

Université de Montréal

Un modèle global et intégré de la performance: application à l'urgence d'un
hôpital au Mexique

par

Fernando Miguel Rivas Olivares

Département d'Administration de la Santé
Faculté de Médecine

Mémoire présenté à la Faculté de Médecine
en vue de l'obtention du grade de
Maître en Sciences
en Administration des Services de Santé
option analyse

Août 2011

© Fernando Miguel Rivas Olivares 2011

Université de Montréal

Faculté de Médecine

Ce mémoire intitulé:

Un modèle global et intégré de la performance: application à l'urgence d'un
hôpital au Mexique.

présenté par :

Fernando Miguel Rivas Olivares

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

André-Pierre Contandriopoulos
directeur de recherche

Lambert Farand
membre du jury

Anne Lemay
membre du jury

Résumé

À cause de la nature complexe et non linéaire de leurs opérations, les salles d'urgence (SU) constituent des entités organisationnelles uniques dans le domaine de la santé. Les SU subissent des pressions accrues résultant des dynamiques des sociétés contemporaines et de leurs systèmes de santé, et font face ainsi à des défis uniques comme l'engorgement. Contrairement aux croyances dominantes sur le phénomène, le présent travail de recherche établit que ce problème est en réalité une manifestation de pauvre performance systémique plutôt qu'une faillite opérationnelle. Alors, pour les SU, la performance organisationnelle relève une importance incontestable. En effet, l'étude de la performance organisationnelle est un sujet de recherche qui intéresse de nombreux chercheurs des services de santé. Il s'agit, néanmoins, d'un concept historiquement difficile à définir à cause de son caractère complexe, multidimensionnel et paradoxal.

Le modèle EGIPSS, basé sur la théorie de l'action sociale de Parsons, est capable de saisir cette complexité et constitue un cadre conceptuel robuste et exhaustif, pouvant s'adapter à des contextes divers. Ce mémoire adopte le modèle EGIPSS pour présenter un outil global et intégré d'évaluation de la performance organisationnelle de la salle d'urgences de l'Hôpital Général Régional 46 à Guadalajara, au Mexique. Cet instrument est conçu pour prendre en compte spécifiquement les particularités propres des SU, ainsi que les caractéristiques organisationnelles uniques de l'Hôpital Général Régional 46. Enfin, le développement de ce projet de mémoire contribue aux efforts d'amélioration continue de la performance de cet établissement, et enrichit les connaissances sur les urgences en tant qu'unités organisationnelles.

Mots clés : EGIPSS, engorgement, IMSS, Mexique, performance, salle d'urgence, système de santé mexicain, urgence.

Abstract

Because of the complex, nonlinear nature of their operations, emergency rooms (ER) represent unique organizational entities in healthcare. ERs suffer from increased pressures as the result of current social and health care system dynamics, and thus face distinctive challenges like the crowding phenomenon. Contrary to the prevailing thought among researchers, the present work establishes that crowding is a manifestation of poor performance rather than one of operational failure. Therefore, organizational performance is of indisputable importance to emergency rooms. Indeed, the study of performance is a current subject among health services researchers. It is, however, a concept that has been historically difficult to define because of its complex, multidimensional and paradoxical nature.

The EGIPSS model, based on Parson's Social Action Theory, is capable of seizing this complexity and constitutes a solid and comprehensive framework, capable of adapting to different contexts. This thesis adopts the EGIPSS model in order to present a global and integral tool for the evaluation of the organizational performance of the emergency room at Regional General Hospital 46 in Guadalajara, Mexico. This instrument is conceived to specifically address the particularities of ERs, as well as the unique organizational characteristics of Regional General Hospital 46 and the Mexican Health System. Thus, the development of this thesis project contributes to the continuous performance improvement efforts of this institution, and adds to the knowledge of emergency rooms as complex organizations.

Keywords: crowding, EGIPSS, emergency room, emergency department, IMSS, performance, Mexico, Mexican Health System.

Table des Matières

Identification du jury.....	ii
Résumé en français.....	iii
Résumé en anglais.....	iv
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures.....	vii
Liste des sigles et des abréviations.....	viii
Dédicace.....	ix
Remerciements.....	x
Avant-propos.....	xi
Chapitre 1	
La performance organisationnelle.....	1
Chapitre 2	
Le système de Santé Mexicain et l'Hôpital Général Régional 46.....	24
Chapitre 3	
Les salles d'urgence et le phénomène de l'engorgement.....	56
Chapitre 4	
La performance des salles d'urgence.....	97
Chapitre 5	
L'évaluation de la performance à l'Hôpital Général Régional 46.....	119

Liste des tableaux

Tableau 2.1 Unités de soins IMSS.....	32
Tableau 2.2 Infrastructure de santé publique au Mexique.....	33
Tableau 2.3 Professionnels de la santé au Mexique.....	36
Tableau 3.1 Mesures de l'engorgement proposées par Solberg et coll.....	73
Tableau 5.1. Balance actuelle de la mesure de la performance au HGR 46....	123
Tableau 5.2. Balance proposée par les nouvelles autorités provinciales.....	123
Tableau 5.3 Balance proposée dans ce mémoire.....	123
Tableau 5.4 Évaluation proposée pour la SU HGR 46.....	125-26

Liste des figures

Fig. 1.1 L'évaluation de la performance selon l'OMS.....	8
Fig. 1.2 Modèle de l'efficacité organisationnelle.....	10
Fig. 1.3 Les « quatre mondes ».....	12
Fig. 1.4 Le modèle PATH.....	14
Fig. 1.5 Le modèle EGIPSS.....	16
Fig. 2.1 Le financement du système de santé Mexicain.....	28
Fig. 2.2 Le cadre d'évaluation de la performance du Ministère de la santé.....	42
Fig. 2.3 Tableau de bord pour la salle d'urgence HGR 46.....	47
Fig. 2.4 Diagramme d'Ishikawa pour la SU HGR 46.....	48
Fig. 3.1 La place de l'urgence dans la communauté.....	58
Fig. 3.2 Modèle de l'engorgement de Schull et collègues.....	67
Fig. 3.3 Modèle de l'engorgement d'Asplin et collègues.....	69
Fig. 4.1 Les relations organisationnelles des salles d'urgence.....	101
Fig. 4.2 La superposition des éléments conceptuels de Donabedian, Asplin, et du modèle EGIPSS sur le modèle de Georgeopoulos et Cooke.....	113

Liste des sigles et abréviations utilisés dans ce mémoire

ACEP	American College of Emergency Physicians
EGIPSS	Évaluation Globale et Intégrale de la Performance des Services de Santé
HGR 46	Hôpital Général Régional 46, à Guadalajara, au Mexique
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
MS	Ministère de la santé du Mexique
OCDE	Organisation pour la Coopération et le Développement Économique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PATH	Performance Assessment Initiative for Quality Improvement in Hospitals
PEMEX	Petróleos Mexicanos, entreprise pétrolière nationale du Mexique
SIMO	Sistema de Información Médico-Operativa, système informatique de collecte de données administratives de l'IMSS.
SP	Seguro Popular, programme d'assurance publique au Mexique sous la responsabilité du MS
SU	Salle d'Urgence

à mes parents, avec la plus grande admiration et gratitude

Remerciements

à ma famille pour leur amour et leur support inconditionnels

à Paty, pour son amour et pour l'inspiration qui m'a permis de finir ce travail

à Colette, pour notre rencontre qui a changé ma vie

à mes colocs, Xiomara, Emiliano, et Iván, pour leur amitié et leur support

à Bernardo, pour les plus belles figures de ce mémoire

au Dr. Salvador Yerenas, pour son assistance et son exemple

au Prof. Contandriopoulos, pour sa patience et pour le privilège de travailler
sous sa direction

au CONACYT, pour la bourse qui a permis la réalisation de mes études au
Québec

à l'IMSS, pour toute sorte de facilités qui ont permis la réalisation de ce projet

Avant-propos

Au cours du dernier siècle, la médecine et les sciences en général se sont développées considérablement. Parallèlement à ces avancées, des développements technologiques ont renforcé le pouvoir de la médecine à un point tel qu'on ne peut pas concevoir l'existence de l'homme moderne sans tenir compte de ce pouvoir qu'a la médecine sur lui. Ce pouvoir se manifeste non seulement dans la façon tangible dont la médecine modifie l'histoire naturelle de la maladie, mais aussi dans son influence sur le comportement humain et, conséquemment, sur l'évolution des sociétés et leurs systèmes de santé. Ainsi, au début du XXI^e siècle, on retrouve partout dans le monde des systèmes de santé qui doivent être améliorés pour faire face aux phénomènes socio-sanitaires actuels tels que le vieillissement de la population, les transitions épidémiologiques, et le changement dans les déterminants de l'état de santé des individus, particulièrement ceux liés à leur comportement. Ces phénomènes, parmi d'autres, également complexes, exercent une pression accrue sur les systèmes de santé qui est particulièrement ressentie lorsqu'elle se présente dans un contexte de ressources limitées. C'est pourquoi les systèmes de santé contemporains font face à des défis d'une ampleur et d'une complexité telles, que la recherche portant sur la performance des organisations de santé est devenue un sujet de recherche prioritaire qui intéresse plusieurs chercheurs dans le monde.

Dans cette optique, ce mémoire contribue à la recherche en mettant à disposition de la direction de l'Hôpital General Régional 46 à Guadalajara, au Mexique, un outil global et intégré d'évaluation de la performance de sa salle d'urgence. Cet outil, basé sur le modèle Parsonien de la performance, et en particulier sur le modèle EGIPSS, est adapté pour prendre en compte spécifiquement les particularités propres d'une urgence, tout en tenant compte des caractéristiques organisationnelles uniques à l'Hôpital Général Régional 46.

Ainsi, le développement de ce mémoire contribue aux efforts d'amélioration continue de la performance de cet établissement.

Le premier chapitre de ce mémoire présente l'état des connaissances sur la performance des organisations de santé, et décrit sommairement le modèle EGIPSS. Il est suivi par un chapitre dédié à la description générale du système de santé mexicain et une description plus spécifique de l'Hôpital Général Régional 46 et de sa salle d'urgence. Par la suite, deux chapitres approfondissent l'analyse sur les services d'urgence, le premier aborde la description de la salle d'urgence en tant qu'unité organisationnelle unique dans le domaine de la santé et le phénomène de l'engorgement, tandis que le deuxième présente spécifiquement les méthodes d'évaluation de la performance des salles d'urgence. Le dernier chapitre s'appuie sur les précédents pour formuler des recommandations à propos de l'évaluation de la performance de la salle d'urgence de l'Hôpital Général 46 et propose des indicateurs spécifiques permettant d'opérationnaliser une telle évaluation.

Chapitre 1 :

La performance organisationnelle

La performance organisationnelle

L'importance de la performance des organisations est bien illustrée par l'abondance de recherches produites au cours des dernières décennies que ce soit sur la performance organisationnelle en général, ou en particulier, sur la performance des organisations de santé. D'ailleurs, ces analyses de la performance organisationnelle acquièrent une importance encore plus grande lorsqu'on tient compte des propositions portant sur la performance supérieure des organismes privés, voulant résoudre les problèmes de performance du système de santé publique en copiant les façons de faire du privé, ou en transférant des services, voire même des systèmes entiers, au privé (Contandriopoulos, 2003). Or, un rappel de l'évolution des idées prédominantes sur la performance organisationnelle est pertinent avant de passer à l'analyse du modèle proposé dans ce mémoire, ainsi que pour introduire la discussion ultérieure sur la performance organisationnelle des salles d'urgence.

Si l'on tient compte qu'un des objectifs manifestes de l'étude des organisations est de contribuer à leur meilleur fonctionnement, le concept de performance apparaît comme central aux travaux des chercheurs qui s'intéressent aux organisations (Sicotte et coll., 1999). Cependant, la conception de la performance a non seulement évolué à travers le temps, mais varie aussi selon le contexte organisationnel dans lequel on se situe. La définition de performance demeure imprécise, et une intense discussion se poursuit dans la littérature autour de ses différentes dimensions, de leurs relations entre elles, ainsi que sur les rôles qu'y jouent les acteurs de ces organisations. Ceci est bien démontré dans la révision systématique des modèles d'évaluation de la performance des organismes de santé, services sociaux et éducation récemment publiée par Klassen et coll. (2010). Ces chercheurs identifient au moins 111 cadres d'analyse différents, dont la plupart (97) sont relatifs au milieu de la santé. Il n'est pas surprenant alors qu'on retrouve dans la littérature plusieurs définitions de la performance, chacune attribuant une importance plus ou moins grande à

une (ou plusieurs) de ses dimensions en particulier, au détriment d'autres dimensions. Ces diverses conceptions de la performance ont contribué à forger une vision « incomplète et fragmentée de la performance organisationnelle » (Sicotte, 1999) qui demeure répandue même de nos jours en dépit de plusieurs efforts pour intégrer différents courants dans un seul modèle. Une analyse minutieuse permet cependant d'établir que chacun des articles inclus dans la révision de Klassen ne constitue pas en lui-même un modèle de conception de la performance organisationnelle. Au contraire, une grande majorité de ces articles peuvent être regroupés sous quelques modèles dominants de la littérature. Ce sont uniquement ces modèles principaux qui seront présentés ci-après.

Les modèles unidimensionnels de la performance

Même si leur nomenclature varie selon les auteurs, quatre modèles unidimensionnels se retrouvent dans tous les travaux sur le sujet de la performance et seront ci-après présentés. La taxonomie adoptée dans le cadre de ce mémoire est celle proposée par Sicotte et coll. (1998).

La performance comme l'atteinte de buts: le modèle rationnel des systèmes

Selon le modèle rationnel des systèmes (Price, 1972), une organisation existerait pour atteindre des buts et des objectifs. Sa performance est alors évaluée par rapport à l'accomplissement de ces objectifs. Avec ce modèle le chercheur fait face à la difficulté de choisir et d'explicitier des objectifs, parmi plusieurs qui sont possibles, surtout dans un domaine complexe comme celui de la santé.

La performance en termes de relations humaines: le modèle naturel des systèmes

Ce modèle a été consolidé avec des contributions de l'école des relations humaines et de l'école politique. Selon l'école des relations humaines, la satisfaction des membres de l'organisation favoriserait la motivation, la collaboration, l'absence de conflit, et, surtout, le développement humain. Une organisation performante en serait alors une qui comprendrait un climat de travail positif et des membres engagés (Bennis, 1966). Selon le modèle des constituants stratégiques, l'organisation constitue une arène politique dans laquelle plusieurs parties prenantes interagissent tout en défendant leurs intérêts (Connolly et coll., 1980). La négociation et le compromis seraient alors des éléments propres des organisations performantes (Champagne, 2003).

La performance en termes d'adaptation et de ressources: le modèle ouvert des systèmes

Ce modèle conçoit l'organisation comme une unité en forte interaction avec son environnement (Benson, 1975; Yuchtman et Seashore, 1967). L'obtention de ressources, l'adaptation et la croissance deviennent prioritaires, car ils permettraient la survie de l'organisation. La capacité d'acquérir les ressources nécessaires devient donc le principal critère d'évaluation de la performance.

La performance en termes de production: le modèle des processus internes

Selon ce modèle, la performance est conçue en termes d'efficacité des processus internes de production. Des concepts comme le contrôle, la stabilité, l'absence de tension et la gestion de l'information y sont très importants. Cette approche est exemplifiée par les courants de la gestion totale de la qualité, l'amélioration continue et la réingénierie des processus (Sicotte et coll., 1999).

L'utilisation de méthodes de simulation dans le but de prévoir des changements dans les conditions de production de soins et des services se situe dans ce modèle.

D'autres modèles unidimensionnels s'ajoutent à ceux présentés dans ce premier chapitre. Leur importance relative étant moins grande que les quatre premiers, ils sont présentés uniquement dans le but d'introduire des éléments d'analyse.

La performance comme congruence des valeurs: le modèle de la légitimité sociale

D'après ce courant de pensée, l'organisation serait performante lorsqu'elle parvient « à mettre en accord les processus et les résultats avec des valeurs sociales, des normes, et des objectifs. Réputation, prestige et image sont alors des indicateurs de performance » (Champagne, 2003). Ce modèle demeure proche du modèle des relations humaines.

La performance comme le « faire mieux que les autres » : le *benchmarking*

Vers le début des années 1990, un courant de pensée a avancé l'idée que la performance peut être conçue comme la réalisation des activités d'une organisation d'une meilleure façon que d'autres organisations comparables. À partir de ce point de vue, une multitude de cadres ont été développés avec une focalisation sur la saisie de données et sur de longues listes d'indicateurs. À noter, le *benchmarking* est généralement considéré dans la littérature comme un modèle d'appréciation de la performance. Cependant, *stricto sensu*, il ne s'agit pas d'un modèle, mais d'une approche d'identification de cibles d'excellence, et des façons et des conditions d'amélioration des organisations.

En dépit de cela, plusieurs systèmes de santé s'appuient fortement sur la perspective de la comparaison pour la mesure de la performance (Williams et coll., 2005; Institute of Medicine, 2006).

La performance en tant qu'absence d'erreur: le modèle zéro défaut

Sous cette optique une organisation est performante « si elle ne fait pas d'erreurs ou s'il n'y a pas des traces d'inefficacité » (Champagne, 2003). Cette approche est devenue de plus en plus utilisée dans le domaine de la santé lorsque la sécurité est devenue une préoccupation dans les discussions sur les réformes du système de santé (OMS, 2000; Institute of Medicine, 2001). L'identification des erreurs est un point de départ pertinent pour atteindre l'objectif manifeste qui concerne la sécurité du patient (Rutstein et coll., 1976; Vincent et coll., 1998; Reason, 2000; Champagne, 2003). Il est important de noter que le concept de « zéro défaut » suppose une vision limitée de la performance, et pourrait bien être placé sous le modèle des processus internes, spécifiquement dans le domaine du contrôle de la production.

Les modèles multidimensionnels de la performance

Les modèles que nous avons présentés offrent différentes visions de la performance. Ces visions sont contradictoires, mais elles représentent des dimensions présentes, en quelque sorte, en permanence dans toute organisation. Toutefois, il semble impossible pour une organisation de satisfaire à tous les critères de performance des différents modèles. Des questions importantes émergent d'un tel constat telles que: Devrait-on privilégier une seule de ces visions lorsqu'on étudie la performance des organisations de santé? Ou plutôt plusieurs? Est-il possible de gérer dans une analyse plusieurs dimensions de la performance en même temps? Les modèles multidimensionnels de la performance constituent une approche qui permettrait de répondre à ces questions.

La performance comprenant des éléments de la production: une vision qui perdure

Donabedian (1973) propose trois éléments conceptuels comme soutien d'une stratégie d'évaluation de la qualité technique des services de santé. Il identifie des éléments de structure (autant physique - ressources en tant que matériaux et humaines - qu' organisationnel), de processus et de résultats (*outcomes*). Il est intéressant de noter que cette vision comprend déjà une inclination intégratrice, car les trois concepts du cadre de Donabedian correspondent essentiellement à des dimensions différentes de la performance (structure-adaptation, processus-production, résultats-atteinte des buts). Il est pertinent de souligner le fait qu'en dépit des avancées substantielles dans les connaissances sur la performance organisationnelle, le modèle de Donabedian continue à être utilisé comme référence pour l'évaluation de la performance des organisations de santé en général, et, tel qu'exemplifié dans le quatrième chapitre de ce mémoire, spécifiquement en ce qui concerne la performance des salles d'urgence. Cependant, au cours du développement de ce mémoire, il deviendra clair que la mesure de la performance à partir du modèle de Donabedian de structure-processus-résultats de santé ne permet pas de rendre compte de toute la complexité d'un hôpital, et surtout de l'unité organisationnelle singulièrement complexe qu'est l'urgence.

