenberg lance le défi aux équipes de mettre sur pied un service d'hospitalisation à domicile pour les patients hospitalisés pour le Covid, et de les rendre effectifs pour le lundi suivant. Le défi est de taille! Le directeur médical du Centre de cardiologie Azrieli, le directeur médical des soins virtuels, Dr Lawrence Rudski et la directrice adjointe de la DQTEVE-SV, Erin Cook prennent le projet sous leur responsabilité. Ils réunissent une trentaine de personnes pendant toute une fin de semaine dans le but de débiter les services dès lundi matin. Une approche osée, mais qui ne manque pas de marquer les esprits. « Ça prend de la volonté et de la créativité pour mettre en place quelque chose en 48 heures! Et c'est peut-être notre force, on aime les projets! », exprime Luc Méthot.

L'hôpital à domicile est lié au C4. Elle permet d'augmenter la capacité litière et la fluidité : un patient qui peut être soigné en toute sécurité à domicile permet ainsi de libérer un lit. Une fois l'admission au programme, la coordination des patients est organisée par le C4, afin que tout le matériel, les médicaments et les soins requis pour le patient à domicile soient déployés. Lors de son admission à H@D, le patient bénéficie d'une télésurveillance 24 h/24 et 7 j/7 par une infirmière, ainsi que d'un accès à son médecin traitant, le cas échéant. Les tournées sont coordonnées par téléphone ou par visioconférence (*Teams*). La

Qu'est-ce que l'Hôpital à domicile?

L'Hôpital à domicile implique qu'un patient hospitalisé retourne à la maison pour y poursuivre ses traitements et suivis sous les soins attentifs d'une équipe d'infirmières virtuelles 24/7 qui surveillent à distance son état, grâce à des outils technologiques qui transmettent l'information. Lors d'hospitalisation à domicile, le patient est suivi par le même médecin qui le soignait à l'hôpital. Le patient est par ailleurs encore considéré comme admis à l'hôpital et il a les mêmes priorités qu'un patient hospitalisé.

Le programme accueille des patients de 13 trajectoires différentes et continue de se développer. Les patients sont identifiés par les équipes soignantes et une infirmière de transfert vers les soins virtuels les évalue pour s'assurer qu'ils respectent les nombreux critères d'inclusions et d'exclusions déterminés par les équipes médicales. L'infirmière forme aussi le proche aidant et valide le bon fonctionnement de la technologie. En décembre 2022, avec les 109 patients qui ont été hospitalisés à domicile, l'organisation a pu épargner 725 jours de présence à l'hôpital, dégageant du même coup de la capacité litière. Le taux global de satisfaction des usagers est de 93 %.

La durée de l'hospitalisation à domicile est variable; elle peut durer deux jours comme deux semaines, selon leurs besoins cliniques, comme ce serait le cas à l'hôpital.

« L'hospitalisation vise l'amélioration de l'état de santé du patient. Or, il est prouvé qu'il s'améliore plus vite à la maison et que le taux de complication est plus faible », selon Dr Vincent Oliva, président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Il en va de même pour les infections nosocomiales, qui, jusque-là, ont été évitées pour tous les patients hospitalisés à domicile.

« L'objectif n'était pas d'économiser, mais d'améliorer la qualité des soins : en ce sens, nous avons atteint notre objectif », exprime Erin Cook.

modalité et la fréquence des tournées sont déterminées par le jugement clinique de l'équipe soignante, en fonction de l'état de santé des patients. Les soins infirmiers nécessitant des services en personne sont assurés par l'équipe du Soutien à domicile (SAD). Si des examens d'imagerie ou des procédures sont nécessaires, le transport du patient est organisé par l'équipe.

La cheffe de service des soins virtuels, Vicky Doucet, gère l'équipe de l'unité virtuelle, composée d'une assistante-infirmière-chef et d'une dizaine d'infirmières cliniciennes. D'autres professionnels sont aussi disponibles au besoin pour des rencontres virtuelles : pharmacienne, physiothérapeute, inhalothérapeute et travailleur social. Du personnel infirmier s'ajoute aussi de manière ad hoc à l'équipe : comme le contexte des vagues de COVID-19 affecte le personnel, les infirmières qui ne peuvent pas travailler en présentiel pour diverses raisons ont maintenant la possibilité de travailler de leur domicile en surveillant les hospitalisations à domicile.

Pour l'équipe des soins à domicile du CLSC, cela signifie parfois d'offrir des soins plus aigus qu'à l'habitude. Pour aider les équipes à adopter ce virage et à en saisir l'importance, le personnel a reçu le témoignage d'un usager qui a permis de créer du sens auprès des équipes. « Il était tellement heureux d'être de retour à domicile! Je pense que ça vient vraiment résonner auprès des intervenants de la communauté », résume Luc Méthot.

Un patient partenaire est également rattaché au projet. Il est impliqué dans la planification et la gestion de séjours de soins post-aigus au Glenmount pour le volet d'hospitalisation à domicile. Dès février 2022, cette personne participe aux rencontres toutes les semaines qui portent sur le statut d'avancement des projets en cours, les enjeux rencontrés, les bons coups, le développement de nouvelles trajectoires, et permet de documenter comment les soins et services peuvent être organisés différemment.

On met aussi en place le service de congé précoce. Ce dernier est destiné aux patients qui sont stables, mais en attente de derniers résultats de tests, ou d'un dernier test sanguin qui pourrait être fait à domicile ou par le CSLC, par exemple. Dans le cas d'un congé précoce, le patient n'est plus considéré comme étant admis à l'hôpital, contrairement à l'H@D. Il peut retourner à domicile, mais il reçoit un support infirmier adapté à sa situation.

Le tableau de l'unité virtuelle de soins Hôpital@Domicile, affiché au C4, permet de suivre les résultats globaux de l'initiative. On y retrouve le nombre de patients total qui ont été admis sur l'unité, le nombre de patients qui en ont reçu leur congé, le nombre de patients actuellement hospitalisés sur l'unité virtuelle, le nombre total de jours de présence depuis le début du projet, la durée moyenne d'occupation (DMO) sur l'unité virtuelle, combinée à la durée moyenne totale de la période d'hospitalisation DMO de l'hôpital (HGJ).

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-ouest de l'île-de-Montréal Québec		UNITÉS VIRTUELLES DE SOINS HÔPITAL@domicile					DQTEPE	
Cumulatif des cas depuis le 21 décembre 2021 Données rafraîchies aux 30 minutes								
	Nb de cas	Congés*	Présents à l'UV	Total Jours Présence à l'UV	DMO à l'UV (jrs)	DMO JGH excl. UV(jrs)	DMO totale (jrs)	
Unité virtuelle	109	106	1	725	6.59	8.06	14.64	

*Inclus les patients ayant reçu leur congé depuis l'unité virtuelle ou une unité autre.

Capture d'écran du tableau de l'unité virtuelle de soins HÔPITAL@domicile

Tandis que les données pour surveiller l'état des patients sont suivies à distance par les infirmières cliniciennes de l'équipe des soins virtuels.

Deux caucus quotidiens des soins virtuels sont instaurés; le premier se tient à 11 h et le second à 15 h 15. Auparavant animés par la coordonnatrice du C4, ces caucus le sont maintenant par la cheffe de service et regroupent les infirmières virtuelles en soins virtuels, une pharmacienne désignée, la direction des services de réadaptation et des services multidisciplinaires (DRSM), la directrice médicale du C4 et la directrice adjointe de la DQTEVE-SV. En quinze minutes, le caucus fait le tour des patients en hospitalisation à domicile et en congé précoce, puis discute des enjeux, des patients qui s'en viennent, de ceux qui quittent et nous ajustons nos services au besoin.