Le cadre d'évaluation de la performance de l'Organisation Mondiale de la Santé: un modèle multidimensionnel linéaire proche de Donabedian

Le cadre d'évaluation de la performance de l'OMS repose largement sur les travaux de Murray et Frenk (1999), lesquels remontent à leur tour à la conception de l'évaluation des organisations de santé de Donabedian. Essentiellement, le cadre de l'OMS établit trois objectifs principaux pour les systèmes de santé: l'amélioration de la santé des individus, répondre aux attentes de la population et la répartition équitable du financement. L'atteinte de

ces objectifs dépendrait de l'exécution de quatre fonctions: la prestation des services, la production de ressources, le financement et l'administration. La figure 1.1 montre la conceptualisation qu'a l'OMS des fonctions et des objectifs du système de santé. Le modèle propose l'évaluation de la performance selon le degré d'atteinte des objectifs, compte tenu des ressources disponibles, tout en permettant une approche contingente dans la flexibilité accordée aux différentes sociétés pour donner une importance plus grande à certains buts plutôt qu'à d'autres. De plus, le cadre de l'OMS propose la comparaison intra et inter systèmes ainsi qu'avec ses sous-systèmes (par exemple, la comparaison entre hôpitaux). Par ailleurs, le rapport publié en 2000 par l'OMS intitulé « Pour un système de santé plus performant » offre un aperçu de la performance des systèmes de santé dans les pays membres de l'OMS selon ce modèle, et présente des indices composés (*composite index*) aux fins de comparaison.

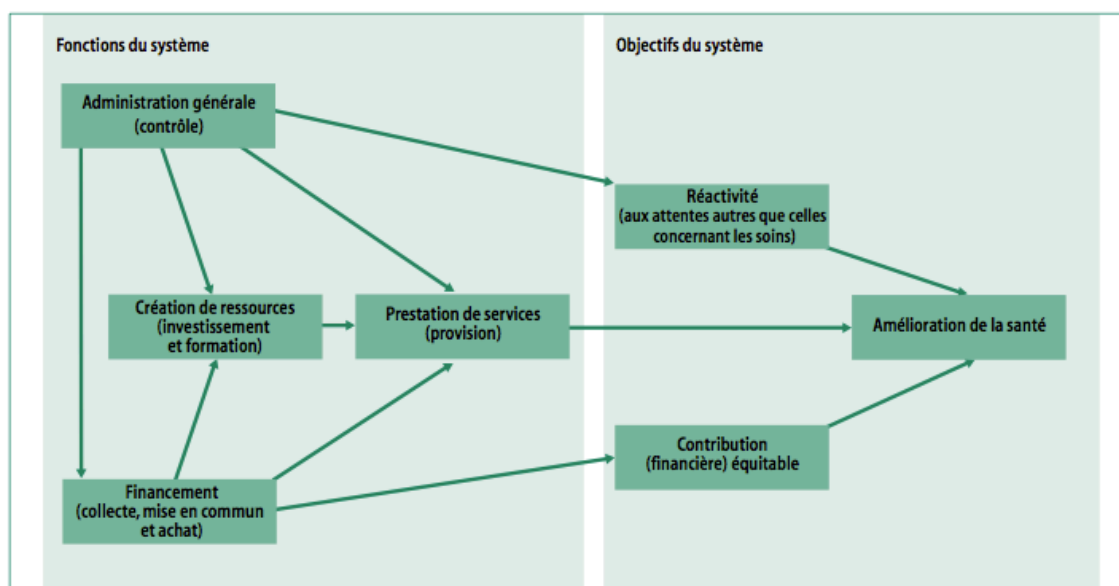


Fig. 1.1 L'évaluation de la performance selon l'OMS. (Source : Organisation Mondiale de la Santé, 2000, p. 27)

Les premières révisions des conceptions de la performance

Les premières révisions des conceptions de la performance ont permis de mettre à jour l'état des connaissances sur le sujet, ainsi que de mettre clairement en évidence le caractère multidimensionnel de la performance. Scott (1977), Seashore (1979) et Cameron (1979) ont regroupé les travaux connus sur la performance sous trois (Scott, 1977; Seashore, 1979) ou quatre (Cameron, 1979) thèmes correspondant aux modèles unidimensionnels principaux. Cependant, si ces trois études n'offrent pas d'explications concernant la concomitance dans l'organisation de ces différents aspects de la performance, ni sur les relations contradictoires entre eux, elles constituent une avance vers l'intégration des diverses notions de la performance. Quelques années plus tard, en 1986, ce sont Lewin et Minton qui présentent une synthèse sur la performance organisationnelle. Ces auteurs reconnaissent explicitement le paradoxe de la performance et suggèrent, pour y faire face, une approche contingente, plutôt qu'un modèle global. Selon ces auteurs, une organisation pourrait privilégier une vision de la performance appropriée à sa conjoncture et tenant compte de ses spécifications. Il est à noter que l'adoption de cette approche contingente a résulté en un relativisme qui perdure jusqu'à présent. Ceci n'est certes pas positif ni constructif, car par l'adoption d'une telle vision, très peu de pression est exercée vers le développement d'un modèle global. Des efforts subséquents pour tenir compte du caractère contingent et paradoxal de la performance ont eu comme résultat les modèles multidimensionnels visant à intégrer différentes visions.

La performance comprenant des valeurs en compétition

Au-delà de la synthèse des idées de la performance, Quinn et Rohrbaugh (1983), dans leur étude pionnière, ont montré comment les différentes visions de la performance sont contradictoires en même temps qu'elles créent des tensions à l'intérieur de l'organisation. La conception centrale à leur analyse met

en valeur l'enjeu crucial de la gestion de la performance qui ne serait pas seulement un choix parmi un ensemble fixe d'indicateurs, mais aussi un choix d'indicateurs sélectionnés pour leur pertinence quant à l'évaluation à faire, ceux-ci pouvant changer lorsque la dynamique de l'organisation change, ainsi que selon les attentes et les intérêts des parties prenantes. Ces auteurs proposent un modèle spatial de l'efficacité organisationnelle (ou performance) développé à partir de l'opinion d'experts, et qui comprend quatre fonctions correspondant aux modèles unidimensionnels principaux de la performance (et aux quatre fonctions Parsoniennes), ainsi que deux axes: un axe horizontal mettant en opposition les préoccupations internes et les externes, ainsi qu'un axe vertical qui représente la tendance à la différenciation versus la tendance à l'intégration (figure 1.2). Pour la première fois, le caractère paradoxal et multidimensionnel de la performance est représenté de façon schématisée.

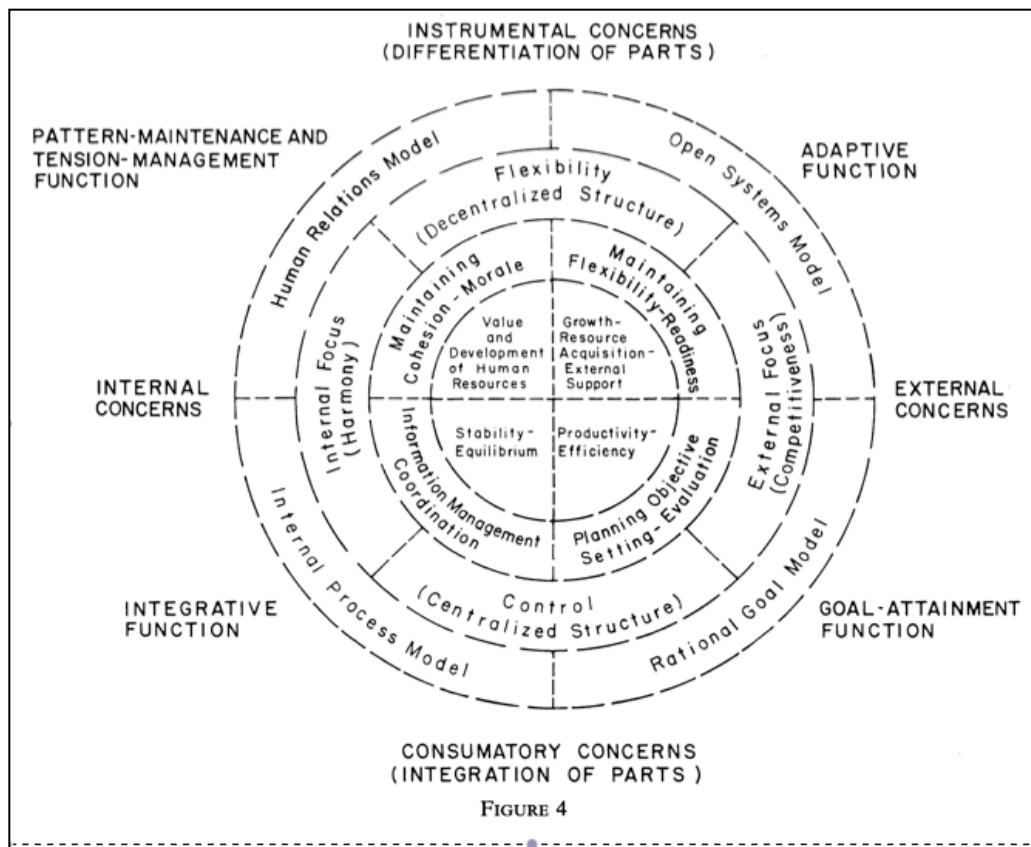


Fig. 1.2 Modèle de l'efficacité organisationnelle. (Source: Quinn et Rohrbaugh, 1983, p. 372)

Sans être explicite, le modèle suggère l'existence de relations entre les différentes dimensions de la performance. Un atout de l'étude de Quinn et Rohrbaugh est le fait qu'ils prennent en compte les différentes perspectives des acteurs au sein de l'organisation, un concept qui a fait ses preuves pour le développement des modèles multidimensionnels dans les années qui ont suivi l'étude de Quinn et Rohrbaugh.

Cette notion qui prend en compte les groupes d'intérêt dans l'organisation, ainsi que leur relation avec la performance organisationnelle semble être évidente. Pourtant, dans le but de mieux comprendre le rôle des différentes parties prenantes, plusieurs auteurs ont approfondi ce concept. L'importance de gérer des intérêts divergents pour différentes parties prenantes a été abordée par Habermas (1987, 1993), qui offre des pistes pour la conciliation entre les acteurs en situation de conflit. Dans un autre travail qui contribue considérablement aux connaissances sur le rôle des groupes d'intérêt au sein de l'organisation, D'Aunno (1992) propose trois dimensions selon lesquelles la notion de la performance varierait entre les acteurs: facilité de mesure, degré d'accord sur les critères, et leur stabilité. Selon chaque contexte organisationnel, un des modèles unidimensionnels de la performance serait privilégié par rapport aux autres dans une approche similaire à celle proposée par Lewin et Milton (1986). En 1996, Thomas et Palfrey ont caractérisé les groupes d'intérêt dans les organisations de santé et les classifient ainsi: les bénéficiaires, les payeurs, les professionnels, les gestionnaires et les politiciens. Dans leur étude, ces auteurs expliquent que la conception de la performance est différente pour chacun de ces groupes d'intérêt, ce qui leur permet d'expliquer l'importance relative qui est accordée à une modalité de mesure de la performance plutôt qu'à une autre par chacun de ces groupes d'acteurs.

Pour leur part, Glouberman et Mintzberg (2001) présentent une analyse visant à expliquer les tensions contradictoires à l'intérieur des organisations de santé. Ils conçoivent l'hôpital comme une organisation divisée en « quatre mondes » (figure 1.3), c'est-à-dire une division quaternaire avec des relations récursives qu'on retrouve souvent dans les modèles des organisations complexes.

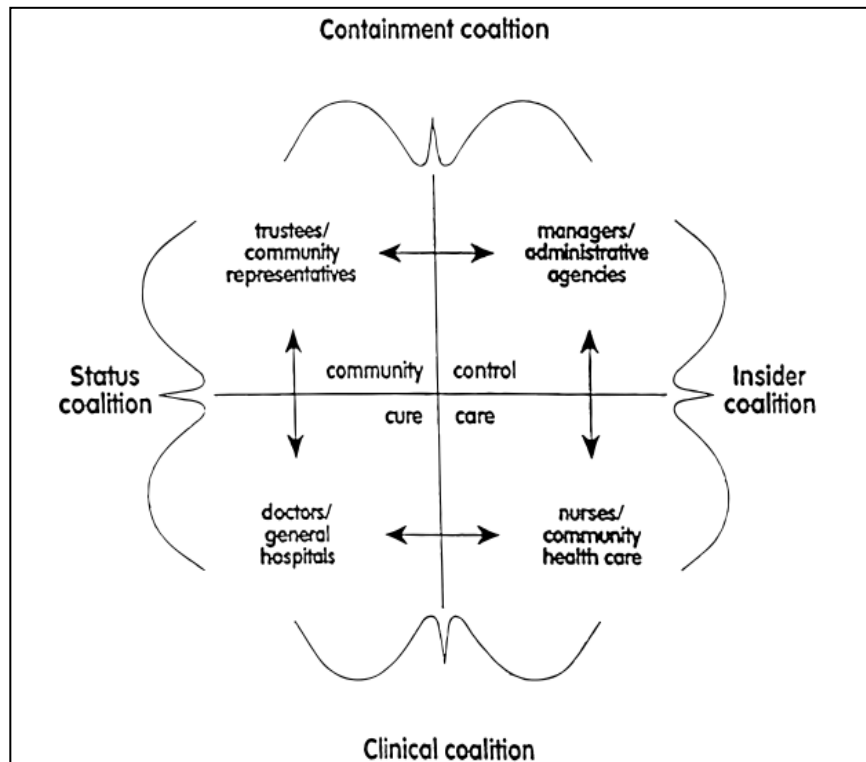


Fig. 1.3 Les « quatre mondes ». (Source : Glouberman et Mintzberg, 2001, p. 69)

L'idée de montrer les tensions contradictoires entre les différentes dimensions de la performance, ainsi que l'importance des groupes d'intérêt par rapport à ces tensions, ont permis la formulation de modèles visant l'intégration dans un seul cadre conceptuel non seulement des quatre dimensions principales de la performance et les acteurs organisationnels, mais qui inclut aussi les relations dynamiques qui ont lieu entre ces éléments. Ainsi, les modèles discutés ci-après présentent des visions qui ont en commun une optique plus intégrale de la performance que ceux que nous avons vus jusqu'à présent.

La performance comme équilibre entre des dimensions différentes

Kaplan et Norton (1996) ont développé un modèle de tableau de bord équilibré (*balanced scorecard*) qui tient compte de plusieurs dimensions de la performance, à savoir: les résultats financiers, les processus internes, l'apprentissage et l'innovation, ainsi que les clients de l'organisation. Le modèle met en évidence les relations entre ses quatre composants et cherche ainsi l'équilibre par le moyen de deux « outils »: la vision et la stratégie. Ces deux instruments devraient servir pour négocier les tensions entre les quatre éléments et permettre à l'organisation d'améliorer sa performance. D'autres modèles de tableau de bord existent, cependant, le modèle de Kaplan et Norton demeure représentatif, comme démontré dans l'étude de Klassen et coll. (2010) où 40 sur 111 des cadres identifiés correspondent au tableau de bord équilibré. Le tableau de bord comporte des limitations, car en dépit de tenir compte de plusieurs des dimensions de la performance, il ne représente pas un modèle exhaustif. Cela veut dire qu'en utilisant ce modèle on pourrait être amené à négliger des aspects importants de la performance organisationnelle.

Le modèle PATH

Dans le sillage de la publication du rapport de l'OMS en 2000, cet organisme a entrepris de mettre en place en Europe et à une échelle régionale, avec la contribution d'experts, un cadre d'évaluation spécifique pour la performance hospitalière. Le résultat de cette initiative a été la création du « *performance assessment tool for quality improvement in hospitals* » (PATH, Veillard et coll., 2005), un modèle qui s'inspire fortement du modèle EGIPSS et de celui de l'OMS. Six dimensions sont reconnues dans ce modèle, dont les quatre « verticales » et les deux « transversales » (figure 1.4). Chacune de ces dimensions peut être replacée dans une des dimensions du modèle EGIPSS. Parmi les dimensions verticales, on retrouve : l'efficacité clinique (efficacité et qualité dans le modèle EGIPSS), l'efficience (productivité dans le modèle

EGIPSS), le staff (acquisition des ressources et maintien des valeurs dans le modèle EGIPSS), et la gouvernance réactive (adaptation dans le modèle EGIPSS). Les dimensions transversales sont: la sécurité du patient (dimension proche du modèle zéro défaut et ainsi de la production sous le modèle EGIPSS), ainsi que le « *patient centredness* » (proche du modèle de la légitimité sociale et ainsi du maintien des valeurs dans le modèle EGIPSS).

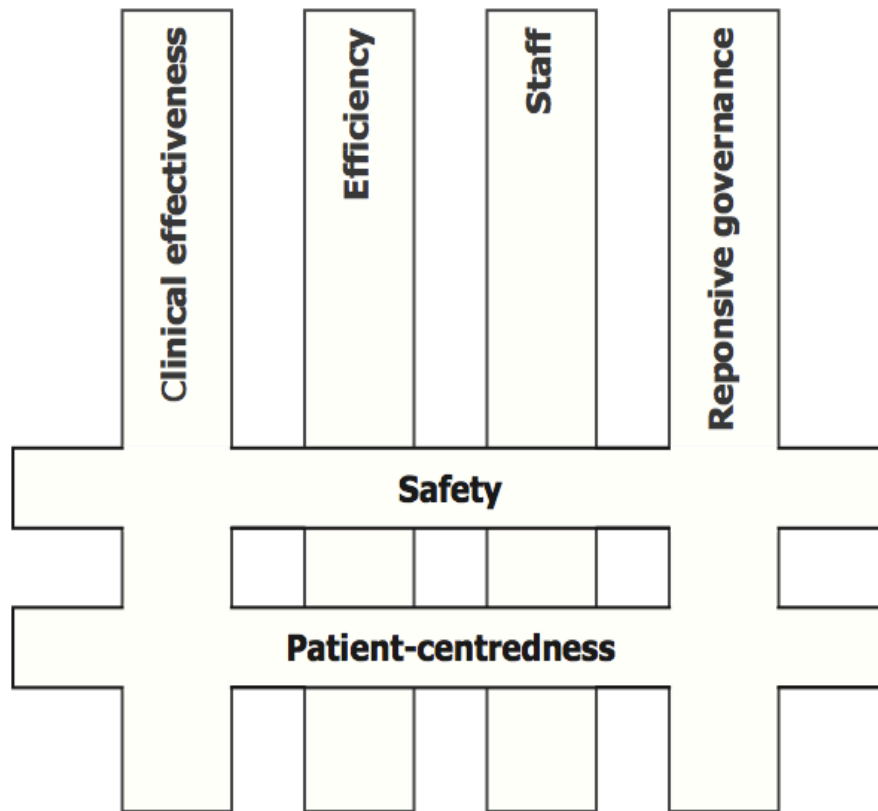


Fig. 1.4 Le modèle PATH. (Source : Veillard et coll., 2005, p. 489)

Le modèle EGIPSS

La théorie de l'action sociale de Parsons (1977) établit que toute organisation doit accomplir quatre fonctions essentielles: l'atteinte de buts, l'adaptation, la production et le maintien des valeurs. Selon Parsons, ces fonctions coexistent en tout temps et dans toutes les organisations humaines. La performance de l'organisation serait étroitement liée avec la capacité de cette dernière de maintenir un équilibre entre les tensions dynamiques présentées par les enjeux associés aux relations entre chaque fonction et les autres. À partir de cette théorie, des chercheurs de l'Université de Montréal ont développé le modèle d'évaluation globale et intégrale de la performance des services de santé, ou modèle EGIPSS (Sicotte et coll., 1998). La figure 1.5 montre le modèle EGIPSS de façon sommaire. Ses auteurs spécifient des sous-dimensions pour chacune des quatre fonctions:

Fonction Adaptation

Sous-dimensions: acquisition de ressources, adaptation aux besoins de la population, attraction des clientèles, adaptations aux exigences et tendances, mobilisation de la communauté, innovation et transformation.

Fonction Atteinte des Buts

Sous-dimensions: efficacité, efficience, équité de santé, satisfaction de la population.

Fonction Maintien des Valeurs

Sous-dimensions: consensus sur les valeurs du système, climat organisationnel, environnement de travail, état de santé des employés, états affectifs.

Fonction Production

Sous-dimensions: volume de soins et de services, productivité, intégration de la production, qualités techniques (sécurité, justesse et exécution compétente), et qualités non techniques (continuité, humanisme, globalité et accessibilité).

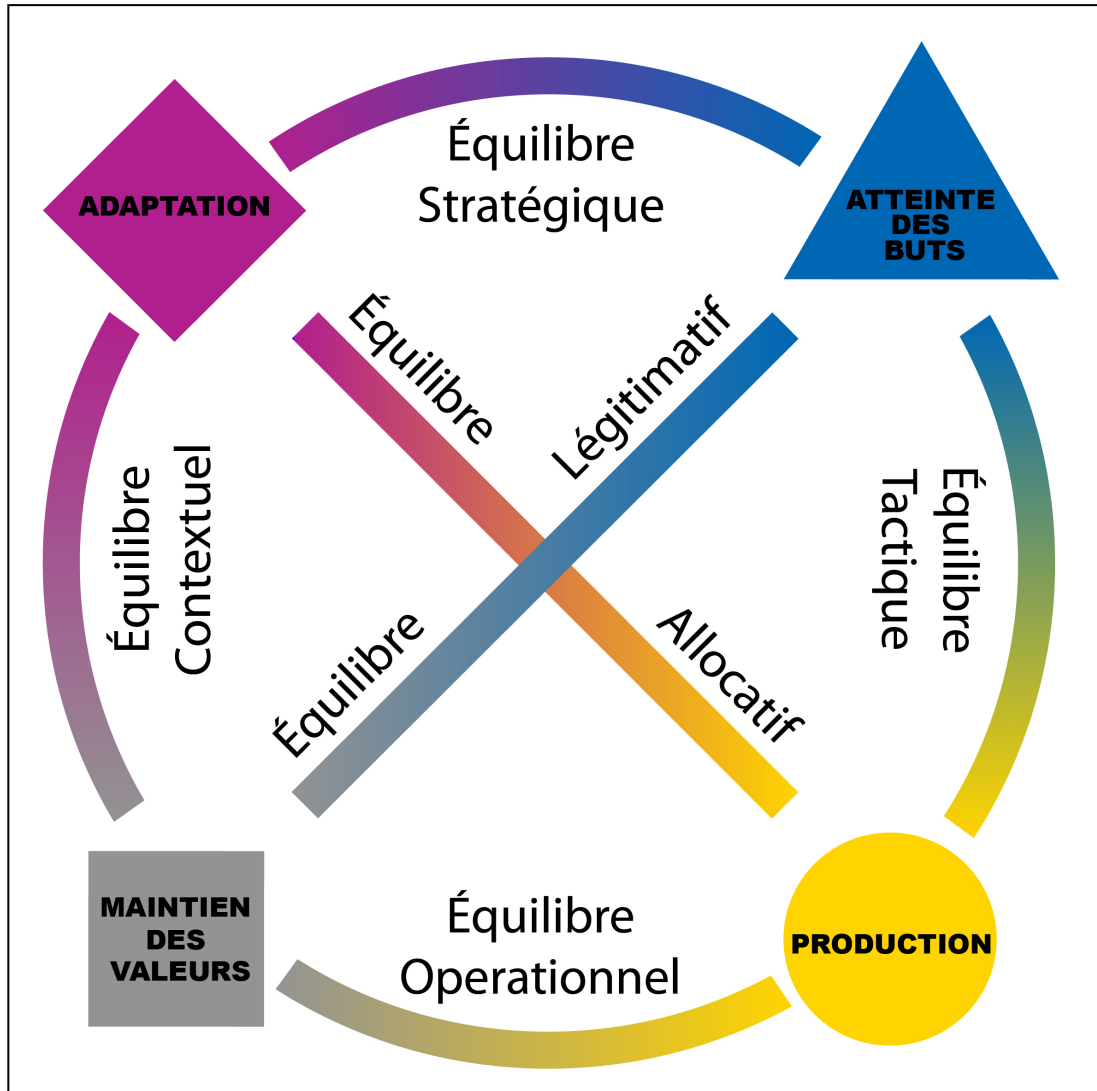


Fig. 1.5 Le modèle EGIPSS. (Source : Adapté Champagne et coll., 2005, p. 22).

L'idée de l'équilibre est centrale à la théorie de l'action sociale. Ainsi, selon le modèle EGIPSS les alignements dérivés des relations et des échanges entre chacune des quatre dimensions constituent des liens essentiels pour l'atteinte d'un équilibre entre ces expressions paradoxales de la performance. Les

alignements peuvent être alors vus comme deux éléments organisationnels qui interagissent et transigent en permanence. Selon le modèle, les alignements correspondent soit à la congruence, à l'adéquation, ou bien à l'impact d'une des fonctions par rapport à une autre.

L'alignement stratégique (adaptation - atteinte des buts):

« Cette dimension de la performance évalue la compatibilité de la mise en œuvre des moyens (l'adaptation) en fonction des buts, ainsi que la pertinence des buts étant donné l'environnement.»

L'alignement allocatif (adaptation - production):

« Cette dimension de la performance évalue la justesse d'allocation des moyens, et comment les mécanismes d'adaptation demeurent compatibles avec les impératifs et les résultats de la production.»

L'alignement tactique (atteinte des buts - production):

« Cette dimension de la performance évalue la capacité des mécanismes de contrôle découlant du choix des buts organisationnels à gouverner le système de production; et comment les impératifs et les résultats de la production viennent modifier les choix des buts de l'organisation. »

L'alignement opérationnel (maintien des valeurs - production):

« Cette dimension de la performance évalue la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnel à mobiliser positivement, ou négativement, le système de production, ainsi que l'impact des impératifs et des résultats de la production sur le climat et les valeurs organisationnels.

L'alignement légitimatif (maintien des valeurs - atteinte des buts):

« Cette dimension de la performance évalue la capacité des mécanismes de génération des valeurs du climat organisationnel à contribuer à l'atteinte des

but organisationnels; et comment le choix et la poursuite des buts de l'organisation viennent modifier et renforcer (ou miner) les valeurs ou le climat organisationnel.

L'alignement contextuel (maintien des valeurs - adaptation):

« Cette dimension de la performance évalue la capacité des mécanismes de génération des valeurs et du climat organisationnel à mobiliser positivement le système d'adaptation; et comment les impératifs et les résultats de l'adaptation viennent modifier et renforcer (ou miner) les valeurs et le climat organisationnel.

Les auteurs du modèle EGIPSS proposent cette définition de performance: « un construit multidimensionnel qui réfère à un jugement élaboré à travers l'interaction entre les parties prenantes sur les qualités essentielles et spécifiques qui caractérisent la valeur relative de l'organisation. On peut inférer ces qualités de la manière dont une organisation accomplit ses fonctions (perspective normative) et de la nature de l'équilibre entre les fonctions de l'organisation (perspective configurationnelle) » (Sicotte et coll., 1998, traduction de Champagne et Contandriopoulos, 2005).

Le modèle EGIPSS est un modèle exhaustif, qui repose sur des bases théoriques solides et offre une vision équilibrée de la performance et ses dimensions. Il propose une intégration qui contraste avec la fragmentation dominante dans la littérature sur le sujet. De plus, les alignements décrits permettent de créer des liens et des points de rencontre entre différents modèles autrement en concurrence, tout en tenant compte des divers intérêts des parties prenantes. En même temps, il peut être appliqué à n'importe quel niveau d'analyse (système, organisation, département, etc.), et ainsi servir à divers propos (imputabilité, reddition de comptes, amélioration continue de la performance). Ainsi, le modèle EGIPSS étant robuste et pertinent, sera le modèle retenu pour le travail de recherche dans le cadre de ce mémoire.

L'application d'un modèle d'évaluation de la performance

La conception d'un modèle est clairement un processus distinct de son application dans un contexte spécifique. Des défis particuliers à chaque contexte rendent la tâche de l'implantation de l'évaluation complexe. Cependant, une approche structurée permet d'aborder l'implantation d'une façon logique. Champagne et Contandriopoulos (2005) établissent les éléments d'architecture des systèmes d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé. Ils décomposent l'implantation d'un système d'évaluation de la performance en fonction d'éléments, notamment:

- a. objet de l'évaluation
- b. conceptualisation de la performance
- c. but de l'évaluation et le public visé
- d. valeurs privilégiées
- e. faisabilité opérationnelle

Dans le dernier chapitre de ce mémoire, ces éléments d'architecture seront repris pour la construction du modèle d'évaluation de la performance spécifique à l'urgence de l'Hôpital Général Régional 46.

Bibliographie

Bennis, JK. (1966) Towards a truly scientific management: the concept of organization health in changing organizations. New York: McGraw Hill.

Benson JK. (1975) The interorganizational network as a political economy. *Administrative Science Quarterly* 20:229-249.

Cameron K. (1979) Evaluating Organizational Effectiveness in Organized Anarchies. Travail présenté aux 1979 meetings of the Academy of Management.

Champagne, F. (2003) Defining a model of hospital performance for European Hospitals. Barcelone: WHO Regional Office for Europe.

Champagne F, Contandriopoulos AP. (2005) Éléments d'architecture des systèmes d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé. Travail présenté au 1er symposium international de la Conférence lusofrancophone de la santé.

Champagne F, Contandriopoulos AP, Picot-Touché J, Béland F, Nguyen H. (2005). Un cadre d'évaluation de la performance des services de santé: le modèle EGIPSS, rapport technique. GRIS, Université de Montréal.

Connolly T, Conlon DJ, Deustch SJ. (1980) Organizational effectiveness: a multiple constituents approach. *Academy of Management Review* 5:211-217.

Contandriopoulos, A.P. (2003) Analyser et comprendre le système de santé. Images du système de santé. Notes de cours 2008, Analyse du Système de Santé, Université de Montréal.

D'Aunno T. (1992) The effectiveness of human service organizations: a comparison of models. In Hasenfeld Y. (ed.) *Human Services as Complex Organizations*. London: Sage.

Donabedian, A. (1973) *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*. Cambridge: Harvard University Press.

Glouberman S, Mintzberg H. (2001) Managing the Care of Health and the Cure of Disease part I: differentiation. *Health Care Management Review*, Winter 2001:56-69.

Habermas J. (1987) *The Theory of Communicative Action*, vol 2. Cambridge: MIT press.

Habermas J. (1993) *Justification and Application*. Cambridge: MIT press.

Institute of Medicine. (2001) *Closing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington: The National Academies Press.

Institute of Medicine. (2006) *Building a 21st century Emergency Care System*. In: *Hospital-based Emergency Care: at the breaking point*. Washington: The National Academies Press.

Kaplan RS, Norton DP. (1996) Using the balanced scorecard as a strategic management system. *Harvard Business Review* Jan-Feb:75-85.

Klassen A, Miller A, Anderson N, Shen J, Schiariti V, O'Donnell M. (2010) Performance measurement and improvement frameworks in health, education and social services systems: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care* 22:44-69.

Lewin AY, Minton JW. (1986) Determining Organizational Effectiveness: Another Look, and an Agenda for Research. *Management Science* 32:515-538.

Murray CJL, Frenk J. (2000) A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization* 78:717-31.

Organisation Mondiale de la Santé. (2000) Rapport sur la santé dans le monde 2000. Pour un système de santé plus performant. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.

Parsons T. (1977) Social Systems and the Evolution of Action Theory. New York: Free Press.

Price JL. (1972) The study of organizational effectiveness. The Sociological Quarterly 13:3-15.

Quinn RE, Rohrbaugh J. (1983) A Spatial Model of Effectiveness Criteria: Towards a Competing Values Approach to Organizational Analysis. Management Science 29:363-377.

Reason J. (2000) Human error: models and management. British Medical Journal 320:768-70.

Rutstein DD. (1976) Measuring the quality of medical care – a clinical method. New England Journal of Medicine 294:582-588.

Scott, WR. (1977) Effectiveness of Organizational Effectiveness Studies, In P. S. Goodman and J. M. Pennings (Editeurs), New Perspectives on Organizational Effectiveness. San Francisco: Jossey-Bass, 63-95.

Seashore SE. (1979) Assessing Organizational Effectiveness with Reference to Member Needs. Travail présenté aux 1979 Meetings of the Academy of Management.

Sicotte C, Champagne F, Contandriopoulos AP, Barnsley J, Béland F, Leggat SG, Denis JL, Bilodeau H, Langley A, Brémond M, Baker GR. (1998) A conceptual framework analysis of health care organizations' performance, Health Services Management Research 11:24-48.

Sicotte C, Champagne F, Contandriopoulos AP. (1999) La performance organisationnelle des organismes publics de santé. *Ruptures* 6:34-46.

Thomas P, Palfrey C. (1996) Evaluation: Stakeholder-focused Criteria. *Social Policy & Administration* 30:125-142.

Veillard J, Champagne F, Klazina N, Kazandjian V, Arah OA, Guisset AL. (2005) A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *International Journal for Quality in Health Care* 17:487-496.

Vincent C, Taylor-Adams S, Stanhope N. (1998) Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *British Medical Journal* 316:1154-7.

Williams S, Schmaltz SP, Morton DJ, Koss RG, Loeb JM. (2005) Quality of Care in U.S. Hospitals as Reflected by Standardized Measures, 2002–2004. *New England Journal of Medicine* 353:255-264.

Yuchtman E, Seashore SE. (1967) A system resource approach to organization effectiveness. *American Sociological Review* 32:891-903.

Chapitre 2 :

Le Système de Santé Mexicain

et

l'Hôpital Général Régional 46

Le contexte local

Une analyse approfondie du système de santé mexicain est hors de la portée de ce mémoire. Cependant, une description du contexte dans lequel ce travail s'inscrit est essentielle. Ce chapitre commence donc par un bref parcours historique et structurel du système de santé mexicain, suivi d'un aperçu général sur l'Institut mexicain de la sécurité sociale (IMSS). Enfin, quelques généralités sur la médecine d'urgence au Mexique seront présentées, avant de conclure avec la description de l'unité sujet d'évaluation, soit l'Hôpital Général Régional 46 (HGR 46).

La fragmentation – une multitude de fournisseurs

Le Mexique se caractérise par un système de santé labyrinthique et fragmenté. L'évolution de son système de santé, en vertu des facteurs historiques, politiques et sociaux, a abouti à la création d'un labyrinthe structurel et financier qui est souvent comparé par sa complexité au système de santé américain (Barraza-Lloréns et coll., 2002). Les plus de 100 millions de Mexicains reçoivent des services de santé d'un système composé de trois sous-systèmes principaux, chacun financé de façon différente: les institutions de sécurité sociale, le ministère de la Santé, et le privé. Ses rôles se distribuent de la façon suivante, avec les deux premiers groupes de fournisseurs considérés comme des organismes publics:

1. Les institutions de sécurité sociale assurent les individus ayant un emploi formel. Ces institutions sont financées par des cotisations des employés et des employeurs, ainsi que par des contributions gouvernementales.
2. Pour sa part, le ministère de la Santé (Secretaría de Salud) rend des services, subventionnés par l'État et les gouvernements provinciaux, à la population non-assurée.

3. Finalement, le secteur privé est disponible pour n'importe qui, bien sûr, à condition de payer. La santé dans le secteur privé mexicain est financée de façon prédominante par des dépenses directes, avec une minorité de dépenses par les assurances privées.

Les trois sous-systèmes se divisent à leur tour en diverses institutions et programmes indépendants entre eux. Ces conditions sont le résultat de la gestion du gouvernement mexicain qui maintient plusieurs systèmes parallèles pour différents segments de la population, avec une forte présence du secteur privé. Pour ajouter à la complexité de cette diversité de fournisseurs, le financement du système est également complexe. Pour mieux comprendre l'état du système de santé mexicain tel qu'il est aujourd'hui, il est nécessaire de traiter de l'évolution historique de ses institutions, ainsi que de la façon dont ces changements s'inscrivent à une échelle globale.

Comme tous les pays du monde, le Mexique a subi tôt au cours du XX^e siècle l'influence croissante du « biopouvoir » (Le Blanc, 2003), particulièrement après la révolution de 1910, et définitivement avec la Constitution de 1917 qui reconnaissait la santé comme un droit pour tous les Mexicains, et stipulait l'obligation de l'État de fournir les moyens nécessaires pour que ce droit soit respecté (Gouvernement du Mexique, 1917). La consolidation de la médicalisation de la société a eu lieu, comme dans plusieurs autres pays, pendant et après la Deuxième Guerre mondiale: les principales institutions de santé du Mexique, l'Institut mexicain de la sécurité sociale (IMSS) et le ministère de la Santé (MS), ont été créés en 1943. L'IMSS a été conçu comme une façon de répondre aux besoins croissants des travailleurs, ceux-ci résultant de l'industrialisation du pays. Sa création est semblable à d'autres régimes mis en place par plusieurs pays, à l'époque, particulièrement en Europe (Contandriopoulos, 2003). Quant au ministère de la Santé, il devait s'occuper de la santé publique, des services sanitaires et, dans une moindre mesure, de la fourniture des services de santé pour les personnes non-assurées par l'IMSS.

Le gouvernement de l'époque croyait que la croissance soutenue de l'économie ainsi que le développement du pays conduiraient éventuellement à avoir une majorité d'individus affiliés au IMSS, permettant au MS de s'occuper uniquement des aspects sanitaires et de régulation (Barraza-Lloréns et coll., 2002).

Cette vision de la croissance économique du pays qui amènerait une économie solide permettant d'élargir de façon significative la couverture des institutions de sécurité sociale ne s'est pas réalisée; des crises économiques cycliques ont laissé des millions de personnes dans le travail au noir et sans accès à la sécurité sociale (Barraza-Lloréns et coll., 2002). Parallèlement, dans les années suivant la création du IMSS et du MS, les pressions de divers groupes d'intérêt ont fait en sorte que plusieurs systèmes indépendants furent créés pour les travailleurs du gouvernement fédéral (ISSSTE), l'armée (SEDENA) et pour les travailleurs de l'entreprise pétrolière nationale PEMEX. En dépit de la création et de la gestion de cette multitude de fournisseurs publics, l'État mexicain se retrouve incapable d'assurer les services de santé pour ses citoyens. Ce fait, en concomitance avec la tendance historique du gouvernement mexicain d'encourager les affaires privées, a permis une croissance soutenue de la médecine privée, qui eut lieu parallèlement au développement des institutions publiques. De grandes disparités existent entre ces différents fournisseurs par rapport à leur financement, leur structure organisationnelle, leur infrastructure, leur accessibilité, la qualité de soins, ainsi qu'en ce qui concerne la perception qu'ont les usagers de la qualité des services.

La structure et le financement du système de santé mexicain sont illustrés par la figure 2.1.