Un satellite du C4 à l'urgence

L'urgence est le point de départ d'une partie importante de l'activité hospitalière. À cet égard, entre 40 et 50% des admissions sont des patients qui proviennent de l'urgence. Il s'agit donc d'un morceau critique de la fluidité hospitalière. L'achalandage démesuré de l'urgence du JGH pousse l'équipe à innover pour améliorer sa capacité d'accueil. Par exemple, l'urgence du JGH a mis en place il y a une dizaine d'années une zone d'évaluation rapide (ZER). L'équipe est à la recherche de nouvelles façons de faire et semblait très réceptive à l'arrivée du C4 au CCOMTL. Elle est par ailleurs étroitement impliquée avec le C4 depuis les premières étapes : les données du tableau *Inflow* proviennent de l'urgence. L'équipe de l'urgence tient aussi, deux fois, par jour le caucus de fluidité à l'urgence et il y a toujours un médecin de l'urgence qui assiste au caucus de fluidité CIUSSS. Il s'agit généralement du médecin coordonnateur de la fluidité à l'urgence (*flow doctor*). Celui-ci est par ailleurs en communication régulière avec Dre Fraser en dehors des caucus pour gérer des enjeux liés à la fluidité.

La Zone d'évaluation rapide de l'HGJ

La ZER est un espace destiné aux patients qui ont besoin d'être examinés rapidement, mais qui ne courent aucun risque immédiat. Dans l'un des 25 fauteuils inclinables, l'équipe de l'urgence soigne ces patients en mode ambulatoire plutôt que de les admettre d'emblée sur civière. Le retour à domicile est aussi plus rapide. La ZER de l'Hôpital Général Juif, qui comptait à peine quelques places au début, en compte aujourd'hui 25.

L'urgence est le département qui a la plus grande culture de données avec des collectes de données depuis plus de 25 ans. Elle fonctionne avec les nombreux tableaux de bord du système Med-Urge (près d'une cinquantaine) pour tenter de naviguer au mieux leur fluidité.

Depuis un certain temps, la direction, la DQTEVE-SV et l'équipe de l'urgence envisage créer un satellite à l'urgence. La vision est que chacune des sections de l'urgence possède leur C4 avec les données qui leur sont essentielles toutes au même endroit et puissent y avoir accès en tout temps, en un seul coup d'œil. Cela développerait une lecture commune de la situation parmi tous les intervenants. « Une fois que tu vois toute la donnée devant toi, ça démontre une histoire. Tu ne peux pas t'en cacher », explique Sabine Cohen, directrice adjointe de la santé numérique. Ils souhaitent aussi éventuellement que les données puissent être accessibles à partir des téléphones, donc disponible dans l'infonuagique et non plus à partir de l'intranet.

Au printemps 2022, la venue annoncée du ministre Christian Dubé pour juin 2022 a précipité la réalisation du satellite. D'autant plus qu'en démontrant la pertinence du C4 et de son satellite, le CCOMTL souhaite du même coup faire valoir la nécessité de l'infonuagique et du *Power BI* pour pousser les possibilités du C4. Le chef du département de l'urgence, Docteur Marc Afilalo, forme rapidement un groupe de travail composé d'urgentologues, d'infirmières, de quelques personnes de l'équipe de Santé numérique et Erin Cook, alors directrice adjointe de la DQTEVE-SV. Ils se fixent un échéancier ambitieux; celui de produire un satellite du C4 à l'urgence en quatre semaines.

L'urgence ayant été bien cartographiée dans les démarches précédentes et l'équipe connaissant bien ses enjeux et les bloqueurs, ils peuvent rapidement se mettre en action pour cibler l'information dont ils ont besoin pour créer d'emblée les tableaux de bord nécessaires.

L'équipe de la santé numérique rencontre deux fois par semaine le comité de travail de l'urgence. Lors de la première rencontre et avec l'appui de la DQTEVE-SV, elle explique ce qui existe déjà au C4 et présente le mandat et la vision du satellite à l'urgence. L'équipe de la santé numérique écoute également les défis de chacun des membres du comité, de même que les besoins en matière d'affichage des données pour mieux piloter l'urgence. Selon Sabine Cohen, ce processus : « a vraiment suscité de belles discussions sur les responsabilités de chacun dans le même objectif de fluidité ».

L'équipe de la santé numérique sait qu'elle doit présenter rapidement un visuel des indicateurs aux acteurs de l'urgence et travailler par la suite à l'amélioration et à la bonification. À partir de Med-urge et des rapports déjà développés, l'équipe sélectionne l'information à mettre en valeur dans le satellite. Déjà, pour la deuxième rencontre de la même semaine, la santé numérique présente une ébauche de tableaux de bord et ces derniers en discutent et proposent des ajustements.

Après cette première semaine, bien que la démarche démarre sur les chapeaux de roue, Dr Afilalo réalise que le groupe de travail est un peu large et que cela ne permettra pas de tenir des rencontres efficaces de travail et d'avancer rapidement comme souhaité. Il désigne donc quatre personnes clés qui iront chercher les besoins de leurs collègues.

Parallèlement à l'avancement des tableaux de bord, un travail s'enclenche rapidement avec les TI pour commander les écrans, faire le câblage des installations, la gestion des accès et les tests de connexion du WIFI.

Ainsi, le satellite de l'urgence est rapidement développé; chacune des trois zones de l'urgence (nommée PODs : vert, jaune et orange) est maintenant équipée d'écrans qui affichent l'information spécifique pour leur zone. Il est possible d'y voir très rapidement où sont les problèmes majeurs grâce à un code de couleur vert, orange et rouge et agir sur ceux-ci. De plus, il y a aussi trois postes de travail, soit ceux de l'infirmière responsable, du médecin responsable de la fluidité et du coordonnateur clérical de *flow* qui ont chacun un tableau de bord développé pour eux avec des informations spécifiques à l'accomplissement de leur rôle. Par exemple, l'infirmière responsable peut voir dans son tableau de bord le nombre de patients en *pré-pod*, c'est-à-dire les patients qui doivent être vus rapidement, mais qui ne peuvent pas être installés sur une civière, faute de place. Son tableau de bord remplit trois objectifs, explique Dr Afilalo : « (1) montrer combien de patients il y a dans le pré-pod, (2) montrer depuis combien de temps, et (3) dire quelles sont les civières disponibles où ces patients peuvent être directement amenés ». De son côté, le coordonnateur de l'urgence peut connaître, grâce à son tableau de bord, l'état d'achalandage en un coup d'œil et savoir s'il doit s'organiser pour faire entrer plus de personnel pour le prochain quart de travail.

Avec la technologie infonuagique, on vise à rendre les tableaux de bord plus accessibles. « La technologie de l'infonuagique a un succès monstre, parce que quand tu as l'application sur ton téléphone, tu peux consulter tes tableaux de bord du C4 de n'importe où », commente avec enthousiasme Sabine Cohen. Elle précise que d'un autre côté, pour y parvenir il faut un niveau de sécurité beaucoup plus avancée.

Parmi les facteurs ayant facilité la réalisation du satellite de l'urgence, pour Dr Afilalo, ce sont les gens : « notre grande force à l'urgence, c'est l'équipe. Ils sont tous impliqués, tout le monde est dans le même bateau et va dans la même direction. C'est agréable et facile ». Le leadership de Dr Afilalo, qui a été présent à chacune des rencontres de travail, est également souligné.

Le C4 et son satellite à l'urgence permettent à l'équipe d'être innovante et de faciliter la réalisation de projets envisagés depuis un temps, comme le télétriage. Suzette Chung, maintenant cogestionnaire à l'urgence pour le volet fluidité des patients, explique :

« Avec le C4 on a mis en fonction le télétriage à l'urgence, c'était une initiative du C4, on a développé cela et on regarde pour mettre en place différentes trajectoires, toujours dans le but que le patient reçoive le bon accès aux soins. [...] Je demeure toujours en communication avec le C4, parce qu'il y aura toujours un projet ou une initiative qu'on veut lancer. On travaille en collaboration. »

Le C4 en soutien aux objectifs et directives ministérielles

Le C4 permet aussi de soutenir les équipes dans le travail sur des priorités ministérielles. Par exemple, le ministère suit étroitement les durées moyennes de séjour de sept diagnostics médicaux (sept « DRG », soit des *diagnosis related groups*) depuis 2022. Ces DRG sont affichés au C4 et certaines, dont les résultats dépassent les cibles ministérielles, font l'objet de groupes de travail spécifiques, soit les durées moyennes de séjour en cardiologie, neurologie, musculosquelettique, et celle des patients hospitalisés pour

schizophrénie. Un spécialiste en procédé administratif de l'équipe de transformation se dédie aux trois premières durées moyennes de séjour alors qu'un deuxième se dédie à la DMS schizophrénie (les trois autres DRG ont des DMS respectant les attentes ministérielles). Le travail pour chacune des DMS qui pose défi débute par la mise sur pied d'un comité de travail avec les directeurs ou directeurs adjoints et les personnes clés (ex. : chef d'unité, conseillère cadre aux pratiques, médecin responsable, infirmière, spécialiste en procédé administratif). Ensuite, plusieurs semaines de travail servent à rencontrer les équipes terrain, les archives et la performance pour mieux comprendre les données, comment elles sont saisies et ce qu'elles signifient. Puis, les données sont analysées pour comprendre les fluctuations et ce qui les cause par la création de cartographies et par l'étude de parcours de patients pour identifier les bloqueurs. Cette analyse se fait en s'assurant d'un arrimage avec les travaux de cartographie déjà réalisés dans le cadre du C4 et en centralisant l'information de toutes les DMS pour identifier les problèmes communs et les recouvrements. L'avancement des travaux pour les DRG est suivi au C4 hebdomadairement, où le lien est fait avec les différents travaux d'amélioration dans l'établissement.

Des communications systématiques sont maintenant envoyées aux équipes concernées par chacune des DMS lorsque les données des périodes sont disponibles, ce qui permet à tous d'être au fait de la situation. Lorsque la situation semble se dégrader, des rencontres sont organisées pour analyser la situation et décider des priorités d'action.

« On transmet un tableau avec la cible ministérielle, puis là où on se situe, le nombre de patients codé et un découpage par périodes pour montrer si ce mois-ci c'est plus élevé que le mois précédent. Après, pour tous ceux qui sont dans le rouge, on a une autre communication qui est envoyée à ces équipes spécifiquement pour tout de suite faire quelque chose. Mais d'habitude, pour ces équipes, on est déjà dans un continuum de rencontres avec eux parce qu'on les soutient en continu, explique Aurelia Di Fabrizio, cheffe d'équipe de la transformation à la DQTEVE-SV. »

Un des grands défis rencontrés en amélioration des processus constitue le décalage qui se creuse entre les données disponibles et le temps réel. En effet, la pénurie au niveau des archivistes (pénurie qui touche la plupart des professions du système de santé, par ailleurs) crée un décalage qui rendait difficile la mobilisation des équipes. Au début des travaux entourant les sept DRG, les données disponibles sont en décalage de sept mois. Kimberley Gartshore explique que lorsqu'on approche les équipes avec des chiffres du passé, c'est « challengeant, car les équipes ne sentent pas que ces chiffres représentent leur réalité d'aujourd'hui ». Différentes solutions sont tentées pour contourner ce problème, comme la création d'une base de données en temps réel, mais celle-ci présente des enjeux de fiabilité des données (les données codées transmises au ministère et celles de la base de données en temps réel ne correspondent pas). On tente également de déployer du codage en temps réel (*live coding*) sur certaines unités où on vit des difficultés, c'est-à-dire avec une archiviste sur place qui code les données au fur et à mesure. Aujourd'hui, les données connaissent un moins grand décalage.

Des améliorations notables sont mesurées sur certaines DRG. Par exemple, DMS en schizophrénie était à 62 jours en 2020. La cible était fixée à 40 pour la première année. L'établissement a pu descendre à 26 jours en 2022. Cependant, malgré le travail à l'interne, certains blocages sont aussi dépendants d'éléments sur lesquels les équipes ont peu de contrôle (ex. : guichet d'accès centralisé, accessibilité aux ressources hors hôpital, etc.).

On constate aussi à moyen terme que les résultats fluctuent. « On peut avoir des périodes où on a une amélioration de trois à quatre jours et une période où ça augmente d'un autre trois à quatre jours. Ça fluctue. », explique Aurelia Di Fabrizio. « Mais le changement le plus important, c'est qu'il y a une discussion autour des DMS. Les équipes sont au courant. On communique beaucoup les données, on parle de la DMS, je reçois des courriels des directeurs qui me posent des questions, qui sont impliqués », ajoute-t-elle. En effet, alors que certaines équipes étaient très attentives à leur DMS, pour d'autres, la DMS ne faisait pas partie de leur vocabulaire.

Des résultats parlants pour le C4

Une amélioration de plusieurs indicateurs

Deux ans et demi après le début des démarches entourant le développement du C4 et à peine plus d'un an après le premier groupe de travail, le CCOMTL note une amélioration significative de plusieurs indicateurs de suivi. Le tableau suivant montre les principaux indicateurs comparés sur trois années. L'année d'étalonnage utilisée est celle qui a précédé la pandémie (2019-2020), pour un meilleur comparable.

Tableau 1 : Comparaison d'indicateurs avant et après le C4

Urgence	2019-2020 P7	2021-2022 P7	2021-2022 P13	2022-2023 P7
Délais d'admission à l'unité de soins	31,3 h	23,3 h	24,2 h	28,3 h
Recours au protocole de surcapacité	152 fois		6 fois	3 fois
NSA				
Médiane Quotidienne	67	45	43	61,4
Taux d'occupation	11,5 %	8,7 %	7,8 %	10,8 %
DMS – Unité de gériatrie	16,5 jours	15,5 jours	15,6 jours	
DMS – Hôpitaux de réadaptation				
Catherine Booth	39,10 jours	35,56 jours	34,69 jours	33,92 jours
Julius Richardson	40,96 jours	40,99 jours	39,81 jours	42,99 jours
Santé mentale				
Liste d'attente – clientèle adulte		734 (P3) → 331	645	602
Attente d'admission à l'urgence		18	10	7
DMS – Unité de psychiatrie	25,6 jours	21,2 jours	19,5 jours	20,0 jours

Le nombre de recours au protocole de surcapacité est sans doute l'amélioration la plus marquée. Cela peut s'expliquer entre autres par l'augmentation de la visibilité qu'offre le C4 sur l'achalandage et les flux de patients dans l'établissement, qui permet de réagir en amont des situations de débordement, explique André Poitras.

« On est devenu beaucoup plus proactifs en voyant, avec les données devant nous, ce qui s'en vient. Avant, on attendait d'être dans le rouge vin, bloqué raide, avant de déclencher le protocole de surcapacité, du plafond au plancher et mur à mur. On montait 12 patients et plus et c'était la catastrophe », dit-il en riant. « Aujourd'hui, on regarde le matin quel est le topo de la journée. A-t-on plusieurs congés à venir ou pas du tout? On voit le nombre de patients à l'urgence, les congés, les électifs... On a tout cela devant nous et on est capable de dire "je suis rendu à 15 admissions de patients à l'urgence pour la médecine interne, on va aller en surcapacité préventive". On va en surcapacité là où on en a besoin, de façon proactive et en amont, au lieu d'y aller partout en mode réactif quand le feu est pris ».