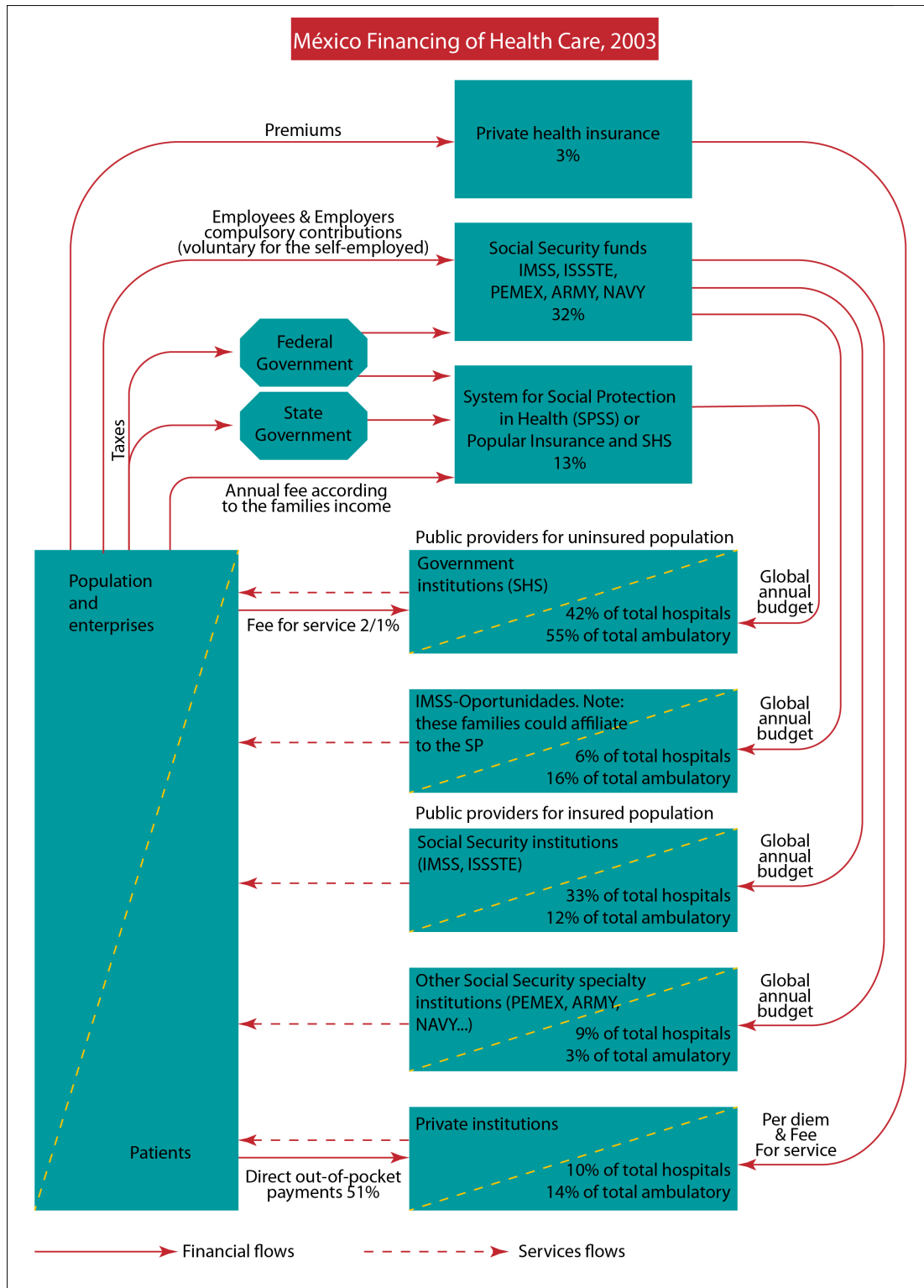


Fig. 2.1 Le financement du système de santé mexicain. (Source : Adapté d'Eco-Santé, Organisation pour la coopération et le développement économique, 2006)

La santé des Mexicains

À la fin du XX^e siècle, le Mexique a connu des avancées importantes dans le domaine de la santé par rapport aux décennies précédentes. Par exemple, on a constaté une amélioration de l'espérance de vie et la réduction de la mortalité infantile, ainsi qu'un meilleur contrôle des maladies infectieuses propres aux pays en voie de développement. On a alors constaté un changement des causes de morbidité et de mortalité donnant au Mexique un profil plus semblable à celui des pays développés dans lesquels les blessures et les maladies chroniques occupent une place prédominante (Gouvernement du Mexique, 2007). Autrement dit, l'évolution du profil de santé des Mexicains a permis de constater qu'avait eu lieu une transition épidémiologique dans laquelle des éléments propres aux pays en voie de développement coexistaient avec ceux d'un pays développé. Le vieillissement de la population ainsi que l'adoption des conduites à risque et des modes de vie défavorables pour la santé aident à expliquer ces phénomènes qui ne sont aucunement exclusifs au Mexique, mais qui se retrouvent dans d'autres proportions dans la plupart des sociétés contemporaines (Knaul et coll., 2006).

Des disparités considérables dans l'état de santé (par exemple, en ce qui concerne la morbidité et la mortalité) entre différents segments de la population ont été reconnues par divers acteurs (Barraza-Lloréns et coll., 2002; Ruelas, 2002; Gouvernement du Mexique, 2007; OCDE 2005). Ces disparités sont associées principalement à des facteurs géographiques, ethniques et socioéconomiques. Parallèlement à la transition épidémiologique, on a constaté de francs retards dans plusieurs aspects clés comme la dénutrition, la mortalité maternelle et les morts par des infections communes. Il est important de noter que la plupart de ces faiblesses du système sont en lien avec les disparités socioéconomiques. Spécifiquement, les inégalités sont ressenties plus fortement par les populations autochtones, ainsi que par les populations les plus pauvres et celles avec un faible niveau d'éducation. Malheureusement, comme

dans bien d'autres pays, ces trois caractéristiques convergent trop souvent dans les mêmes groupes.

Les ressources financières

Le Mexique dépense 6.2% de son produit intérieur brut en santé, ce qui le place bien sous la moyenne de l'OCDE de 8.9%, et même celle d'autres pays comparables en termes de richesse et de développement tel que le Brésil avec 7.5% (OCDE, 2006). Les dépenses annuelles par personne sont de 778\$ selon la même source. 55% des dépenses totales sont directes, et au privé, la plupart (96%) des dépenses le sont aussi (OCDE, 2005).

En gros, 40% des dépenses en santé correspondent sont pour les institutions de sécurité sociale, 15% va au MS et 45% au secteur privé. Dans le domaine public, de grandes disparités existent entre les dépenses des sous-systèmes. Par exemple, en 2002, PEMEX a dépensé \$1000 US par personne, tandis que le MS y dépense à peine \$100, c'est à dire dix fois moins. Lorsqu'on considère qu'il s'agit des organismes publics et que les deux entités sont financées de façon significative par le gouvernement, la question de la stratification *de facto* des citoyens se pose nécessairement.

Le manque de couverture universelle et les limitations du système public (structure insuffisante, accessibilité limitée, contraintes budgétaires, longues attentes) font en sorte que la demande pour les services de santé déverse son surplus au secteur privé. Une minorité de ces services privés sont payés par les assurances privées, mais la plupart le sont directement par les utilisateurs. Alors, l'appauvrissement de la population comme conséquence du manque de couverture universelle est un phénomène quotidien (Knaul et coll., 2006) et qui fait partie des soucis des planificateurs en santé au Mexique (Frenk, 2006; Gouvernement du Mexique, 2007).

Les ressources matérielles et humaines

Un bilan général des ressources matérielles et humaines du système de santé mexicain permet de soulever les disparités importantes dans la distribution de ces ressources pour la santé (Gouvernement du Mexique, 2007). Des différences substantielles existent entre les sous-systèmes non seulement dans leur aspect de financement, mais aussi dans leur distribution géographique, la condition de leur infrastructure matérielle (les technologies médicales comprises), les conditions de travail des professionnels et leur accessibilité (Gouvernement du Mexique, 2007; Homedes et Ugalde, 2009).

Le secteur de la sécurité sociale comprend des institutions qui offrent des services variés (pensions, assurance de vie, soins de santé) pour divers segments du marché du travail. La plus grande de ces institutions est l'Institut mexicain de la sécurité sociale. Il s'agit en fait de la plus grande institution de son genre en Amérique latine avec plus de 370 000 travailleurs et une population bénéficiaire de 49 millions (IMSS, 2010).

Fondé en 1943 par décret présidentiel, l'Institut a été créé en réponse aux besoins croissants des travailleurs résultant de l'industrialisation du pays. L'accès aux services de santé s'inscrivait dans une offre de services plus large comprenant la sécurité financière pour la retraite ainsi que des protections contre les aléas financiers résultant de maladie ou de mort. L'adhésion des employés de l'économie formelle à ce régime était obligatoire, mais il était possible pour les travailleurs dont la situation d'emploi était informelle (travailleurs indépendants, etc.) de payer leur adhésion à cette institution afin de se bénéficier de la même protection (IMSS, 2010). Sa structure matérielle est présentée dans le tableau 2.1.

Distribution des unités de soins IMSS par type

	Première ligne	N
Unités de médecine de famille		1106
Unités auxiliaires		401
Hôpitaux généraux	Deuxième ligne	227
Hôpitaux d'haute spécialisation	Troisième ligne	35

Tableau 2.1 Unités de soins IMSS. (Source : IMSS, 2010)

Des réformes de type néolibéral entreprises dans les années 1990 ont exclu l'Institut de l'administration des fonds pour la retraite (Barraza-Llórens et coll., 2002; Laurell, 2007a). Cette fonction a été transférée au secteur privé avec comme conséquence le transfert massif de fonds publics vers le privé. Ce transfert de responsabilité financière a été accompagné de continuelles contraintes budgétaires, ainsi que de phénomènes sociodémographiques tels que le vieillissement de la population, qui ont exercé des pressions financières sur l'IMSS jusqu'à compromettre la viabilité de l'Institut, comme l'ont exprimé diverses voix de politiciens, de médias et même de l'Institut lui-même (Herrera, 2009; IMSS, 2010; Jiménez et Rodríguez, 2009; Morett, 2009).

Le ministère de la Santé

Créé la même année que l'IMSS, le ministère de la Santé (MS) avait originalement des responsabilités portant sur la santé publique, les services sanitaires et l'allocation de ressources à des fournisseurs provinciaux en charge des personnes non-assurées. Dans la pratique, au fil du temps, le MS a fini par mettre en place au niveau national toute une infrastructure parallèle à celle des institutions de sécurité sociale. À présent, les soins dispensés par le MS sont fournis par des services provinciaux partiellement décentralisés.

Le tableau 2.2 présente un aperçu de l'infrastructure hospitalière et de consultation externe pour le Mexique selon les différents sous-systèmes (Gouvernement du Mexique, 2007).

Unités de soins, lits, et salles de chirurgie dans les institutions
publiques, Mexique 2005

	National	Population non-assurée		Population couverte par la sécurité sociale	
		MS	Autres	IMSS	Autres
Lits	78643	33388	2963	29351	12941
Salles de chirurgie	2893	1259	108	992	534
Hôpitaux	1121	533	95	264	229
Consultation ambulatoire	19156	12030	3593	1507	2026

Tableau 2.2 Infrastructures de santé publique du Mexique. (Source : Gouvernement du Mexique, 2007)

Suivant les mesures proposées par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international, une réforme de 2004 a stipulé la création d'un programme, nommé Seguro Popular (SP; « assurance populaire »), visant à couvrir de manière universelle un nombre limité d'interventions. Ce programme était basé sur un modèle de prépaiement pour les services de santé et se voulait un financement « juste », à être partagé entre les individus assurés et les gouvernements provinciaux et fédéral. Le SP dépend au plan administratif du MS, et les soins sont fournis dans ses unités, créant du coup de nouveaux méandres administratifs à l'intérieur du ministère et une plus grande fragmentation du

système de santé mexicain. La réforme du SP a suivi un chemin tortueux qui met en évidence la complexité du système ainsi que les intérêts divergents des acteurs y participant. Pour prendre connaissance d'une excellente synthèse du processus qu'a créé cette réforme ainsi que pour une meilleure compréhension des actions des groupes d'intérêt exerçant leur influence sur le système de santé mexicain, consulter le travail de Jason Lakin (2005). Le SP, largement conçu par Julio Frenk et ses collaborateurs (Frenk, 2006), n'a pas atteint l'objectif qu'il s'était fixé et d'offrir une couverture totale en 2010; il ne sera pas non plus capable de l'accomplir en 2012 (Homedes et Ugalde, 2009; Lakin, 2010). En outre, ce programme fait face à un important déficit financier résultant en grande mesure d'une application laxiste du schéma financier original: 97% des affiliés ne paient pas leur contribution (Lakin, 2009). À ceci s'ajoutent des critiques bien fondées et bien articulées, portant sur la conception du Seguro Popular, son implantation et son évaluation. Une recherche particulièrement éclairante sur ce sujet est celle de Asa Laurell (2007a) qui répondait aussi à une série d'articles publiés par Frenk et/ou ses collègues dans le périodique *The Lancet*, où ce groupe présenta en 2006 un bilan optimiste du programme (Frenk, 2006; Frenk et coll., 2006; Gonzalez-Pier et coll., 2006; Lozano et coll., 2006; Knaul et coll., 2006; Gakidou et coll., 2006) qui contraste fortement avec la réalité telle qu'elle est perçue quelques années plus tard (Tamez-González et Eibenschutz, 2008; Eibenschutz et coll., 2008; Homedes et Ugalde, 2009; Lakin, 2009; Lakin, 2010) et semble donner raison, au moins en partie, aux critiques de la réforme. Si ce programme n'a pas atteint ses objectifs par rapport à la santé des Mexicains, il en a tout de même fait bénéficier le secteur privé dans la pratique: en effet, le Seguro Popular a permis l'émergence définitive du partenariat public-privé dans les services de santé du Mexique (Laurell, 2007a; Eibenschutz et coll., 2008; Tamez-González et Eibenschutz, 2008).

Le secteur privé

Une grande hétérogénéité existe dans la qualité et le niveau des services privés de santé au Mexique (Barraza-Lloréns et coll., 2002). À une extrémité on trouve, surtout dans les grandes villes, des centres hospitaliers tertiaires privés avec des installations modernes, où des médecins spécialistes pratiquent indépendamment des institutions publiques. Dans ces centres, le niveau de compétence, d'équipement et de confort est comparable à ceux de n'importe quel pays industrialisé. À l'autre extrémité on trouve un nombre considérable (85%) d'hôpitaux privés qui ont moins de 15 lits et sont souvent mal équipés et dont le personnel est peu qualifié (Gouvernement du Mexique, 2007; Laurell, 2007a). Un grand nombre de médecins généralistes indépendants traitent des patients non assurés, mais qui sont capables de payer pour obtenir des soins dans institutions bien équipées leur évitant d'avoir recours aux services des lieux sous équipés et débordés des institutions publiques. Ces professionnels pratiquent souvent en solo à leur bureau, et peu de gouvernance clinique est exercée sur eux.

L'offre de services de santé privés n'est pas complémentaire à celle du secteur public. Au contraire, elle est offerte là où un marché effectif existe (Laurell, 2007a). Le secteur privé compte environ 3200 hôpitaux, desquels uniquement 6.2% ont plus de 25 lits. Le tableau 2.3 montre le nombre de médecins et leur distribution selon les sous-systèmes.

Médecins et infirmières par type de fournisseur, Mexique 2005

Personnel	Secteur public		Secteur privé	Total
	Sécurité sociale	Autres		
Médecins sous contrat	74968	67485	55173	197626
Infirmières sous contrat	109234	87441	37597	234472

Tableau 2.3 Professionnels de la santé au Mexique. (Source : Gouvernement du Mexique, 2007)

La perception de Mexicains de leur système de santé

Quatre sources relativement récentes cernent de façon scientifique la perception du système de santé mexicain autant de la part de la population générale que de la part des utilisateurs des services. Le travail de Tapia-Cruz (2006) montre que les objectifs du système de santé mexicain ne sont pas nécessairement en lien avec les attentes de la population. Tapia-Cruz illustre aussi comment les facteurs sociodémographiques influencent les attentes de la population, un fait qui n'est pas négligeable. Les Mexicains plus défavorisés, ayant un accès plus restreint aux services de santé et généralement en moins bonne santé, accordent plus d'importance à l'amélioration de leur santé, tandis que les citoyens en meilleure santé, généralement ceux ayant une source de revenus stable et des revenus supérieurs, souhaitent avoir une meilleure expérience quant au contexte d'attribution des soins (traitement courtois et digne, temps d'attente, lieux).

Dans un premier travail, Puentes-Rosas et coll. (2005) ont établi que les services du secteur privé sont mieux perçus quant aux aspects non médicaux que les services rendus par le secteur public. Aussi, les services fournis par les grandes institutions de sécurité sociale sont évalués moins favorablement que les services du MS. Un an plus tard, Puentes-Rosas et coll. (2006) présentaient une comparaison de la perception des patients sur les aspects non médicaux des services reçus pour les différentes institutions publiques. La comparaison montre que l'état des lieux et le choix du médecin sont notés défavorablement par la plupart des usagers de toutes les institutions publiques, tandis que le traitement respectueux et la confidentialité sont particulièrement bien perçus de façon générale. Encore une fois, les institutions de sécurité sociale sont perçues moins favorablement que celles du ministère de Santé.

Une autre source qui reflète la perception des utilisateurs des services de santé est le travail de Puig et coll. (2009). À partir des données du Sondage national de utilisateurs des services de santé mené en 2006, ces auteurs, dans le but explicite d'évaluer la performance selon une des dimensions du cadre de l'OMS (sensibilité aux besoins des utilisateurs), montrent que les utilisateurs perçoivent systématiquement d'une façon plus favorable les services rendus dans le secteur privé que ceux prodigués dans les institutions publiques.

De ces exemples on peut conclure que les disparités du système de santé mexicain sont si importantes, que ses utilisateurs les ressentent et forment leur opinion en conséquence. Ces données ne sont pas négligeables puisqu'elles impliquent que la perception de la performance des organismes de santé varierait selon le type de fournisseur auquel les utilisateurs auraient accès.

Des pistes pour le chemin à suivre

Plusieurs auteurs ont écrit récemment sur le système de santé mexicain, ses caractéristiques tout comme sa performance. La plupart des travaux inscrits

dans cette revue de la littérature s'accordent sur la description de l'état de santé de la population et de l'infrastructure disponible, ainsi que des principaux problèmes à résoudre. Il y a donc en termes généraux un consensus global sur l'état du système et sur les objectifs à atteindre. Cependant, en ce qui concerne les moyens pour atteindre ces objectifs ainsi que la logique d'intervention à privilégier, les opinions sont de toute évidence divergentes (Lakin, 2005).

Une évaluation du système de santé mexicain, produite à la demande explicite du gouvernement, a été publiée par l'OCDE en 2005. D'une façon surprenante, plusieurs des pistes importantes pointées par cet organisme en vue d'améliorer le système n'ont pas été prises en compte dans le dernier document d'orientation ministérielle, «Plan Nacional de Salud 2006-2012» (PNS, Gouvernement du Mexique, 2007). Parmi les mesures ignorées par le PNS certaines touchent à la structure, l'efficacité et la productivité du système. De façon intéressante, plusieurs sources qui ne semblent pas avoir été prises en compte pour le PNS formulent les mêmes recommandations que l'OCDE. Étant donné que ces sources critiquent ouvertement la politique de santé dictée par le gouvernement mexicain, il est pertinent de se demander dans quelle mesure le dédain pour ces contributions serait un choix politique. Ces recommandations qui ne sont pas adoptées par le PNS et sur lesquelles une base consensuelle non-gouvernementale existe (OCDE, 2005; Barraza-Lloréns, 2002; Frenk, 2006; Laurell, 2001, 2007a; Ruelas, 2002; Homedes et Ugalde, 2009; Lakin 2005, 2009) sont les suivantes:

Changements dans la structure du système

1. Élargir la base des maladies et des interventions couvertes par le Seguro Popular (assurance publique), ainsi qu'augmenter la population inscrite à ce système:

Le seul moyen pour assurer une véritable couverture universelle est la fourniture d'une base étendue de services, assurée par le gouvernement

fédéral, et qui couvre tous les groupes sociaux (Barraza-Lloréns et coll., 2002; OCDE ,2005), une idée qui n'est pas nouvelle (Frenk, 1994) et qui est en cours d'implantation de façon partielle et incrémentale depuis 2004 (Lakin, 2005, 2009, 2010). Il est difficile d'argumenter contre souhaitabilité et l'acceptabilité de la couverture universelle. Cependant, la faisabilité de la mise en place d'une telle couverture peut être mise en question. À cet égard, Laurell (2007b) présente de façon détaillée le parcours suivi par les autorités de la mégapole de Mexico pour arriver à établir une couverture universelle de santé. Ce travail, publié par l'OMS, analyse chaque étape du programme, dès sa conception ainsi que les valeurs sous-jacentes qui l'ont façonné, la planification, et l'implantation, jusqu'à l'évaluation préliminaire des résultats. Le travail de Laurell exemplifie donc la faisabilité de la couverture universelle, même dans des contextes très complexes tel que celui de Mexico. Un projet similaire paraît alors vraisemblable pour la totalité du territoire mexicain.