Après une franche amélioration en 2021-2022, l'amélioration de certains indicateurs perd toutefois un peu d'élan pour la dernière période mesurée, comme le délai d'admission en provenance de l'urgence sur les unités de soins. Cette augmentation amène les équipes à se questionner sur les causes. Est-ce que le C4 ne permet pas des améliorations durables? Mme Côté réfléchit : « Peut-être que les interventions mises en place [pour agir sur les goulots d'étranglement] fonctionnent toujours bien, mais que nous avons des goulots ailleurs maintenant ». Elle donne en exemple l'augmentation récente du nombre de NSA. Beaucoup d'efforts ont été déployés pour garder les personnes âgées le plus longtemps possible à leur domicile en leur offrant des soins extra-hospitaliers. Lorsqu'une hospitalisation est requise, la clientèle est plus lourde, en plus grande perte d'autonomie et requiert un grand volume de soins ou une place en hébergement pour des soins de longue durée. Le nombre de personnes âgées ayant besoin de soins de longue durée a donc augmenté après les vagues de pandémie alors que, parallèlement, l'organisation a perdu plusieurs lits de soins de longue durée sur son territoire dans les dernières années. Ceci entraînant un impact direct sur le nombre de patients NSA en attente d'hébergement. Il faut donc retourner voir dans la cartographie pour comprendre où sont rendus les bloqueurs et comment agir sur ces bloqueurs, explique Joanne Côté : « on est vraiment dans l'amélioration continue et les multiples itérations ». Ainsi, on ne peut jamais s'asseoir sur

ses lauriers; on règle une chose et une autre se pointe à l'horizon, explique-t-elle. Les équipes poursuivent leurs efforts dans le C4 et il s'agit d'un travail en continu.

Le C4 est aussi mieux connu par les équipes également et les gens apprennent à travailler avec les données. Les échanges qui étaient initialement plus unidirectionnels – des demandes aux équipes – sont de plus en plus bidirectionnels – les équipes peuvent demander aussi et obtenir de l'aide, explique André Poitras.

« Dans la première année et demie, le centre de commandement était beaucoup perçu comme " je vous informe, faites ceci, je vous demande ça " ... Mais quand les médecins et les infirmières-chefs réalisent que ce n'est pas unilatéral... " ah, je peux demander quelque chose? ", " Oui, dites-moi ce que je peux faire, je vois qu'il y a des bloqueurs, *if you need anything let me know* " ... Tranquillement, il y a des gens qui se sont mis à se dégêner, et ça débloque. Là, le médecin voit que ça fonctionne et il a pu donner son congé. Cela a créé un *what's in it for me*, car les gens réalisent qu'on peut utiliser le C4 pour "chialer", on va trouver la source du problème pour modifier la situation, injecter des ressources, puis le régler. »

Avec des échanges bidirectionnels, les choses s'accélérent et le C4 ne fonctionne plus seulement en *top-down*, il est également en *bottom-up*. Pour permettre de soutenir l'équipe du C4 dans sa réponse aux demandes des équipes, une offre de services est structurée. Un conseiller en soins infirmiers est embauché à l'automne 2022 et l'équipe de transformation de la DQTEVE-SV est déplacée sous la coordonnatrice du C4. Ces actions visent un alignement des projets dans l'organisation avec la priorité ultime qu'est la fluidité dans une perspective de valeur pour l'utilisateur et la vision du *care everywhere*.

Des bénéfices intangibles : décloisonnement, collaboration, responsabilisation et imputabilité

Parallèlement aux résultats, de nombreux bénéfices collatéraux sont aussi observés par les acteurs.

D'abord, la complicité des directeurs développée lors du comité de travail stratégique est notable et visible même de l'extérieur. Joanne Côté raconte que plusieurs établissements sont venus visiter le C4 et que, lors de certaines visites, les gens demandaient « mon Dieu, ça fait combien de temps que vous travaillez ensemble? »

« On était capables de finir les phrases des uns des autres, on est capable de prendre des situations au pied levé... et dans certains cas, ça ne fait que quelques mois que la personne est là. C'est une question de culture. On s'assure que nous parlons tous le même langage et que nous avons tous un objectif commun. »

Mais cette maturité organisationnelle n'est probablement pas uniquement le fait du C4, explique aussi Mme Côté.

« Dans notre CIUSSS, on avait déjà mis en place un modèle de soins appelé unités de pratique intégrée (UPI) et déjà, on avait commencé à abattre des silos. [Le C4], c'est une construction qui se fait sur du travail qui avait déjà été entamé. Mais là où il y a vraiment eu un déclencheur, c'est quand on a assis les directeurs adjoints, les directeurs et moi-même dans une salle pendant 12 semaines. Ça a été un moment charnière. [...] Une chose qui est beaucoup ressortie de l'exercice, c'était la compréhension que les gens ont développé d'autres directions et des enjeux qu'ils vivent, et comment en collaborant ensemble on peut atteindre des choses beaucoup plus puissantes en termes de résultats. En termes de maturité, ça a débuté il y a des années et ça s'est construit lentement. Mais cette année, on voit que l'organisation a pris un tournant important! »

Le décloisonnement des silos ne concerne pas seulement les équipes, mais éventuellement aussi les budgets, lorsque jugé nécessaire par le comité exécutif. « J'avais été très clair avec le comité exécutif du C4 que l'argent pourrait bouger d'une direction à l'autre en fonction du besoin. Aujourd'hui, le comité exécutif devient la table décisionnelle sur l'allocation des ressources pour débloquer les enjeux », explique Dan Gabay.

Le C4 apporte peut-être une charge de travail supplémentaire pour les personnes déjà en poste, mais plusieurs estiment que cet investissement en temps et en énergie en fait sauver à long terme. Pour Mark Demaine, le fait de mieux connaître le flux de patients et de se soutenir entre les directions ajoute du sens au travail : « on est tellement supportés par interdirectorat. C'est plaisant, même avec les défis! »

Malgré le défi de participation et d'engagement que peut poser le C4, principalement à ses balbutiements, la mobilisation se construit progressivement à mesure que les équipes en perçoivent le bénéfice et l'utilité. Luc Méthot témoigne de cet effet d'entraînement :

« Dans le C4, il y a une rigueur [...]. Pour l'hôpital à domicile, l'équipe se rencontre chaque jour à 11 h, donc ça met une discipline. En plus, tu as tous les joueurs présents, tu n'attends pas. Les projets avançaient plus lentement avant. Maintenant, les enjeux et les bons coups sont nommés au jour le jour, ça avance très vite. S'il y a un joueur qui n'est pas là, on va aller le chercher. Les directions ne peuvent pas dire " Ah non, moi je n'ai pas le goût de participer ". On a besoin de toi, tu viens, c'est une vision organisationnelle. »

Pour André Poitras, assister à ces caucus sur l'opérationnel est bénéfique aussi pour exercer son rôle stratégique dans l'organisation : « le côté opérationnel [du C4] fait que je reste branché à ce qui se passe sur les enjeux de flux. Quand je vais dans le stratégique, je ne vais pas pelleter des nuages. »

Avec les données rendues disponibles au C4 en temps réel, les équipes ne travaillent plus sur des perceptions. Cela rend les discussions, les négociations et la prise de décision plus faciles en objectivant les situations. « Le plus grand constat qu'on a eu, c'est le pouvoir de la donnée », dit Joanne Côté. « On est capables de montrer la source de l'information. L'information est de qualité, elle est validée. On peut dire : voici, c'est le portrait réel de votre secteur d'activité. »

André Poitras explique comment la disponibilité des données peut mettre les gens en action et les amener à collaborer. Par exemple, en voyant les données du tableau de *mismatch*, des médecins sont capables de voir où ça déborde et de donner un coup de main quand c'est possible.

« Les médecins sont capables de voir que leur collègue a 15 patients hors secteur alors qu'eux en ont juste 2. Connaître la réalité de l'autre aide à optimiser la collaboration et à se dire que le plus important, c'est que le patient ait des soins de qualité. Il va en avoir des soins de qualité chez nous ou chez vous. J'ai plus de place? Je vais le prendre chez nous, car de toute évidence tu es débordé. Le patient qui a le plus besoin de soins spécialisés [...] on va l'envoyer chez vous et moi je vais prendre le patient que sa phase aiguë est passée et je vais lui donner d'excellents soins chez nous aussi. »

Pour lui, ce sont non seulement les données, mais l'imputabilité qui vient avec cette nouvelle transparence qui entraîne des changements dans l'organisation. En effet, le concept de caucus n'est pas nouveau dans l'établissement et avait été tenté il y a une quinzaine d'années. À ce moment, les caucus duraient plus longtemps, les gens devaient s'y déplacer en personne et le travail y était moins efficace. Cela a duré quelques années avec un succès mitigé. Cette fois, les caucus sont de retour, mais c'est différent, explique André Poitras.

« La grosse différence, c'est qu'il n'y avait pas d'imputabilité [avant]. On venait présenter l'information [au caucus]. Le coordonnateur de la gestion de lit animait la rencontre où chacun disait le nombre de lits. [...] Maintenant, cette information on l'a en temps réel sur nos tableaux, elle est confirmée. Mais la plus grosse différence, dans nos caucus du matin, c'est que les acteurs savent pourquoi ils sont là, avec l'imputabilité. Quand on dit par exemple : " j'ai 47 patients admis à l'urgence, 4 fractures de hanches et 87 NSA ", les membres du groupe qui sont à la réadaptation savent que Dre Shannon Fraser et moi allons poser des questions : "avez-vous des congés, pensez-vous que ça va arriver plus tôt? " Alors comme acteurs clés du C4 je sais qu'il y a une attente envers moi à faire activer les choses. »

Dan Gabay, DGA, conflue dans la même perspective. Le fait qu'il y ait deux caucus pour la fluidité dans la même journée oblige en quelque sorte les gens à faire un suivi en fin de journée sur les situations du matin.

« L'imputabilité n'est pas explicite [...] elle est implicite. Il y a un embarras à présenter tes mêmes résultats pendant plusieurs semaines. Toi-même, tu vas avoir un malaise à chaque fois que tu vas

présenter tes résultats [...] et là, tu n'as même plus besoin de présenter tes résultats, ils sont visibles par tous les individus. Subitement, tu es plus sensible à cela. »

Les prochaines étapes du C4

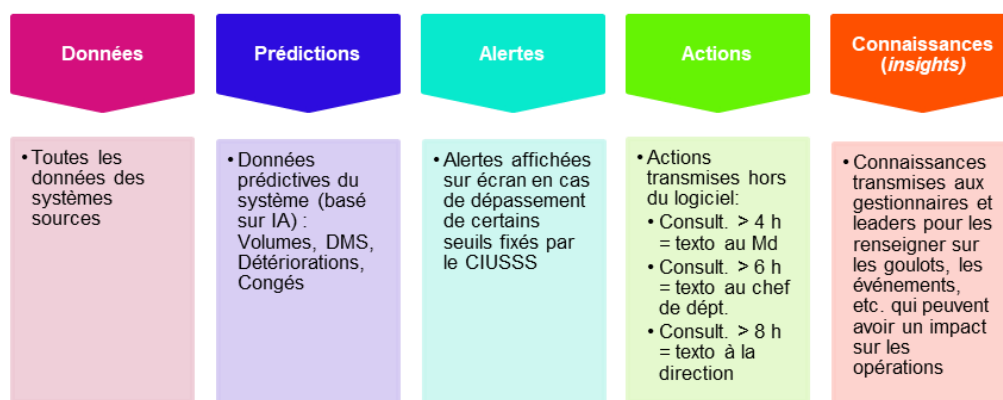
L'intégration de l'intelligence artificielle : Maisha Labs

Le fournisseur externe Maisha Lab développe des tuiles de données prédictives pour le C4. Plus spécifiquement pour les prises en charge à l'urgence, l'établissement peut nourrir l'apprentissage des machines par 25 années de données collectées pour plus de 80 000 patients par année et une soixantaine d'indicateurs pour chacun d'eux. Ainsi, ils ont déjà livré un algorithme qui prédit les admissions par jour. Cet indicateur est utilisé au quotidien par la coordonnatrice de fluidité. Prochainement, le C4 devrait aussi recevoir pour la gestion des unités de soins de l'hôpital des tuiles qui intègrent certaines données physiologiques (ex. : la pression artérielle) qui permettra une lecture clinique sur l'état des patients. Plusieurs autres tuiles sont à venir.

Applications, textos et alertes

Au commencement, les tableaux de bord développés par le C4 étaient disponibles à partir d'un ordinateur sur l'intranet de l'hôpital. Depuis, le C4 a transféré certains tableaux de bord, dont le *inflow*, le *outflow*, le *mismatch* et l'*ED satellite* vers *Power BI*, un service de la suite *Microsoft Power Apps* qui permet aux employés d'avoir accès aux outils sur leurs téléphones intelligents et tablettes. Ce transfert permet non seulement une consultation beaucoup plus aisée des tableaux en tous lieux et par tous, mais ouvrirait également un nouvel horizon avec la possibilité de programmer des alertes automatiques. Par exemple, des alertes pourraient être affichées sur les écrans, et des messages textes pourraient être envoyés automatiquement à des groupes ciblés lorsqu'un indicateur atteint un certain seuil, pour les informer d'une situation critique dans l'organisation, comme lorsque l'urgence connaît un achalandage massif. De façon plus précise, des textos pourraient aussi être transmis automatiquement pour aviser un médecin responsable ou un chef de département que des patients dépassent les délais fixés pour obtenir une consultation dans leur service, ce que réalise présentement Dre Fraser par des appels. La politique de flux de 2017 avait en effet permis de déterminer précisément qui est responsable de quoi en matière de fluidité, une première étape importante. Elle permet d'identifier à qui doivent être envoyées automatiquement quelles alertes en cas de besoin. Un peu comme pour les textos, des informations critiques pourraient être transmises aux gestionnaires et leaders pour entraîner des actions rapides. Le CCOMTL souhaite également pouvoir tirer des connaissances des systèmes à plus long terme sur les tendances, les goulots d'étranglement, les situations internes et externes qui ont un impact sur les opérations et la fluidité par des rapports et analyses.