2. La fragmentation du système:

Une véritable intégration est impossible à réaliser à moins de confronter la fragmentation des fournisseurs et la segmentation des populations desservies qui est sa conséquence (OCDE, 2005; Barraza-Lloréns, 2002). Le PNS semble poursuivre l'intégration comme la mise en commun des pratiques et des objectifs et pas dans le sens plus large d'une gouvernance commune entre les acteurs du système pour coordonner leur interdépendance et ainsi les faire coopérer à réaliser d'un projet collectif (Contandriopoulos et coll., 2001).

Changements dans la productivité du système

3. La réforme administrative :

La complexité administrative (bureaucratie) contribue grandement à l'inefficience du système mexicain (OCDE, 2005; Barraza-Lloréns et coll.,

2002). Le PNS ne s'adresse que superficiellement à « l'optimisation » des processus administratifs. Cependant, le système mexicain, étant un des plus lourds administrativement des pays de l'OCDE, requiert une réforme administrative et non pas un simple effort d'amélioration ou d'optimisation. Cette réforme est nécessaire et devrait être menée parallèlement à la réforme financière, celle-ci étant considérée dans le PNS mais pas encore réalisée. Les économies dérivées de la réforme administrative serviraient à la fourniture de services en lieu de servir pour des processus obsolètes, souvent redondants, et dépourvus de valeur ajoutée.

4. La liberté de gestion au niveau local (décentralisation):

Même si des avances considérables de la décentralisation de la distribution des ressources et de la prise de décisions ont été atteintes au cours des dernières décennies (Soberón et coll., 1986), le système mexicain fait face au défi d'augmenter la régionalisation de l'offre de soins et son adaptation aux différents besoins ressentis par la population dans le vaste territoire mexicain (Homedes et Ugalde, 2009).

Changements dans les incitatifs:

5. Les modes de rémunération et les relations contractuelles des professionnels de la santé devraient être modifiés. Un changement du mode de rémunération prédominant (le salariat) ainsi que la mise en place d'incitatifs à la performance seraient une condition pour exploiter pleinement le potentiel productif du système mexicain. À cause de l'encadrement légal et institutionnel en vigueur, des changements dans les relations contractuelles sont requis pour que cette transformation prenne place (OCDE, 2005; Barraza-Lloréns, 2002). Des exemples concrets existent montrant comment surmonter les problèmes des

syndicats et les relations contractuelles, même dans un contexte de changements structurels majeurs (Lakin, 2005; Laurell, 2001, 2007b).

L'évaluation de la performance au Mexique

La Direction générale d'évaluation de la performance (DGEP) dépend directement du ministre de la Santé. Elle a pour mission d'évaluer la performance en santé à plusieurs niveaux du système de santé, dans des buts d'amélioration, de planification et de reddition de comptes. La Direction fonde sa conception de la performance explicitement sur le cadre d'évaluation de l'OMS, et repose donc sur une conception Donabedienne, voire linéaire, des services de santé. La figure 2.2 montre le modèle proposé par la DGEP concernant les fonctions et les objectifs du système de santé. Il correspond fidèlement aux travaux de Murray et Frenk (1999) et de l'OMS (2000). Suivant cette logique, ils avancent l'idée de l'évaluation de la performance comme la mesure du degré d'atteinte des objectifs du système selon ses fonctions, mise en relation avec « ce qui pourrait être fait », en rapport avec l'infrastructure et les ressources existantes. La détermination de « ce qui pourrait être fait » est, au moins, controversée, et la direction n'offre aucune piste sur la façon de l'entreprendre. De plus, des listes d'indicateurs sont offertes, sans autre encadrement que la distinction entre les indicateurs de structure, de processus et de résultats. La vision de la performance est alors restreinte à la collecte des indicateurs et à la comparaison intra et inter-organisationnelle à travers le temps, le tout dans un encadrement peu raffiné.

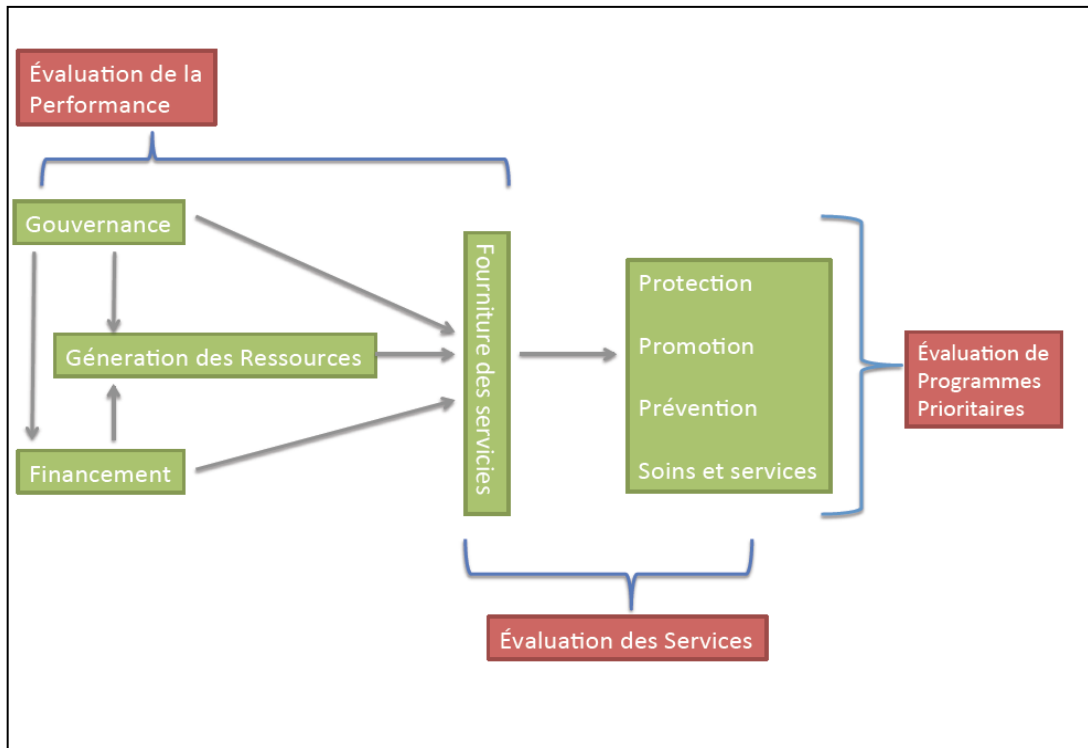


Fig. 2.2 Le cadre conceptuel de l'évaluation de la performance du ministère de Santé. (Source : Adapté de Gouvernement du Mexique, 2008)

La médecine d'urgence au Mexique

Le développement de la médecine d'urgence au Mexique a suivi un chemin parallèle à la médecine d'urgence ailleurs dans le monde. La consolidation des urgences mexicaines a commencé après le désastre du tremblement de terre qui a frappé Mexico en 1985. Le premier programme de spécialisation en médecine d'urgence a été créé en 1986, mais la plupart des programmes de résidence datent de 1991. Une vingtaine d'années plus tard, les urgences souffrent d'un manque de ressources, le résultat de l'allocation préférentielle des ressources financières vers la première ligne et les soins préventifs (García-Rosas et Iserson, 2006), en même temps qu'elles font face à des défis complexes. Il est surprenant de constater le manque de mention des urgences dans les documents officiels tels que le PNS, ainsi que le manque quasi absolu de résultats de recherche sur les urgences au Mexique publiés dans des journaux indexés. Cette pénurie de publication porte autant sur les études cliniques, que sur la recherche non clinique, tel que l'évaluation de la performance. Un rapport de la Direction générale d'évaluation de la qualité (ministère de Santé) sur les services d'urgences est venu remplir partiellement ce vide informationnel. Intitulé « Services d'urgence qui améliorent les soins et la résolution » (Gouvernement du Mexique, 2010), ce programme propose la collecte de plusieurs indicateurs de processus et de résultat, leur détermination initiale, et un suivi à court et à moyen terme dans un but d'amélioration. Malheureusement, le document est basé sur des références élémentaires, quelques fois obscures, et parfois même introuvables. Encore une fois, la conception Donabedienne de la performance est la logique sous-jacente au document. La base documentaire du document semble particulièrement limitée lorsqu'on considère la richesse d'informations disponibles sur le sujet des urgences.

L'Hôpital Général Régional 46

L'Hôpital Général Régional 46 (HGR 46) fait partie du réseau hospitalier de l'Institut mexicain de la sécurité sociale (IMSS). La population desservie par cet hôpital est d'environ 1,2 million de personnes. Il s'agit d'un hôpital urbain de soins aigus qui compte avec 420 lits, une unité annexe de consultation ambulatoire avec une quinzaine de spécialités, une salle d'urgence pour les patients adultes, une salle d'urgence pédiatrique, une unité de soins intensifs équipée avec 7 lits, ainsi qu'un bloc opératoire formé de 12 salles de chirurgie. Il s'agit d'un hôpital avec une importante mission d'enseignement; ayant plus de 42 résidents en médecine d'urgence, plus de 40 résidents dans d'autres spécialités, ainsi que de nombreux étudiants en médecine en tant qu'internes. Depuis 1994, l'Hôpital Général 46 est le siège le plus important de l'occident du pays de spécialisation en médecine d'urgence.

La salle d'urgence adultes du HGR 46

La salle d'urgence pour les patients adultes reçoit tous types de patients tous les jours sans interruption. Le volume de patients est d'environ 80 000 visites par année. 33% des patients qui reçoivent une consultation sont admis à l'urgence, et le temps d'attente est, en moyenne, de 22 minutes au triage (Yerenas, 2010). Au moins quatre médecins urgentologues, cinq résidents et une quinzaine d'infirmières sont présents à chaque quart de travail. La salle d'urgence comprend 33 lits, dont 30 sont distribués en trois salles (10 lits dans chaque salle), et une salle de réanimation pouvant accueillir un maximum de trois patients en état critique.

Input

La plupart des patients arrivent spontanément ou sont référés par la première ligne. Une minorité des patients arrivent directement en ambulance, de chez eux

ou d'une unité de soins. Le triage est fait par un médecin urgentologue secondé de plusieurs infirmières. Après évaluation initiale, l'équipe de triage peut renvoyer le patient chez lui (ou vers la première ligne), ou bien transférer le patient vers un autre urgentologue qui fera une évaluation plus détaillée. À son tour, ce médecin décide d'envoyer le patient à une ressource externe à la salle d'urgence ou de l'admettre à l'urgence. Les patients admis ont accès à un lit (ou à une civière) et le processus diagnostic-thérapeutique se déroule dans les heures suivantes.

Throughput

Le *throughput* des patients pose plusieurs problèmes. Le temps pour obtenir une consultation d'un spécialiste peut aller de quelques minutes à plus de 12 heures, en fonction du moment de la journée et de la spécialité concernée. Des retards du laboratoire et la non-disponibilité des études d'imagerie avancée pendant le quart de nuit ou de fin de semaine sont quelques exemples de causes de retards quotidiens. Les tâches cléricales occupent une grande partie du temps des professionnels et des résidents. Il faut souligner que la transition vers un système électronique de dossier du patient est incomplète ce qui complique souvent le processus de soins.

Output

L'*output* des patients vers l'intérieur de l'hôpital se voit être bloqué par le manque de disponibilité de lits ou de salles d'opération. L'*output* vers l'extérieur fait face à des délais pour obtenir le congé des patients, ainsi que des difficultés pour organiser un suivi adéquat.

Ces problèmes, ici présentés de façon sommaire sous l'encadrement d'Asplin (2003), causent notamment un engorgement du service, des délais qui seraient

autrement évitables, la diminution de la qualité des soins dispensés, des pertes financières, et finalement, l'insatisfaction des patients et du personnel soignant.

Les efforts d'amélioration

Sous le leadership du chef de service, le Dr. Salvador Yerenas, plusieurs mesures ont été mises en place au cours des dernières années pour améliorer la situation. Elles ont connu des succès variables. Cependant, ces efforts d'amélioration du service reposent sur un encadrement conceptuel moins riche que le modèle intégral adopté dans ce mémoire.

L'approche du chef de service de la problématique de l'urgence emprunte fortement du discours sur la qualité dans les organisations industrielles, avec un fort biais sur la production, et est le résultat d'une transposition arbitraire de principes et d'outils d'amélioration de la qualité et de la performance conçus pour l'entreprise privée et non pas pour le milieu de la santé. Ainsi, l'évaluation repose sur des outils tels que l'analyse SWOT et le diagramme d'Ishikawa. Deux exemples sont représentatifs des limites de cette approche :

Le premier est le tableau de gestion. Il s'agit d'une variante du tableau de bord équilibré (Kaplan et Norton, 1996) visant à dessiner un panorama intégral de l'urgence. En tant qu'outil, il est limité autant par le fait de ne pas reposer sur un cadre conceptuel explicite, que par le fait d'être plutôt compliqué que complexe. Or, vu l'absence d'une base théorique plus solide et le fait que le tableau néglige des dimensions importantes de la performance, il est difficile à interpréter, et il est encore plus difficile de formuler des politiques à appliquer sur cette base. Un exemple du tableau pour l'année 2009 est présenté dans la figure 2.3.

URGENCIAS	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	PROM
% OCUPACION	103%	98%	87%	81%	91%	105%	110%	80%	93%	115%	107%	112%	96%
% PAC. > 8 H	19.7	33.4	31.1	33.5	27.7	20.4	25.8	23.6	41	51	26.8	36.7	32.62
% ESPERA HOSP	32%	39%	17%	42%	18%	36%	34%	32%	36%	31%	37%	39%	32%
% SATISF. USUARIO	95	90	90	87	93	90	91	81	93	94	89	90	90
No. PAC. > 8H	375	490	330	424	287	224	361	336	453	665	314	654	409
N. DE CONSULTAS	10703	11088	10117	10544	10882	11134	11514	12824	13412	15212	11171	9836	138437
N. CONSULTAS ADUL.	8148	7680	7127	7755	7712	8968	8941	7806	8012	9500	8843	7279	97771
N. INGRESOS	996	1420	1053	1233	635	1127	977	1439	1209	722	778	1906	1125
N. EGRESOS	2733	1120	1043	1263	1033	1108	1424	1200	1301			1779	1400
URGENCIAS REALES	1267	2840	2341	1994	2311	2474	1968	2398	1994	1671	891	939	1821
% URG. REALES	26	23.1	18.9	21.3	20.4	17.1	18.7	18.9	11	6.8	9.5	114.33	578.52
URG. SENTIDAS	12	1220	982	1105	1481	1519	1745	2181	1105	2180	3310	1232	1506
% URG. SENTIDAS	6790	11	9.7	10.5	13.6	12.6	15.2	17	10.5	14.3	25.3	12.5	578.52
URG. NO CLAS.	63	7028	6794	7445	7070	8023	7801	8245	7445	11361	8871	7665	7318
% URG. NO CLAS.	63	67.2	70.6	65.1	66.8	67.8	64.3	72	74.7	67.9	77.9	68.85	68.85
HORAS OBS		9.9	9.6	11.1	7.3	8.2	9	10.3	11.1	11.8	7.1	25	10.98
DEFUNCIONES	28	28	23	35	19	13	24	22	34	40	36	37	28.25
CONSULTA/HORA	2.2	2.42	2.61	2.36	2.31	2.38	2.31	2.7	3	3.07	4	1.98	2.61
% NOM168	80	82	87	86	80	85	87	91	90	83	85	83	85.69
AMBULANCIAS	5	11	19	4	7	5							323.375
TIEMPO INTERCONS	8	9	8	6	8.3	8.4	9	9	9	9	8	8	8.28
TIEMPO CAMA	19		13	7	11	16	18	10	10	13	11	9	12.17
CALIDAD NEUMONIA	87	87	90	87	87	86	84	80	87	89	87		86.75
NO OTORGADAS	152	160	185	243	263		205	250	267	383	115	252	238.17
HOSPITALIZADOS				1233			298			95	119	390	427
COBERTURA	83			87	90		87						86.75

Fig. 2.3 Tableau de bord pour la salle d'urgence HGR 46. (Source : Yerenas, 2010).

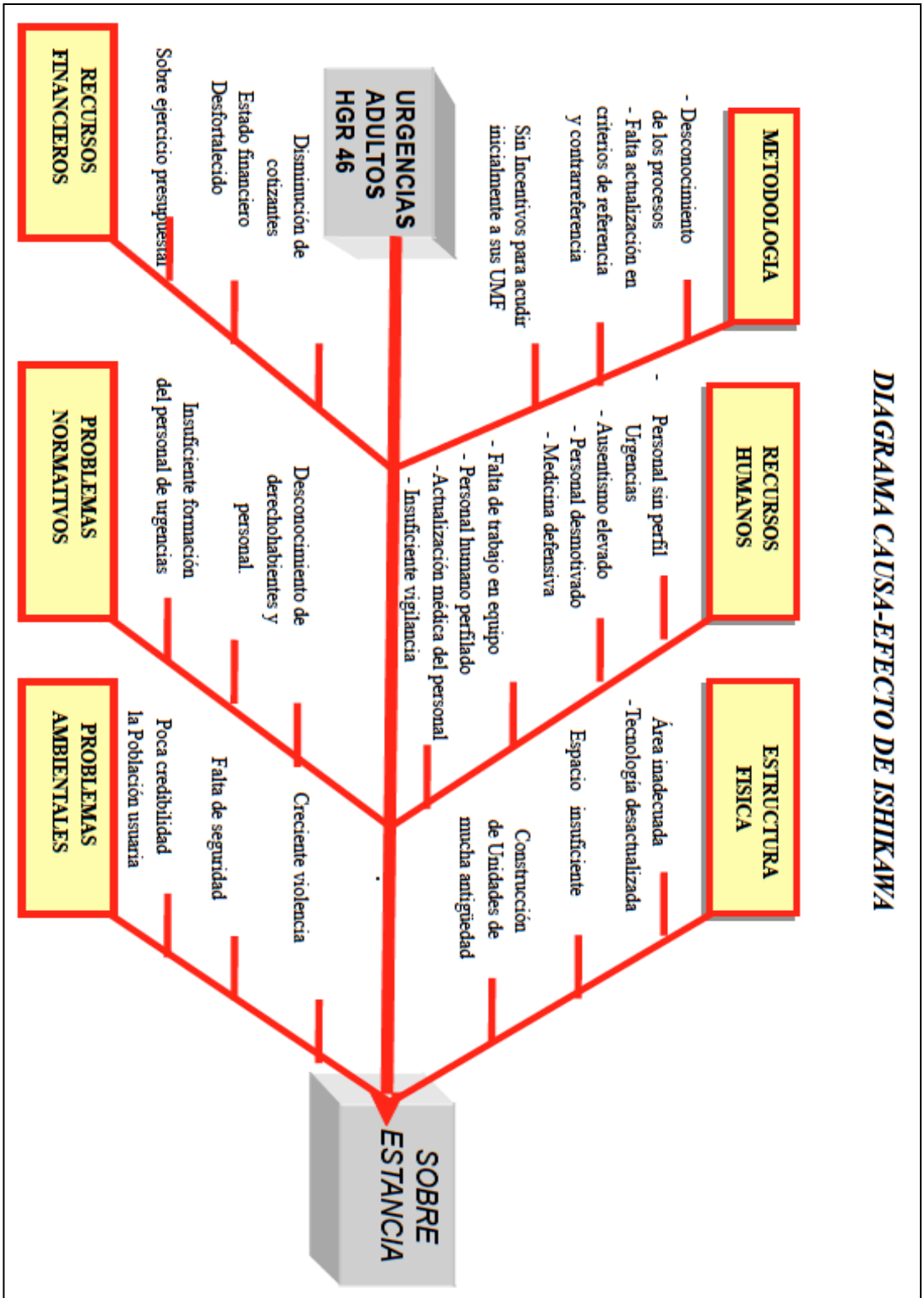


Fig. 2.4 Diagramme d'Ishikawa pour le SU HGR 46. (Source : Yerenas, 2010)

La figure 2.4 montre le diagramme d'Ishikawa construit à partir des données de l'urgence du HGR 46. Ce diagramme laisse entrevoir une conception linéaire de l'urgence. Sans minimiser son utilité, cette vision est insuffisante pour évaluer une urgence; nous expliquerons ceci plus avant au cours des chapitres suivants. En outre, diagramme aboutit à une conclusion limitée qui suppose que le problème le plus important du service est l'engorgement. Dans les chapitres suivants, nous montrerons jusqu'à quel point cette conclusion est imprécise. Ainsi, l'approche actuelle de l'évaluation de la performance au SU HGR 46 a des inconvénients. La focalisation de la démarche d'amélioration sur l'engorgement, résultant d'une conception étroite de la performance, ne permet d'offrir que des solutions temporaires ou partielles à ce phénomène, et néglige la problématique globale de l'urgence en tant qu'unité organisationnelle.

Au cours des chapitres suivants, nous verrons que la salle d'urgence se caractérise par des relations complexes et récursives, c'est à dire non linéaires. Un modèle capable de refléter la complexité de l'urgence est nécessaire pour une meilleure et juste appréciation de sa performance.

Bibliographie

Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA. (2003) A Conceptual Model of Emergency Department Crowding. *Annals of Emergency Medicine* 42:173-80.

Barraza-Lloréns M, Bertozzi S, González-Pier E, Gutiérrez JP. (2002) Addressing Inequity In Health And Health Care In Mexico. *Health Affairs* 21:47-56.

Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, Rodriguez R. (2001) Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *Ruptures* 8:38-52.

Contandriopoulos, AP. (2003) Analyser et comprendre le système de santé. Images du système de santé. Notes de cours 2008, Analyse du Système de Santé, Université de Montréal.

Eibenschutz C, Tamez S, Camacho I. (2008) Desigualdad y Políticas Sociales Erróneas Producen Inequidad en México. *Revista de Salud Pública* 10 sup1:119-32.

Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM. (2006) Comprehensive Reform to Improve Health System Performance in Mexico. *The Lancet* 368:1524-34.

Frenk J. (1994) Dimensions of health system reform. *Health Policy* 31:19-34.

Frenk J. (2006) Bridging the Divide: Global lessons from evidence-based health policy in Mexico. *The Lancet* 368:954-61.

Gakidou E, Lozano R, González-Pier E, Abbott-Klafter J, Barofsky J, Bryson-Cahn C, Feehan DM, Lee DK, Hernández-Llamas H, Murray CJL. (2006) Health system reform in Mexico 5: Assessing the effect of the 2001-06 Mexican health reform: An interim report card. *The Lancet* 368:1920-35.

García-Rosas C, Iserson KV. (2006) Emergency Medicine in Mexico. *The Journal of Emergency Medicine* 31:441-445.

Gonzalez-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Lloréns M, Porrás-Condey R, Carvalho N, Loncich K, Dias RH, Kulkarni S, Casey A, Murakami Y, Ezzati M, Salomon J. (2006) Health System Reform in Mexico 2: Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health. *The Lancet* 368:1608-1618.

Gouvernement du Mexique. (1917) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Art IV. *Diario Oficial de la Federación*, 5 février.

Gouvernement du Mexique. (2007) Plan Nacional de Salud 2007-2012. Mexico: Secretaría de Salud. Document électronique, disponible à l'adresse web: www.portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf consulté le 2 janvier 2010.

Gouvernement du Mexique, Secretaría de Salud, Dirección General de la Evaluación del Desempeño. (2008) Marco conceptual. Document électronique, disponible à l'adresse web: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/marco_dged.html consulté le 6 mars 2011.

Gouvernement du Mexique. (2010) Servicios de Urgencias que Mejoran la Atención y la Resolución. Reporte especial de la Dirección General de Calidad y Evaluación en Salud. Mexico: Secretaría de Salud. Document électronique, disponible à l'adresse web:

www.calidad.salud.gob.mx/doctos/foros/jornada/4jornada_sumar_11.pdf

consulté le 6 mai 2011.

Herrera C. (2008) Las reservas del IMSS: tabla de salvación ante su crisis interna. La Jornada, septembre 8, Document disponible à l'adresse web:

<http://www.jornada.unam.mx/2009/09/08/index.php?section=politica&article=003n1pol>

consulté le 10 Janvier 2011.

Homedes N, Ugalde A. (2009) Twenty-Five Years of Convoluting Health Reforms In Mexico. Public Library of Science Medicine 6:281-7.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2010) Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2009-2010. Mexico: IMSS. Document électronique, disponible sur l'adresse web:

www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/DDABE7D1-09DC.../0/completo.pdf

consulté le 19 novembre 2010.

Jiménez SJ, Rodríguez R. (2009) Situación financiera del IMSS corre serios riesgos: Calderón. El Universal, septembre 7. Document disponible à l'adresse web

<http://www.eluniversal.com.mx/notas/624872.html>

consulté le 23 avril 2011.

Kaplan RS, Norton DP. (1996) Using the balanced scorecard as a strategic management system. Harvard Business Review Jan-Feb:75-85.

Knaul FM, Arreola-Ornelas J, Méndez-Carniado O, Bryson-Cahn C, Barofsky J, Maguire R, Miranda M, Sesma S. (2006) Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *The Lancet* 368:1828-41.

Lakin JM. (2005). Letting the Outsiders In: Health Care Reform in Mexico. Travail présenté au Annual Meeting of the American Political Science Association 2005, September 1-4.

Lakin JM. (2009) Mexico's Health System: More Comprehensive Reform Needed. *Public Library of Science Medicine* 6:301-3.

Lakin JM. (2010). ¿El fin del Seguro Popular? *El Universal*, 6 juillet. Document disponible à l'adresse web:

<http://www.eluniversal.com.mx/editoriales/48945.html>

consulté le 23 avril 2011.

Laurell AC. (2001) Health reform in Mexico: The promotion of inequality. *International Journal of Health Services* 31:291–321.

Laurell AC. (2007a) Health System Reform in Mexico: a Critical Review. *International Journal of Health Services* 37:515-535.

Laurell AC. (2007b) Granting Universal Access to Health Care: The experience of the Mexico City Government. A case study commissioned by the Health Systems Knowledge Network. Paris: WHO.

Le Blanc G. (2003) L'archéologie médicale du bio-pouvoir. Document électronique disponible à l'adresse web :

<http://stl.recherche.univ-lille3.fr/archives/archivesset/colloques/LeBlanc.html>

consulté le 26 mai 2010.

Lozano R, Soliz P, Gakidou E, Abbot-Klaffer J, Feehan DM, Vidal C, Ortiz JP, Murray CJL. (2006) Health System Reform in Mexico 3: Benchmarking of performance of Mexican states with effective coverage. *Lancet* 368:1729-1741.

Morett G. (2009). Enfrenta IMSS déficit por casi \$4 mil millones. *Milenio Edición Digital*, 14 aout. Disponible à l'adresse web:

<http://impreso.milenio.com/node/8624251>.

consulté le 23 avril 2011.

Organisation pour la Cooperation et le Développement Économique. (2005) *OECD Reviews of Health Systems – Mexico*. Paris: OECD Publishing.

Organisation pour la Cooperation et le Développement Économique. (2006) *ECO-Santé*. Paris: OECD Publishing.

Puentes-Rosas E, Ruelas E, Martinez-Monroy T, Garrido-Latorre F. (2005) Trato adecuado : respuestas del sistema mexicano de salud a las expectativas no médicas de sus usuarios. *Salud Pública de México* 47:S12-21.

Puentes-Rosas E, Gómez-Dantés O, Garrido-Latorre F. (2006) Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. *Revista Panamericana de Salud Pública* 19:394-402.

Puig A, Pagán JA, Wong R. (2009) Assessing Quality Across Healthcare Subsystems in Mexico. *Journal of Ambulatory Care Management* 32:123-31.

Ruelas E. (2002) Health care quality improvement in Mexico: challenges, opportunities, and progress. *Health Care Research and Improvement* 15:319-322.

Soberón G, Frenk J, Sepúlveda J. (1986) The Health Care Reform in Mexico: Before and After the 1985 Earthquakes. *American Journal of Public Health* 76:673-80.

Tamez-González S, Eibenschutz C. (2008) El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud. *Revista de Salud Pública* 10 sup1:133-45.

Tapia-Cruz JA. (2006) Objetivos del sistema de salud en México: importancia para la población y sus determinantes. *Salud Pública de México* 48:113-26.

Yerenas, S. (2010) Données internes performance HGR 46, information non publiée.

Chapitre 3 :

Les salles d'urgence

et

le phénomène de l'engorgement

I. La salle d'urgence: une organisation à l'intérieur d'une organisation plus large

Introduction

La salle d'urgence (SU) contemporaine peut être conçue comme un organisme situé à l'intérieur d'une deuxième unité de production, plus large: l'hôpital (figure 3.1). Celui-ci, à son tour, se situe dans le contexte plus large d'une communauté et d'un système de soins. De plus, la salle d'urgence sert de porte d'accès aux services hospitaliers et constitue un lien effectif entre la communauté et les services de santé.

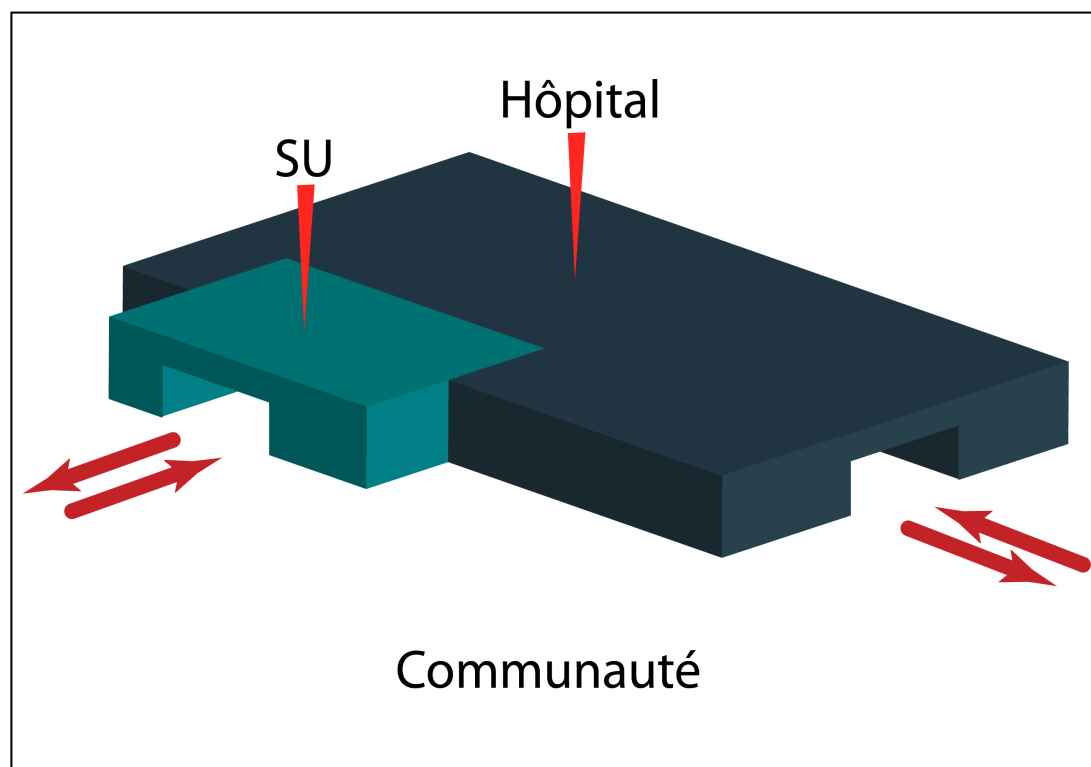


Fig. 3.1 La place de l'urgence dans la communauté. (Source : adapté de Georgeopoulos et Cooke, 1980)

La mission générale de la salle d'urgence, comme celle de l'hôpital duquel elle fait partie, est de dispenser des services aux patients en réponse à leurs

besoins individuels. Ainsi, le déroulement des activités aux SU est imprégné à chaque étape de l'intervention de professionnels médicaux qui doivent poser des jugements, les uns après les autres, qui permettent d'accomplir la mission organisationnelle (Georgeopoulos et Cooke, 1980). Les médecins se distinguent alors d'autres professionnels en raison de la nature unique de la pratique médicale comme profession (asymétrie informationnelle, autonomie professionnelle et incertitude clinique entre autres caractéristiques). En outre, d'autres buts peuvent être pertinents pour une urgence en fonction du type d'hôpital dans lequel la SU se situe; ce peut-être, par exemple, l'enseignement, la recherche ou encore le profit. Ces objectifs prennent cependant une place secondaire par rapport à la mission générale (Graber, 2004). De plus, il est intéressant de noter que ces buts étaient déjà présents dans les hôpitaux il y a plusieurs années, et qu'ils demeurent les mêmes au cours de l'évolution des systèmes hospitaliers (MacEachern, 1962; ACEP, 2007).

Une fois que sa mission est clarifiée, il est possible de mieux comprendre l'urgence en tant qu'organisation en caractérisant les types de services qu'y sont fournis. Asplin et coll. (2003), dans leur travail sur l'engorgement des urgences, identifient trois types de services offerts à l'urgence:

Le premier est le rôle plus important et le plus indispensable de la SU pour la communauté: la prise en charge des patients gravement malades ou blessés (Schneider et coll., 1998; Asplin et coll., 2003). Ces patients requièrent une réponse médicale immédiate comprenant des interventions complexes par divers professionnels fortement appuyés par des technologies diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que l'utilisation de médicaments et de matériels coûteux. Il est évident alors que ce type de patients fait usage de ressources humaines et matérielles considérables.

Asplin et ses collègues identifient deux autres types de services offerts à la salle d'urgence: Le deuxième type de service est constitué des soins non planifiés.

Une partie de ces services sont demandés par des patients qui se présentent à l'urgence avec des états malades qui requièrent d'être traités dans ce service, même si la gravité de leur état n'est pas de celles décrites précédemment. Un exemple de ce type de service est celui du patient vivant une exacerbation d'une maladie chronique tels que le diabète, l'insuffisance cardiaque, ou la pneumopathie chronique. Les autres services «non-planifiés», mais tout de même offerts à la SU sont réservés aux patients ayant des besoins vécus comme étant d'urgence, mais qui ne le sont pas au sens clinique. Ce type de demande s'explique largement par l'incapacité ou la non disponibilité des sources préférables de soins aigus telles que les cliniques de soins primaires. Enfin, des facteurs de type social concernant l'individu, comme les responsabilités académiques, professionnelles ou familiales qui empêchent les patients de se rendre à des cliniques dans les horaires habituels, ont un impact sur la demande de ce type de service à l'urgence.

Finalement, le troisième type de service fourni à la SU résulte de son rôle comme filet de sécurité (« *safety-net*»). Les SU constituent le seul point d'accès aux services de santé pour plusieurs segments de la population particulièrement vulnérables tels que les immigrants, les sans-abri, et les gens non assurés. Alors, pour ces patients le SU remplit la fonction de fournisseur de soins primaires; un rôle qui, théoriquement, reviendrait à d'autres intervenants du système de santé. Cependant, autant à cause d'impératifs moraux intimement liés à la pratique de la médecine qu'à cause des mandats légaux, les urgences maintiennent une politique de « portes ouvertes » et continuent de fournir ces types de soins.

On pourrait avancer alors que la mission « théorique » d'une SU est de fournir, en permanence, ces trois types de services selon les besoins individuels. Cela implique, dans la pratique, que l'urgence doit être capable d'effectuer l'évaluation, la stabilisation, le traitement et la décision de continuité adéquate (hospitalisation, congé) de tous les patients qui s'y présentent, avec n'importe

quelle condition médicale, à n'importe quel moment. Pour être en mesure de le faire, sa structure et ses processus sont uniques dans le domaine de la santé.

La complexité et unicité de la salle d'urgence

Une salle d'urgence est une entité organisationnelle unique autant par la place qu'elle occupe dans le système de soins que par la sophistication de sa structure et de ses opérations. Cette complexité des salles d'urgence contemporaines est bien connue et constitue une des raisons pour lesquelles la salle d'urgence est si particulière comme unité de services de santé (Smith et Feied, 1999; Cosby, 2003). La nature des soins dispensés, des facteurs humains et technologiques, une incertitude exacerbée et couplée avec une ambiance souvent chaotique, ainsi que le besoin croissant de devoir travailler sous une limitation manifeste de ressources, contribuent à cette complexité. Dans le but d'illustrer cette idée, des éléments généraux de structure et d'opération des SU sont présentés ci-après.

La structure de la salle d'urgence

Structure organisationnelle:

Dans un centre hospitalier urbain typique de taille moyenne, l'urgence est considérée comme un service de l'hôpital à la hauteur d'un département ou d'un sous département. Généralement la SU est dirigée par un médecin chef de service qui tient un lieu dans les structures de gouvernance, ainsi qu'un rôle actif dans la prise de décisions concernant non seulement son service, mais l'organisation hospitalière en entier.

Structure matérielle:

Les services d'urgence modernes occupent une partie de l'hôpital facilement accessible au public et aux ambulances. Les salles d'urgence comprennent généralement des espaces spécifiquement désignés pour l'attente, l'accueil, le triage, l'examen médical, les « petites chirurgies » (pansements, sutures, plâtres), une ou plusieurs salles d'observation munies de lits ou de civières, une ou plusieurs salles de réanimation, ainsi que des aires désignées pour les services de soutien. Comme dans le contexte hospitalier général, toute une gamme d'équipement est requise pour l'opération de la SU et l'équipement minimal est considérable en termes de technologies, matériels et médicaments (ACEP, 2007). De plus, l'avancement des connaissances et des technologies ne fait qu'augmenter la liste d'équipement minimal. Les ressources des technologies de l'information (TI) s'ajoutent à ces éléments nécessaires et jouent un rôle important non seulement de façon directe dans la dispense des soins, mais aussi dans la recherche clinique et administrative portant sur les urgences (Taylor, 2004).

Ressources humaines:

Plusieurs intervenants jouent un rôle clé à l'urgence. Naturellement les médecins et les infirmières tiennent les rôles principaux. En ce qui touche à ces professionnels, il est important de noter l'émergence relativement récente de la médecine d'urgence comme spécialité et le rôle de plus en plus grand des urgentologues dans les SU. Parallèlement, les infirmières à l'urgence ont élargi leur champ d'action professionnel et des voies de formation professionnelle spécifique à l'urgence ont été développées. Une impulsion considérable a été initiée dans ce sens dans les pays développés pour assurer la présence permanente de ces médecins et infirmières spécialistes dans toutes les SU et l'évolution de la médecine d'urgence comme spécialité est intimement liée avec la consolidation des formes organisationnelles des SU, ainsi qu'avec la

production des connaissances dans ce domaine (Counselman et coll., 2009; Schneider et coll., 2010).