Figure 2 : Le C4 et ses fonctionnalités en développement

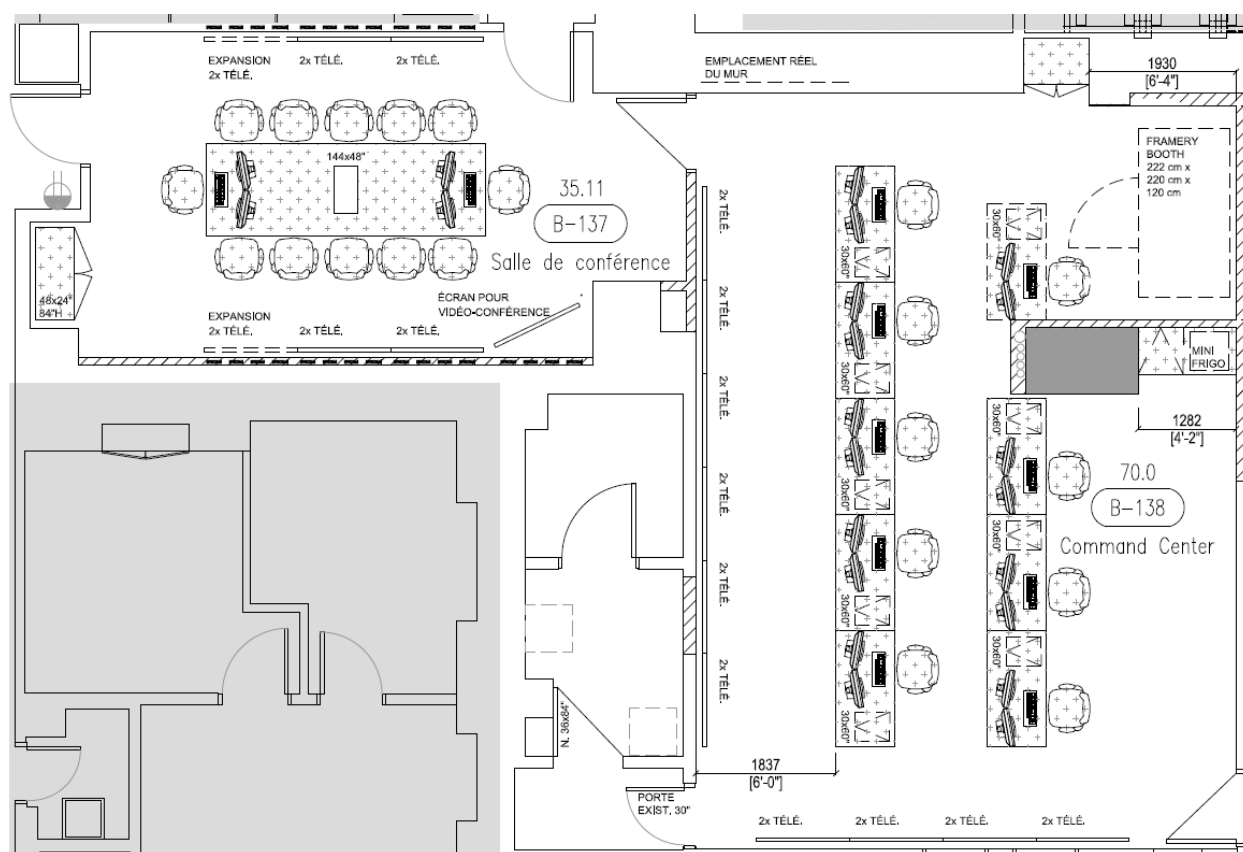


Le déménagement du C4

Le CCOMTL construit et aménage une nouvelle pièce d'environ 1900 pieds pour accueillir le C4. Pour Dan Gabay, cette étape est le résultat de ces deux dernières années d'apprentissages : « on est en train de bâtir un environnement qui est modulable pour répondre aux différents types de besoins, tels que des formations, des séances de cartographie, des séances de travail et la gestion de crise ».

Cet emplacement inclura également la salle de pilotage stratégique de l'établissement. Il sera mis en opération en 2023. Le C4 deviendra ainsi un lien central, visible et accessible pour tous. Dan Gabay songe à ce que ce déménagement pourra créer : « Je pense que les gens vont venir par curiosité, voir ce qui se passe sur les écrans, et dirent : "ah vous regardez cela, mais pas cet indicateur." Moi je serai intéressé qu'un jour les gens disent ce qu'il faudrait faire et regarder ». Cela constituerait une preuve que les gens s'approprient le C4 et qu'il leur est utile. La figure suivante présente les plans du futur C4.

Figure 3 : Plans d'aménagement du futur C4



Le C4 central est un lieu important pour la mobilisation des équipes, pour la cohérence de ses différents volets également. Cependant, l'étendue du CCOMTL et ses multiples sites nécessitent qu'on étende son action hors de ses murs. Dan Gabay raconte cet apprentissage qui s'est construit avec leur expérience :

« Un centre de commandement qui centralise toutes les opérations n'est pas réaliste pour une organisation qui a de multiples missions sur 34 sites. La réalité est qu'il fallait créer une géométrie variable et regarder la notion de satellite. [...] une approche hybride peut être utile, soit décentraliser dans des satellites et garder un cœur central. »

Les prochaines priorités, les prochains satellites

Des discussions sont en cours pour créer d'autres satellites, comme en santé mentale, en cardiologie et au bloc opératoire. Cependant, après un rythme de développement très rapide jusqu'à maintenant, force est de constater qu'il faut aussi respecter la capacité de l'organisation et des équipes pour faire de nouveaux projets. La consolidation des acquis reste une priorité, tout comme l'intégration des nouveautés technologiques (données prédictives, *Power BI*, alertes). Le développement de nouveaux projets respectera aussi le niveau de maturité (*readyness*) des équipes pour assurer le succès de la démarche, ainsi que leur capacité à se dégager et s'engager pour parvenir à leurs fins.

Par ailleurs, fort des premières expériences, la façon de travailler la démarche en équipe sera ajustée pour les prochaines priorités du C4 et les prochains satellites. Entre imposer un sens aux équipes en étant plus directif, comme ce fut le cas dans les premiers mois de la démarche avec les chantiers, et laisser le sens émerger par les acteurs, comme ce fut le cas dans le premier groupe de travail et dans celui des NSA, il faut trouver le bon équilibre. « Ce n'est pas un free for all. On va commencer à définir un peu mieux les balises que ce qu'on faisait au début, pour quasiment empiéter sur où on veut aller. Ça va faciliter [le démarrage] de nouveaux satellites, on va perdre moins de temps et faire des pas plus alignés », s'enthousiasme Dan Gabay.

La pérennisation des ressources humaines et financières

Les investissements réalisés pour développer le C4 sont importants. Le CIUSSS a acheté le matériel technologique (écrans, ordinateurs, casques d'écoute). La Fondation de l'HGJ a contribué au financement du partenariat avec la firme pour le développement des tuiles de données prédictives. Elle a aussi contribué au financement du poste de la directrice médicale du C4 dans les premiers temps. Toutefois, l'ajout des ressources humaines liées au C4 doit se financer par les budgets opérationnels pour être pérenne. Ainsi, les postes de coordinatrice du C4, chef de services de l'équipe de transformation sous la coordinatrice du C4, infirmière(s) en planification des congés, infirmière-conseil, sont financés par les opérations. Ces ressources sont incontournables pour assurer la fluidité et tout à fait alignées avec la vision du plan de santé de M. Dubé. Deux nouvelles coordonnatrices médicales du flux sont aussi embauchées, sous la direction de la Dre Shannon Fraser, directrice médicale du C4. Les deux profils sont complémentaires, une est en médecine familiale et l'autre en gériatrie. Une partie de leur mandat sera lié aux soins virtuels.

L'évaluation du centre de commandement

Afin de comprendre les impacts du C4 sur le CCOMTL, l'équipe de la DQTEVE-SV collabore avec Jennifer Gutberg, doctorante à l'Université de Toronto et consultante, qui évalue les effets du centre de commandement. Son mandat vise à comprendre quels sont les changements de pratique qui mènent à de meilleurs résultats pour répondre à des objectifs précis à court, moyen et long terme. La construction d'un modèle logique permettra de fournir des preuves concrètes des effets du C4 sur différents volets dont : les résultats pour les patients et l'expérience des cliniciens. Le CCOMTL espère ainsi mieux saisir comment le C4 transforme son organisation.

La transférabilité du C4 : Leçons et apprentissages pour les autres établissements

Une trentaine de délégations d'établissements du réseau sont venues visiter les installations du C4 dans la dernière année pour comprendre comment réaliser un centre de commandement à leur tour. Plusieurs ont débuté la création de centres de commandement, chacun à leur façon, et peuvent déjà constater des impacts notoires sur certains indicateurs.