Comme pour la plupart des activités liées à la santé, le rôle des professionnels en formation (étudiants en médecine, résidents) dans l'urgence est très important. En fait, le système de santé en entier impose sur ces professionnels qui ont la responsabilité de compenser le manque de personnel dans plusieurs contextes, incluant l'urgence. Les données disponibles indiquent que les résidents contribuent de façon significative aux processus qui ont lieu à l'urgence (DeBenhke et coll., 2000; Jeanmonod et coll., 2009). D'autres professionnels comme les travailleurs sociaux et les psychologues, font partie de l'équipe de professionnels de la santé qui interviennent aux SU. Enfin, d'autres employés ayant des responsabilités sans lien direct avec la santé comme les travailleurs administratifs, le personnel du ménage, de l'entretien et de la sécurité, remplissent des fonctions essentielles de support des opérations de la salle d'urgence.

Les opérations de la salle d'urgence

L'épisode de soins qui se déroule à l'urgence est marqué du début à la fin par l'incertitude. Le professionnel doit poser un jugement initial pour chaque patient, puis parcourir un cycle de réévaluation menant à une nouvelle prise de décisions — c'est la norme. Cela signifie que les processus à l'urgence sont clairement différents de ceux relatifs à la production industrielle. Cependant, une certaine linéarité se dessine lorsque des services y sont prodigués pour des patients individuels qui suivent un « parcours de production » coordonné presque « à la pièce » tout au long par des professionnels médicaux. Dans une optique similairement linéaire, Asplin et coll. (2003) proposent le modèle « *input-throughput-output* ». Ce modèle, conçu à l'origine dans le but d'expliquer l'engorgement des urgences, apparaît aussi fort utile pour expliquer les

opérations quotidiennes d'une SU, sans référer au phénomène de l'engorgement.

L'input:

L'input, soit l'entrée des patients à l'urgence, ne requiert aucune condition ou opération de la part de la SU autrement que sa propre existence. Tel que défini par Asplin, *l'input* est avantagé par tout facteur (condition, évènement, caractéristique du système) qui favorise la demande des services de l'urgence. L'input est donc un concept proche des facteurs qui conditionnent l'utilisation des services de soins, un fait reconnu par Asplin et ses collègues qui font mention de la similarité entre leur concept de *l'input* et le modèle comportemental de l'utilisation de Andersen et Laake (1987). Aux trois facteurs proposés par Andersen et Lake (perception d'un besoin, facteurs prédisposants et « *enabling factors* »), Asplin et coll. ajoutent les trois types de services rendus à la SU comme faisant partie des déterminants de la demande de services à l'urgence.

Le throughput – la production:

Ce concept recoupe le processus interne à la salle d'urgence, soit tout ce qui est « fait » à l'urgence. Il est primordial de garder en tête que c'est qui est « fait » à la SU dépend invariablement des conditions particulières à chaque cas. Autrement dit, la SU offre des réponses particulières à des besoins particuliers, et ces deux déterminants sont le résultat d'un jugement professionnel. Asplin et coll. divisent *l'input* en deux phases: La première vise à déterminer le besoin d'un patient particulier, et comprend le triage, l'accès du patient à un espace physique, et l'évaluation initiale par le professionnel. La deuxième phase implique la matérialisation de la réponse jugée nécessaire par ce professionnel, et comprend la réalisation des tests diagnostiques ainsi que le traitement à l'urgence. Par définition, le plus grand investissement en temps

pour une urgence performante devrait se retrouver dans la deuxième phase. De plus, la nature de la médecine d'urgence fait en sorte que pour certains patients plusieurs cycles d'évaluation, de prise de décision et d'intervention sont nécessaires, souvent dans un horizon temporel assez court. Il est important de noter que dans la deuxième phase plusieurs facteurs (laboratoire, imagerie, consultations) sont externes à la salle d'urgence et impliquent une forte interaction avec le système de l'hôpital.

Output – la sortie de l'urgence

Une fois l'étape de production complétée, le patient ne peut pas, bien sûr, être transporté ou entreposé comme une marchandise. Des actions spécifiques sont alors requises pour l'acheminer vers l'endroit le plus approprié pour son état de santé. Cependant, même si ces actions ne constituent pas la production des soins *stricto sensu*, elles font partie des processus de l'urgence. « *Output* » peut alors être défini comme la capacité de prendre en charge le patient de l'urgence une fois que la décision de l'hospitaliser ou de le congédier a été prise. Trouver un lit dans le service hospitalier approprié, ou arranger un suivi ambulatoire ou encore à domicile sont des exemples de processus d'*output*. Ces actions constituent autant des interactions à l'intérieur de l'hôpital, qu'avec d'autres éléments du système de soins et de la communauté situés à l'extérieur de l'organisation.

II. Le phénomène de l'engorgement

Introduction

L'évolution des sociétés et des systèmes de soins a occasionné des pressions particulièrement fortes sur les salles d'urgence au cours des dernières décennies. Le phénomène de l'engorgement est une manifestation de cette dynamique. Ce phénomène a été identifié pour la première fois au début des années 1990 dans de grands centres hospitaliers académiques aux États-Unis (Andrulis et coll., 1991). Depuis ce temps, l'engorgement est devenu un phénomène quotidien dans une grande proportion des urgences partout dans le monde, et est actuellement l'objet de recherches intenses (Bernstein et Asplin, 2006).

La définition d'engorgement peut paraître intuitive, car la plupart des professionnels qui ont travaillé dans une urgence reconnaissent l'avoir subi ou le subir quotidiennement. Cependant, comme pour le cas de « la performance », la définition de « l'engorgement » est imprécise. Pines (2007) nous dit à son propos que « L'engorgement à l'urgence est l'éléphant dans la salle; il est juste très difficile de décrire comment il est lourd, comment il sent mauvais, et juste quand le plancher pourrait s'effondre sous son poids ». Cette analogie, un peu grotesque, se révèle très utile pour illustrer la difficulté de définir le problème de l'engorgement en dépit de sa notoriété. La définition proposée dans ce mémoire est tirée de plusieurs sources (ACEP, 1990; Schull et coll., 2002), et est la suivante: « Le déséquilibre entre la charge de travail et les ressources disponibles ayant une répercussion négative sur les services rendus et le fonctionnement de l'urgence».

L'approche de recherche scientifique du phénomène a été initialement proposée par Schull et coll. (2002). Des facteurs identifiés par un panel d'experts sont présentés dans un modèle qui les classe en fonction de la causalité attribuée

par les auteurs. Le modèle considère aussi l'intensité de la contribution de chaque facteur à l'engorgement, et s'accompagne d'une liste détaillée de déterminants de l'engorgement au Canada (figure 3.2).

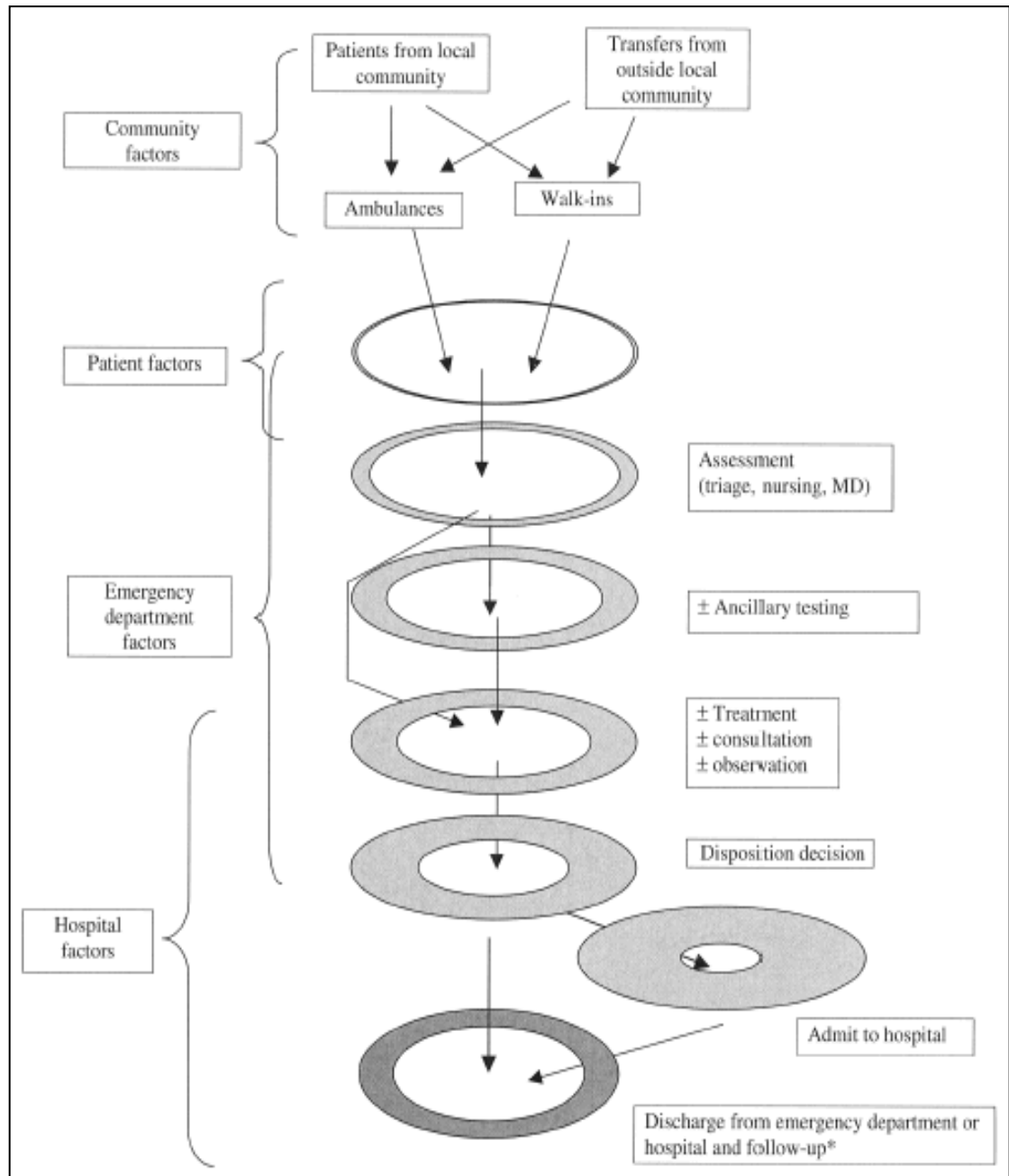


Fig. 3.2 Modèle de l'engorgement de Schull et coll. L'épaisseur des parois des ovales correspond à l'intensité de la contribution de chaque élément à l'engorgement. (Source : Schull et coll., 2002, p. 78).

Peu après, Asplin et coll. (2003) ont proposé le modèle « *input-throughput-output* » présenté dans la figure 3.3. Cette conceptualisation a été utilisée dans la section précédente pour expliquer les opérations de la SU. Cependant, Asplin et ses collègues ont développé leur cadre conceptuel dans le but d'identifier des facteurs liés à l'engorgement et de les organiser dans un modèle logique. Leur modèle, qui comporte l'avantage d'être universellement applicable contrairement au modèle de Schull, duquel plusieurs éléments sont applicables uniquement au Canada, est le plus répandu, et continue d'être adopté par les chercheurs travaillant sur ce phénomène. Dans les sections suivantes, l'explication du modèle sera enrichie par des connaissances pertinentes générées après sa publication initiale.

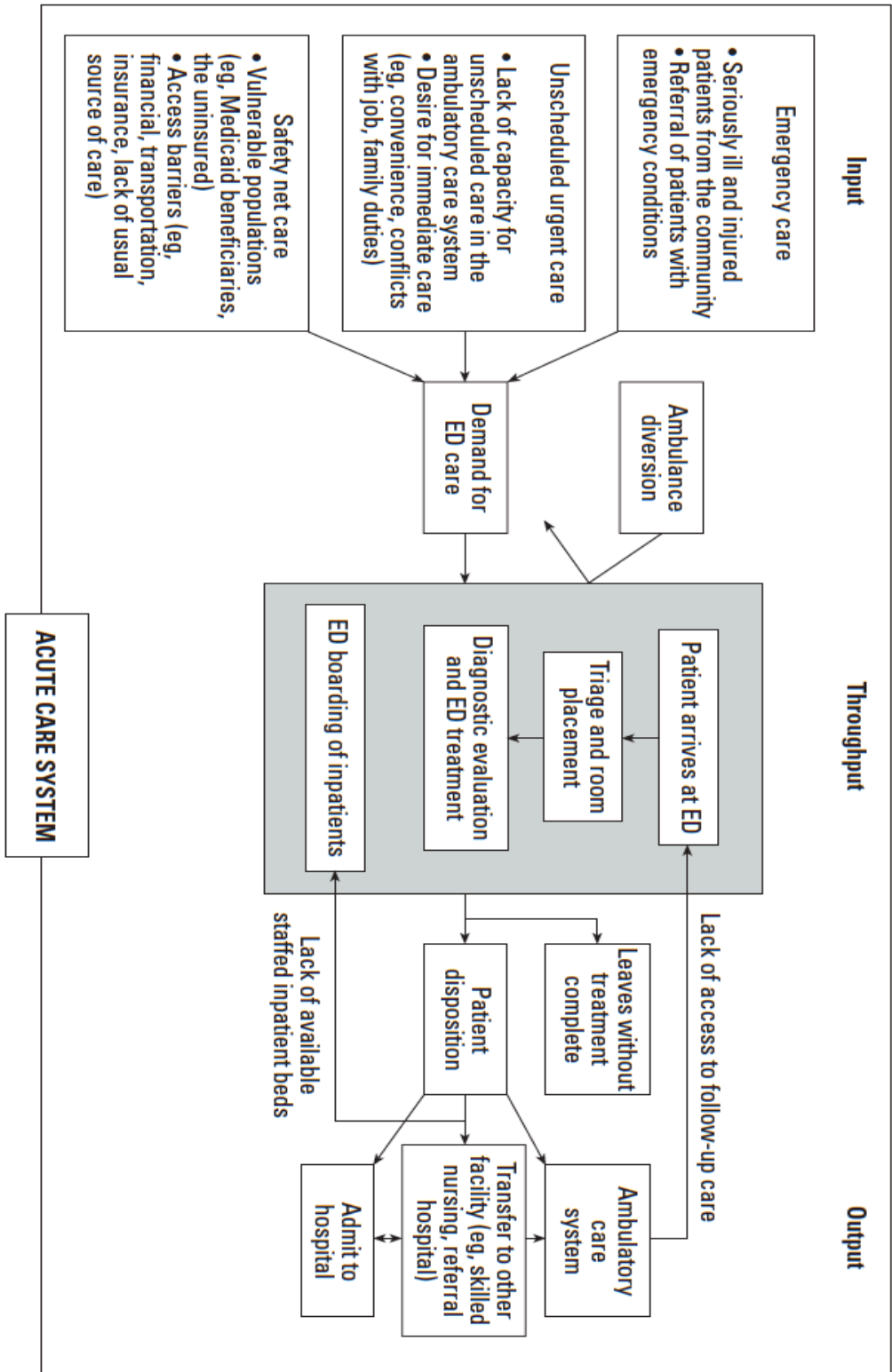


Fig. 3.3 Modèle de l'engorgement d'Asplin et coll. (Source : Asplin et coll., 2003, p. 176)

L'*input* et l'engorgement

Un déséquilibre entre les trois types de services rendus à l'urgence explique d'une certaine mesure le phénomène de l'engorgement. Cependant, les efforts visant à limiter l'entrée des patients n'ont pas eu des résultats favorables qui auraient diminué la congestion des urgences (Olshaker, 2009). Les facteurs d'*input* qui exacerbent l'engorgement se décomposent tel que suit, selon le type de service concerné:

Chaque année, un nombre encore plus grand de patients gravement malades ou blessés se présentent à l'urgence. L'augmentation de ces cas s'explique vraisemblablement par des dynamiques sociales et démographiques émergentes (vieillesse/comorbidités, violence, conduites à risque, accidents). Tel que nous l'avons exposé précédemment, ce type de patients suscite une réponse intensive de la part des professionnels, en même temps qu'une forte utilisation de ressources matérielles. Les ressources allouées en priorité aux cas critiques causent des retards aux patients ayant des conditions médicales moins graves.

La demande pour des soins non planifiés constitue une proportion importante — jusqu'à un tiers des patients à l'urgence. Une proportion considérable de la demande pour ce type de services est causée, soit, par l'incapacité du système de fournir ces soins dans un endroit plus approprié, soit du patient d'aller les chercher ailleurs. De plus, à cause de la capacité diagnostique et thérapeutique qu'elle concentre, l'urgence est devenue une unité de référence pour une multitude de sources. Les SU sont utilisées par plusieurs intervenants comme un cabinet auxiliaire pour l'évaluation, l'étude initiale et la stabilisation des patients autant ambulatoires que ceux nécessitant d'être hospitalisés. Il faut noter cependant qu'au moins une publication suggère, contre l'opinion répandue, que les patients ayant des conditions médicales peu complexes ne contribuent pas d'une façon significative à l'engorgement (Schull et coll., 2007).

Ce sont les mêmes dynamiques qui sont responsables de l'augmentation du nombre de patients dans un état grave qui sont responsables, en partie, de la plus large demande de services « de filet de sécurité ». À ces facteurs s'ajoutent d'autres phénomènes complexes à caractère global tel que l'immigration et la pauvreté. Dans les pays sans couverture universelle, l'engorgement est associé la concentration d'individus non assurés qui ne peuvent obtenir des services de santé d'autres sources (Lucas et Sanford, 1998; Taylor, 2006). Il est important de souligner que l'urgence sert de filet de sécurité non seulement pour la communauté, mais aussi pour le système de santé: quand toutes les sources de services médicaux sont épuisées, l'urgence reste encore disponible.

Le *throughput* et l'engorgement

Des facteurs contribuant à l'engorgement peuvent être signalés dans les deux étapes du *throughput* identifiées par Asplin et coll. Dans la première étape, des façons de faire inefficaces au premier contact et dans le placement initial du patient sont fréquemment responsables des délais. Il est compréhensible alors que beaucoup d'attention soit mise sur l'optimisation et la standardisation du triage tout autant que sur les compétences du personnel qui l'effectuent (Olshaker, 2009; Wiler et coll., 2010), ainsi que sur les façons novatrices de diminuer le temps requis pour le registre et le placement du patient (Wiler et coll., 2010). De plus, les données existantes montrent que l'amplification de la capacité d'une urgence peut avoir un impact positif sur la satisfaction des patients et du personnel, mais que cette mesure est insuffisante pour résoudre l'engorgement par elle-même (Han et coll., 2007; Khare et coll., 2009).

La deuxième étape du *throughput* comprend l'évaluation, le diagnostic et le traitement. Elle pose plus de défis que la première, car des facteurs externes à la salle d'urgence y jouent un rôle déterminant. Des solutions technologiques et de communication sont proposées pour optimiser le flux d'information entre les intervenants, ainsi que pour diminuer leurs temps de réponse (Olshaker, 2009;

Wiler et coll., 2010; Zun, 2009). D'autres solutions sont proposées et incluent l'installation des technologies sur place comme les mini laboratoires (Lee-Lewandrosky et coll., 2003), et l'établissement des voies rapides (*fast track*) pour les patients dont l'état de santé n'est pas très compliqué (Wiler et coll., 2010).

L'*output* et l'engorgement

La SU doit souvent surmonter des obstacles divers pour acheminer des patients hors de ses installations. À l'intérieur de l'hôpital, la non disponibilité de lits résulte en « l'hébergement » (*boarding*) de patients qui ne devraient plus être à l'urgence. Ces patients occupent un espace physique et usent de ressources humaines et matérielles qui pourraient être utilisés pour produire des services aux patients qui relèvent de l'urgence. Le problème de la non disponibilité des espaces à l'intérieur de l'hôpital peut devenir très critique dans le cas de ressources hautement spécialisées comme les unités de soins intensifs ainsi que le bloc opératoire. En effet, la salle d'urgence fonctionne fréquemment comme unité de soins intensifs (Nee et coll., 2006) à un coût considérable en termes de temps et de ressources (O'Connor et coll., 2009).