« Il y en a qui sont partis de fichiers Excel avec manipulation d'information et qui ont eu des résultats super intéressants. Ça nous montre qu'il y a des ingrédients, mais qu'il n'y a pas de recette. Chaque

organisation doit développer sa vision, décider de ce qu'ils veulent faire avec le centre de commandement, et déterminer les objectifs qu'ils veulent atteindre, explique Joanne Côté. »

Un centre de commandement comme le C4 peut être mis en place dans d'autres établissements, l'équipe du CCOMTL en est convaincue et ces expériences le démontrent. « L'erreur, c'est de penser qu'un centre de commandement se limite à l'outil (la technologie). L'outil est quasiment secondaire », détaille Dan Gabay. La direction de la santé numérique abonde dans le même sens. Pour eux, le C4 n'est pas une solution déjà faite à exporter tel quelle. Ainsi pour Sabine Cohen : « ça serait difficile de partager ou transférer des tuiles à un autre CIUSSS parce qu'il ne travaille pas de la même façon [...] c'est vraiment personnalisé à la culture de l'établissement et à la façon que ça fonctionne ici ». Les tuiles ont été construites en fonction des besoins en données des acteurs du CCOMTL. Les tuiles peuvent certainement toutefois inspirer les autres établissements et il y aurait sans doute avantage à mettre en relation les développeurs pour partager la connaissance des uns et des autres à la manière d'une communauté de pratique.

Le C4 n'est pas une solution technologique, c'est un outil intégrateur, selon Joanne Côté. Il se construit par une démarche flexible et itérative. « Attendre de ficeler parfaitement ton projet avant de le démarrer ne fonctionne pas. », affirme Dan Gabay. L'important, selon lui, c'est de se mettre en action et de se lancer dans cette démarche d'apprentissage organisationnel et les choses s'enchaîneront. « Déjà, les caucus sont très faciles à monter et peu dispendieux », dit-il.

« Il nécessite de savoir quelle est la composition. [Il faut] des acteurs qui sont décisionnels et peuvent [avoir un impact sur] un enjeu. Et tu mobilises ta première table de travail. Par l'entremise des caucus, tu peux faire des séances de travail. Par l'entremise des séances de travail, tu peux identifier des indicateurs. Par l'entremise des indicateurs, tu peux commencer à monter ton premier tableau, qui peut être un tableau Excel ou un Word, ça importe peu, tant que l'information est là et disponible. [...] Le message qu'on [veut passer], c'est qu'il faut seulement une information de qualité. Même si elle est communiquée sur une base papier, tant qu'elle est transparente, tant qu'elle force une imputabilité, vous aboutirez à des résultats. »

D'ailleurs, les balbutiements du C4, avec la large cartographie et les groupes de travail en simultanée qui planchent sur plusieurs priorités, reposaient sur une démarche plus structurée et planifiée. Et c'est d'ailleurs devant la difficulté d'avancer dans ce mode de fonctionnement que la direction a choisi de s'y prendre autrement, dans une démarche plus émergente avec le début des groupes de travail.

« Dans la première itération, le montage qu'on avait fait était plus classique. L'idée était de monter quasiment toutes les stratégies pour avoir un plan de match avant de lancer un environnement [physique] tandis que [pour la suite], on a monté l'environnement avant même d'avoir un plan de match formé. »

La culture de l'innovation et le droit à l'erreur sont des éléments importants pour garantir la réussite d'une telle démarche. André Poitras explique que le CCOMTL a l'habitude de tenter de nouveaux projets et se donne le droit d'échouer.

« Au CCOMTL, on va parler d'un projet, on va l'essayer, on va l'adapter, le modifier, adresser des problèmes [...]. Donc rapidement, soit ça marche ou bien on va se dire que ça ne marche pas et que ça n'est pas tant que ça un besoin. On ne va pas perdre des ressources par rapport à cela. L'avantage [quand on se trompe], c'est qu'on arrête d'en parler, puis on avance. »

« Des fois, on essaie des choses, on ne sait pas trop si le résultat va être congruent. Mais on aime mieux essayer des choses et se rattraper plus tard », explique Joanne Côté. Suzette Chung abonde dans le même sens à propos de la culture de l'établissement qui facilite la réalisation de projets d'envergure : « on s'aime beaucoup, on est comme une famille [...] on est toujours en train de vouloir faire quelque chose d'innovant et tout le monde veut embarquer. Ce n'est pas top-down, on favorise la voix de tout le monde, la communication est vraiment fluide entre nous, ça contribue à notre succès ». Ces efforts soutiennent le développement de la notion d'équipe d'équipes.

En somme, pour Dan Gabay, les éléments clés pour construire un centre de commandement sont une information pertinente, des indicateurs, des objectifs, des caucus efficaces, et un encadrement des équipes terrain pour atteindre les résultats.

Le rassemblement des intervenants en présentiel dans un même lieu de travail est par ailleurs dégagé par une majorité des acteurs l'ayant expérimenté comme l'élément central sur lequel s'est construit le C4 et un incontournable dans la démarche de développement d'un centre de commandement.

« Si un autre établissement décide de ne pas [regrouper des gens dans une même salle], ils vont avoir le défi d'obtenir l'engagement et une compréhension commune. [...] Moi je pense que c'est un processus vraiment important, d'être tous ensemble. Ça amène l'organisation à un autre niveau de maturité. Il ne faut pas en sous-estimer l'importance, soutient Erin Cook. »

L'équipe se rend compte aujourd'hui que cette synergie, qui s'est bâtie lors des groupes de travail et qui a continué de se développer par la suite, est encore présente aujourd'hui et sert toujours. C'est au point où, à l'automne 2022, ils questionnent la pertinence de revenir en présentiel au C4 lorsque les NSA atteignent le niveau de contingence fixé. « On a remarqué que par rapport à l'an dernier à la même période, la maturité a pris tellement d'importance que même si [les équipes] sont à distance, elles sont aussi efficaces que quand elles étaient dans la salle », justifie Joanne Côté.

Quant à l'engagement et à la mobilisation des acteurs qui ne sont pas directement impliqués dans les comités opérationnels, il se construit progressivement, au fil des démonstrations et avec la preuve par les résultats. Le message se passe à travers l'organisation que des gains intéressants sont réalisés avec le C4 et cela donne envie à d'autres de s'impliquer. Dre Fraser en témoigne : « dès qu'on a commencé avec les NSA, d'autres personnes parlaient de ça et ils sont plus intéressés. » Le même effet de contagion est créé lors de l'animation des caucus à l'urgence par Dre Fraser. L'efficacité du caucus crée un intérêt et tous les services médicaux qui admettent veulent se joindre à eux et participer au caucus. « Ils réalisent qu'en 15 minutes, ils peuvent avoir tous les renseignements sur tous les patients, au lieu de recevoir l'information deux heures plus tard », explique-t-elle.

Finalement, le C4 est une démarche d'établissement qui débute d'une intention stratégique forte. « Le C4 permet de faire vivre la vision du Dr Rosenberg, soit la qualité des soins et la fluidité pour améliorer l'expérience patient », soutient Luc Méthot. Et pour Sabine Cohen cela passe inévitablement par une culture de la donnée : « Notre PDG, Dr Rosenberg, est très axé sur la donnée, il refuse de gérer avec des anecdotes, c'est comme cela et ça toujours été comme ça. »

Bien qu'elle implique une mobilisation des acteurs stratégiques de l'organisation, ultimement, il s'agit d'une mécanique de pilotage opérationnel qui sert aussi bien aux équipes sur le terrain. « La force du concept, c'est la gouvernance, la communication, la transparence de l'information et c'est ce qui marche », dit Dan Gabay. « Le C4 nous permet de garder les doigts sur le pouls de l'organisation et d'être capables d'être assez agiles pour se retourner sur un dix cents pour voir quelles sont nos possibilités. Et c'est vraiment la force du C4, d'être capables de faire ça », résume Joanne Côté.

Bibliographie

<https://www.humbercommandcentre.ca/#highlights>

Jennifer Gutberg (2022). C4 Command Center : Cadre de référence / Concept Framework, CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 51 pages.

<https://jghnews.ciuSSWestcentral.ca/fr/10708/>

<https://jghnews.ciuSSWestcentral.ca/fr/tout-est-en-place-pour-le-lancement-du-centre-nevralgique-numerique-visant-a-ameliorer-les-soins/>

<https://jghnews.ciuSSWestcentral.ca/fr/la-circulation-des-patients-est-plus-fluide-grace-au-nouveau-centre-de-commandement-numerique/>

<https://jghnews.ciuSSWestcentral.ca/fr/le-nouveau-centre-de-commandement-numerique-joue-un-role-cle-pour-rationaliser-lacces-aux-soins-en-sante-mentale/>

jghfoundation.org/wp-content/uploads/2022/10/HGJ_annual_report_2021-2022-FR-WEB_final.pdf

CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (2021). Centre de commandement – C4 : Concept, présentation power point non publiée [20220609_C4_CONCEPT_EC]

McChrystal, G. S., Collins, T., Silverman, D., & Fussell, C. (2015). Team of teams: New rules of engagement for a complex world: Penguin.

Blanchet, S. (octobre 2022). L'hospitalisation à domicile accroît la capacité hospitalière », Revue Le Spécialiste, FMSQ, p.3-5. <https://fmsqkiosk.milibris.com/reader/ec160319-59ac-4664-b510-7bc13ba858a2?origin=/le-specialiste/le-specialiste/2022-10>

Blanchet, S. (octobre 2022). L'unité virtuelle de l'hôpital Général Juif, Revue Le Spécialiste, FMSQ, p.6-8. <https://fmsqkiosk.milibris.com/reader/ec160319-59ac-4664-b510-7bc13ba858a2?origin=/le-specialiste/le-specialiste/2022-10>

MSSS (2021) Orientations ministérielles : organisation et implantation d'une zone d'évaluation rapide (ZER). Québec, 10p. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-905-01W_annexe_ZER.pdf

Annexe 1 : L'agenda d'une journée au C4

8 h 15	Caucus soins critiques ** (mis en place avant le C4)	Animé par la coordonnatrice fluidité HGJ Personnes présentes : infirmière-chef des soins intensifs, infirmière-chef des soins intensifs cardiovasculaires. Objectif : Analyse de la situation pour approuver les chirurgies cardiaques
8 h 30	Caucus NSA CIUSSS	Animé par le coordonnateur des services sociaux responsable des NSA Personnes présentes : coordonnatrice du C4, représentants des services sociaux, de SAPA, du mécanisme d'accès hébergement (MAH), du soutien à domicile, des soins infirmiers, de la planification des congés, du guichet de réadaptation, de la gériatrie, de santé mentale. Objectif : Tour de table des enjeux, le nombre de congés
8 h 40	Caucus fluidité CIUSSS	Animé par la directrice médicale du C4 Personnes présentes : coordonnatrice fluidité HGJ, coordonnateur clinico-administratif – divisions de l'urgence, des soins critiques et de cardiologie, coordonnatrice du C4, les quatre coordonnateurs clinico-administratifs soins infirmiers (l'HGJ), DRSM, SAPA, DQTEVE-SV, services hygiène et salubrité, ressources informatiques. Objectif : Analyse et répartition des enjeux de fluidité
9 h	Caucus fluidité à l'urgence	Animé par la directrice médicale du C4 Personnes présentes : les équipes médicales (urgentologues, médecins spécialistes, médecins de famille, etc.), médecin coordonnateur de l'urgence et l'agent d'unité de la gestion des lits de l'urgence. Objectif : Prise de décision sur la répartition des patients
10 h	Caucus Safety round (la fréquence par semaine varie selon le besoin)	Animé par la coordonnatrice du C4 ou la directrice ou DA de la DQTEVE-SV Personnes présentes : toutes les directions cliniques et corporatives (directeurs et DA), directrice médicale du C4, DQTEVE-SV, le Commissaire aux plaintes, les communications, le coordonnateur des mesures d'urgence et le directeur administratif de la grappe Optilab. Objectif : <i>Situational awareness</i> , tour de table sur les enjeux du CIUSSS
11 h	Caucus soins virtuels	Animé par la coordonnatrice du C4 Personnes présentes : chef soins virtuels, infirmières virtuelles, pharmacienne, DRSM, directrice médicale du C4, DA DQTEVE-SV et co-directrice des Soins virtuels : Erin Cook. Objectif : Tour de table, discussion des enjeux
14 h	Caucus fluidité à l'urgence	Animé par la directrice médicale du C4 Personnes présentes : les équipes médicales (urgentologues, médecins spécialistes, médecins de famille, etc.), médecin coordonnateur de l'urgence et l'agent d'unité de la gestion des lits de l'urgence. Objectif : Prise de décision sur la répartition des patients
15 h 45	Caucus NSA CIUSSS	Animé par le coordonnateur des services sociaux responsable des NSA (DRSM) Personnes présentes : coordonnatrice du C4, SAPA : du mécanisme d'accès hébergement (MAH), du soutien à domicile, DSI de la planification des congés, du guichet de réadaptation, de la gériatrie, de santé mentale. Objectif : Tour de table des enjeux, le nombre de congés prévus
16 h	Caucus Fluidité CIUSSS	Animé par la directrice médicale du C4 Personnes présentes : coordonnatrice fluidité HGJ, coordonnateur clinico-administratif soins infirmiers – divisions de l'urgence, des soins critiques et de cardiologie, coordonnatrice du C4, les quatre coordonnateurs clinico-admin des soins infirmiers (HGJ), etc. Objectif : Analyse et répartition des enjeux de fluidité

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées et de leur fonction (au moment de la rencontre)

1. Dr Rosenberg, PDG
2. Dan Gabay, DGA
3. Joanne Côté, Directrice DQTEVE-SV
4. Erin Cook, Directrice adjointe DQTEVE-SV
5. Nicolas Seca-Masot, Spécialiste en procédés administratifs à la DQTEVE-SV
6. Mark Biunno, Spécialiste en procédés administratifs à la DQTEVE-SV
7. André Poitras, Directeur adjoint des soins infirmiers et des opérations cliniques
8. Dre Shanon Fraser, Directrice du C4 et chef du département de chirurgie générale
9. Carole Viegas, Coordinatrice fluidité à l'hôpital
10. Sabine Cohen, Directrice adjointe, Direction de la santé numérique
11. Mary Lattas, Directrice, Direction de la Réadaptation et des Services multidisciplinaires
12. Luc Méthot, Directeur adjoint du programme Soutien à domicile (SAD), Direction SAPA
13. Dr Marc Afilalo, Chef médical du département de l'urgence
14. Mark Demaine, Coordinateur des Services sociaux, des Services de réadaptation en CHSLD et Service d'aide technique
15. Suzette Chung, Coordinatrice du C4 entre 2021 et 2022
16. Kimberly Gartshore, Coordinatrice du C4 à partir de mai 2022
17. Jennifer Gutberg, candidate au PhD *Health Services Researcher*, Université de Toronto, et consultante
18. Aurelia Di Fabrizio, Chef-Équipe de la Transformation (PMO) À LA DQTEVE-SV