Plusieurs études proposent que la non disponibilité de lits soit un des facteurs contribuant le plus à l'engorgement (Schull et coll., 2002; Asplin et coll., 2003; Australasian College of Emergency Medicine, 2004; Rathlev et coll., 2007; Olshaker, 2009; Forero et coll., 2010). Ainsi, l'occupation hospitalière et la relation admissions/renvois au foyer sont fortement associées avec l'engorgement (Lucas et coll., 2009; Vermeulen et coll., 2009). Les solutions proposées sont complexes et variées, allant de l'hébergement des patients dans les couloirs de l'hôpital (Garson et coll., 2009; Viccellio et coll., 2009), jusqu'à l'augmentation de la capacité hospitalière (McConnell et coll., 2005) et la gestion avancée de lits (Howell et coll., 2008).

La sortie des patients de l'urgence vers l'extérieur se voit bloquée par la difficulté d'arranger un suivi clinique adéquat. Dans cette décision, des facteurs sociaux et individuels comme le support familial et l'autonomie jouent un rôle important. Les patients pour lesquels on ne peut pas assurer un suivi ou le soutien social requis sont souvent admis à l'hôpital, ce qui effectivement fait de ces patients des « hébergés » (*boarders*) à l'urgence (Asplin et coll., 2003). De plus, les patients qui sont congédiés sans un suivi adéquat reviennent fréquemment à l'urgence, créant un cycle difficile à interrompre. Même quand un suivi médical et un soutien social sont assurés, des exigences administratives tels que l'obtention du congé, d'une prescription ou d'un résumé clinique de l'épisode de soins posent des obstacles qui se traduisent en délais pour la sortie des patients.

Les mesures de l'engorgement

Asplin et ses collègues concluent leur article avec la recommandation d'utiliser leur modèle comme point de départ pour opérationnaliser et classifier les mesures de l'engorgement. Suivant cette recommandation, dans un travail subséquent Solberg et coll. (2003) présentent un consensus sur les mesures de l'engorgement qui reprend le modèle *input-throughput-output*. En plus de présenter les mesures choisies et les définitions formulées par le panel d'experts, le travail de Solberg confère une valeur à chaque mesure visant à identifier son utilité par rapport à sa plausibilité d'obtention, son potentiel comme signal d'alerte (c'est-à-dire de prévoir l'engorgement à court terme), son utilité pour la planification à moyen terme, son analyse coût-efficacité, son utilité pour la recherche, et son utilité globale. Bernstein et Asplin (2006), dans un travail ultérieur qui a visé à faire l'état des connaissances sur l'engorgement, synthétisent les mesures les plus utiles parmi celles identifiées par Solberg et coll., dans le tableau 3.1.

Consensus measures of ED crowding		
Input measures	Throughput measures	Output measures
ED patient volume, standardized for bed hours	ED throughput time	ED boarding time
ED patient volume, standardized for annual average	ED bed placement time	ED boarding time components
ED ambulance volume, standardized for bed hours	ED ancillary service turnaround time	Boarding burden
ED ambulance volume, standardized for annual average	Summary workload, standardized for ED bed hours	Hospital admission source, standardized and adjusted
Patient source	Summary workload, standardized for nurse staff hours	ED admission transfer rate
Percentage of open appointments	Summary workload, standardized for physician staff hours	Hospital discharge potential
Percentage of patients who leave without treatment complete	ED occupancy rate	Hospital discharge process interval
Leave without treatment complete severity	ED occupancy	Inpatient cycling time
Ambulance diversion episodes	Patient disposition to physician staffing ratio	Hospital census
Ambulance diversion requests denied and forced openings		Hospital occupancy rate
Diverted ambulance patient description		Hospital supply and demand status forecast
Average EMS waiting time		Observation unit census
Patient complexity assessed at triage		ED volume/hospital capacity ratio
Patient complexity as percentage of ambulance patients		Agency nursing expenditures
Patient complexity as assessed by coding		

Abbreviations: ED, emergency department; EMS, emergency medical services.

Adapted from Solberg LJ, Asplin BR, Weinick RM, et al. Emergency department crowding: consensus development of potential measures. *Ann Emerg Med* 2003;42:824-34; with permission.

Tableau 3.1. Mesures de l'engorgement proposées par Solberg et coll. (2003), (Source : Bernstein et Asplin, 2006).

Les mesures agrégées

Dans ce même travail, Bernstein et Asplin entreprennent de faire la synthèse des mesures agrégées (*omnibus measures*) de l'engorgement. Ces mesures sont des indices ou des échelles calculés à partir des indicateurs individuels de l'engorgement. Elles ont en commun la mise en relation de la capacité face à la demande des services à l'urgence, et sont toutes basées sur la perception de l'engorgement par les professionnels comme standard de référence. Un avantage de ces mesures, qui ajoute néanmoins à leur complexité, est le fait de qu'une fois l'infrastructure technologique requise pour leur application déployée, elles changeraient en temps réel et permettraient alors une gestion dynamique et la prise opportune de décisions. Les principales mesures agrégées sont:

Emergency Department Crowding Score – EDCS (Asplin et coll., 2004)

Développée dans huit centres académiques aux États-Unis, il s'agit d'une échelle statistiquement liée à la perception de l'engorgement par les professionnels. De plus, les auteurs suggèrent l'existence d'une valeur au-delà de laquelle l'engorgement nuirait à la qualité des services rendus.

National Emergency Department Overcrowding Study – NEDOCS (Weiss et coll., 2004)

Il s'agit d'une échelle calculée à partir d'un questionnaire de cinq éléments. Elle est corolaire de la perception qu'ont les professionnels de l'engorgement.

Real Time Analysis of Demand Indicators – RAD (Reeder et coll., 2004)

Cet instrument consiste en l'expression mathématique de la capacité de réaction face à la demande, ajustée pour la complexité des cas. Il a une faible corrélation avec la perception des professionnels, et comporte alors une utilité limitée.

Emergency Department Work Index - EDWIN (Bernstein et coll. 2003)

Il s'agit d'un indice exprimé par la formule $\sum n_{it} t_j / N_a (B_t - B_a)$, où le numérateur représente la charge de travail (nombre de patients par catégorie de triage), tandis que le dénominateur représente les ressources disponibles à la SU (personnel et lits disponibles). L'unité d'EDWIN serait donc « les unités triage par patient par médecin par lit disponible ». L'échelle est fortement corolaire de la perception de l'engorgement par le personnel. Les auteurs de cet instrument suggèrent une classification tripartite des urgences en fonction du pointage EDWIN calculé: urgence active, urgence occupée et urgence engorgée.

Des études ultérieures ont cherché à valider ces instruments de façon externe et indépendante, ainsi qu'à comparer leur performance. Weiss et coll. (2006) ont comparé les échelles NEDOCS et EDWIN. Ils concluent que les deux échelles comportent une bonne corrélation entre elles, ainsi qu'avec la perception du personnel. De plus, ils suggèrent que pour chaque institution le choix entre l'une ou l'autre échelle devrait être fait en fonction des données les plus facilement disponibles. Jones et ses collègues (2006) ont évalué les quatre instruments mentionnés par Bernstein et Asplin. Selon leur étude, les échelles ayant la meilleure corrélation avec la perception du personnel seraient aussi NEDOCS et EDWIN. Les auteurs mettent en garde les lecteurs à propos du fait que le seuil d'engorgement proposé par les auteurs de chaque échelle ne paraît pas être arbitrairement transposable à toutes les institutions. Il faudrait plutôt que chaque institution calibre son propre seuil à partir des données qui la concernent. De façon intéressante, McCarthy et coll. (2008) suggèrent qu'en dépit d'une moindre précision quant aux données, il est possible d'utiliser le taux d'occupation au lieu du pointage EDWIN pour évaluer en temps réel l'engorgement. L'avantage de cette approche est dans la simplicité de calcul du taux d'occupation (nombre total de patients divisé par le nombre « officiel » de lits), en contraste avec la formule EDWIN.

Bien que ces outils ont démontré leur utilité pour évaluer le niveau d'engorgement présent à un moment déterminé, ils ne sont pas conçus dans le but de prévoir la saturation de l'urgence. L'évolution naturelle de la mesure dynamique de l'engorgement implique la possibilité de prévoir ce phénomène, et plusieurs auteurs ont travaillé sur ce sujet.

Le pronostic de l'engorgement

La possibilité de prévoir l'engorgement fait l'objet de plusieurs recherches récentes. Ces études se basent toutes sur des méthodes mathématiques de complexité variable fortement appuyées par des données historiques. Wargon et coll. (2009), identifient dans leur synthèse du sujet deux types prédominants de modèles pronostiques: ceux basés sur la régression linéaire et les modèles des séries temporelles. D'autres auteurs ont basé leur travail sur la simulation discrète (Hoot et coll., 2007; Hoot et coll., 2008; Hoot et coll., 2009a, 2009b).

Bien qu'il s'agisse d'un concept séduisant, la prévision de l'engorgement est un domaine complexe, qui à présent comporte des limitations dérivées de sa faible adaptabilité à différents contextes, l'envergure de l'infrastructure informatique requise pour son application, ainsi que la présence permanente des facteurs externes et imprévisibles qui ont une incidence sur la saturation des urgences.

III. Les conséquences de l'engorgement: plusieurs dimensions

L'importance du phénomène de l'engorgement va clairement au-delà de la perception immédiate de congestion subie par les patients et par le personnel. Dans le but de déterminer l'impact de l'engorgement, il est utile de distinguer ses conséquences cliniques, éthiques, financières et académiques.

Conséquences cliniques

Vers le début du XXI^e siècle, à mesure que l'engorgement devenait plus fréquent et que la disponibilité d'un encadrement conceptuel permit d'aborder la problématique d'une façon structurée, des groupes de chercheurs ont fait porter leur attention sur la mesure de l'impact clinique de l'engorgement. La première question qui se pose lorsqu'on considère ce problème est de savoir s'il existe vraiment un impact de ce phénomène sur le diagnostic, le traitement et les résultats finaux. Si la réponse est oui, la force d'un tel impact varierait en fonction des patients qui sont affectés. Par exemple, la non disponibilité immédiate d'une ressource peut résulter des délais sans conséquence pour un patient stable. Par contre, un tel délai peut entraîner des conséquences funestes pour un patient en état critique. Une multitude d'articles scientifiques récents démontrent des impacts cliniques adverses de l'engorgement sur tous types de patients, et de façon perturbante, spécifiquement sur les patients gravement malades. Voici quelques exemples significatifs:

L'infarctus du myocarde représente une entité clinique sentinelle proposée par plusieurs auteurs comme étant utile pour étudier la performance des systèmes hospitaliers (Graff et coll., 2002). Schull et coll. (2004) montrent le retard significatif pour le traitement de cette condition en situation d'engorgement, et Diercks et coll. (2007) arrivent à des conclusions similaires. Pines et coll. (2009) démontrent des résultats contraires plus fréquents pour les patients avec de la douleur précordiale et traités dans des urgences engorgées.

Le traitement de la douleur se voit aussi retardé, tel qu'illustré par Mills et coll. (2009) qui ont trouvé un lien entre l'engorgement et le délai d'administration d'analgésiques aux patients ayant la douleur abdominale, tandis que Pines et Hollander (2008) arrivent au même résultat pour la douleur sévère. Liu et coll. (2009) ont démontré que les patients qui attendent un lit et qui sont retenus à l'urgence présentent des événements indésirables plus fréquents que ceux qui sont admis de façon opportune au service approprié. McCarthy et coll. (2009) révèlent les retards significatifs (entre 3 et 35 %) dans le temps d'attente à l'urgence en situation d'engorgement, même pour les patients gravement malades. Une étude récente (Johnson et Winkelman, 2011) à propos de l'effet de l'engorgement sur les résultats (*outcomes*) recense huit études qui révèlent une mortalité plus élevée, tandis que 11 autres travaux identifient des délais cliniquement significatifs en situation d'engorgement.

Il est important de noter que l'impact clinique de l'engorgement n'est pas juste lié au délai relatif à certaines interventions, mais aussi à la surcharge de travail pour les intervenants (Morrison et Rudolph, 2011). De façon quotidienne, les médecins et les infirmières à l'urgence doivent supporter une charge cognitive considérable, être capables de travailler en mode « multitâche », et subissent des interruptions fréquentes (Chisholm et coll., 2000; Jeanmonod, 2009; Laxmisan et coll., 2006; Morrison et Rudolph, 2011; Westbrook et coll., 2010). Ces interruptions augmentent en fonction du nombre de patients sous leur responsabilité (Chisholm et coll., 2000), favorisant l'occurrence des erreurs médicales prévisibles. Un lien entre l'engorgement et les événements indésirables a été récemment démontré par plusieurs auteurs (Epstein et coll., 2011; Hillin et Hicks, 2010; Kulstad et coll., 2010; Liu et coll., 2009). Les données disponibles suggèrent que la sécurité des patients à l'urgence semble dépendre dans une mesure considérable du taux d'occupation, soit de la présence ou de l'absence de l'engorgement et de son intensité.

Il est aussi important de noter que certains groupes sont particulièrement susceptibles à l'impact de l'engorgement. Tel est le cas des personnes âgées

(Aminzadeh et Dalziel, 2002; Wilbert et coll., 2006). Par exemple, pour chaque heure de séjour à l'urgence, les patients âgés sont exposés à 3 % de risque à un événement indésirable une fois le patient admis à l'hôpital (Ackroyd-Stolarz et coll., 2011). Ainsi, les séjours prolongés se traduisent en des risques significatifs pour la sécurité de ce groupe de patients. Plus alarmant est le fait que, selon la même étude, les personnes qui subissent un événement indésirable voient leur séjour à l'hôpital prolongé, au double de ceux qui ne souffrent pas des conséquences d'un tel événement. Ainsi, l'engorgement résulte en des impacts défavorables pour les aînés, et ces impacts, en prolongeant la durée des séjours, diminuent à leur tour la disponibilité de lits perpétuant l'engorgement en un cercle vicieux.

L'engorgement s'associe alors avec l'incapacité de la SU d'atteindre ses buts, spécifiquement ceux qui sont d'offrir un traitement opportun et d'avoir un impact positif sur la santé et le bien-être des individus.

Conséquences éthiques de l'engorgement

Moskop et coll. (2009) ont noté que l'engorgement est un phénomène qui peut rendre l'adhésion aux normes morales les plus fondamentales difficile ou impossible. Ces auteurs utilisent quatre principes de base de l'éthique médicale pour illustrer leur proposition : la « non malfaisance », la bienfaisance, l'autonomie et la justice. Leur conceptualisation est reprise dans le passage suivant.

La « non malfaisance » implique, entre autres, l'idée de ne pas soumettre les patients à des risques inutiles. Plusieurs chercheurs proposent que l'engorgement à l'urgence augmente le risque général de commettre des erreurs graves (Croskerry et Sinclair, 2001). Toutefois, l'amplitude du risque auquel sont exposés les patients dans une urgence engorgée est mieux illustrée par les

études qui révèlent une plus grande morbidité et mortalité en situation d'engorgement (Richardson et coll., 2006; Sprivulis et coll., 2006; Pines et coll., 2009a; Johnson et Winkelman, 2011). Le risque d'erreur d'administration de médicaments est aussi augmenté en situation d'engorgement (Kulstad et coll., 2010). Ensemble, ces études suggèrent que l'admission d'un patient dans une urgence engorgée le soumet à des risques potentiellement évitables.

La bienfaisance fait partie des fondements conceptuels de l'urgence. Malheureusement, l'engorgement compromet la capacité de la SU d'accomplir cette fonction fondamentale manifestée par un traitement opportun et efficace, et par le soulagement de la souffrance humaine. Des études montrent un lien entre l'engorgement et des retards considérables de types divers, même pour des patients en état critique (Moskop et coll., 2009), et tel que nous l'avons vu auparavant, l'engorgement s'associe aussi à des retards considérables dans le traitement adéquat de la douleur (Pines et Hollander, 2008; Mills et coll., 2009; Pines et coll., 2010a; Johnson et Winkelman, 2011).

L'autonomie implique, entre autres concepts, le contrôle sur son propre corps, le droit à l'intimité et le respect de la pudeur. Ainsi, le consentement éclairé est une des plus importantes manifestations de l'autonomie du patient. Cependant, il est difficile de parler d'un consentement véritablement éclairé quand on ne compte pas avec l'espace approprié ni le temps nécessaire pour l'obtenir. Il est aussi impossible de parler de confidentialité dans ces circonstances (Moskop et coll., 2005; Moskop et coll., 2009). Les urgences engorgées rendent impossible le respect de l'intimité et la pudeur des patients et constituent ainsi des environnements désavantageux pour le respect la dignité de la personne (Mah, 2009).

La justice implique la distribution de ressources disponibles en fonction du plus grand besoin. L'engorgement peut affecter le principe de justice. Ceci peut être illustré en considérant le problème de qui a le plus besoin d'un lit: un patient

presque guéri qui occupe un lit à l'hôpital ou un patient qui débute son traitement à l'urgence? D'autres aspects de la justice incluent la non discrimination. Dans l'état actuel des urgences, les populations vulnérables sont effectivement discriminées, car leur voie unique d'entrée à l'hôpital est subordonnée à une priorité plus faible que celles des autres populations (admissions, chirurgie électorive) (Iserson et Moskop, 2007; Moskop et Iserson, 2007; Pines et coll., 2009b).

Un dernier aspect des conséquences éthiques de l'engorgement qu'il vaut la peine de toucher est celui du bien-être et de la satisfaction des professionnels qui travaillent à l'urgence. L'engorgement est fortement lié à la frustration et à la dépression, ainsi qu'à une faible qualité de vie pour des professionnels qui rendent un important service à la société (Rondeau et Francescutti, 2005; Popa et coll., 2010a, 2010b).

Les conséquences financières de l'engorgement

Il existe un rapport indirect de l'impact financier de l'engorgement lorsqu'on considère que les effets du phénomène sur les patients en état critique résulteraient en des coûts plus élevés dérivés d'une acuité, une morbidité et une mortalité accrues. Néanmoins, il y a aussi un rapport direct avec le fardeau financier qui suppose l'engorgement pour les payeurs des services de santé (Krochmal et Riley, 1994; Schneider et Asplin, 2008), ainsi que la perte de revenu associée à l'engorgement dans des institutions qui ont le profit parmi leurs buts (Bayley et coll., 2005; Falvo et coll., 2007a, 2007b; Henneman et coll., 2009). En réponse à des analyses suggérant que l'engorgement des urgences pourrait être profitable en termes financiers, Handel et coll. (2010) proposent une vision holistique et bien structurée de l'engorgement et de la performance financière des urgences qui supporte la notion d'un effet négatif de l'engorgement sur les finances.

Impact sur l'éducation

L'éducation dans les SU comprend autant l'enseignement que l'apprentissage. Atzema et coll. (2005), dans une optique d'étude de l'impact potentiel de l'engorgement, décomposent les interactions éducatives à l'urgence et offrent un cadre général pour la recherche sur ce sujet. Ces auteurs suggèrent qu'il existe un impact potentiellement significatif de l'engorgement sur tous les processus éducatifs identifiés, et offrent des pistes pour minimiser cet impact ainsi que pour la recherche future. Heins et coll. (2005) avancent des propositions pour guider la recherche sur ce sujet et concluent que d'amples études multicentriques sont nécessaires pour évaluer des mesures acceptées de l'engorgement et les étudier en relation avec des mesures de l'enseignement à l'urgence. Ces deuxièmes mesures sont jusqu'à présent considérablement moins développées que les mesures de l'engorgement. Shayne et coll. (2009) présentent une révision de l'effet de l'engorgement sur l'éducation des urgentologues en formation. Ces auteurs théorisent, tirant des informations de plusieurs sources, autant des effets positifs (explicables en général par un grand nombre d'opportunités d'apprentissage) que des effets négatifs (attribuables au manque de temps pour profiter pleinement des opportunités d'apprentissage ainsi qu'au *burnout*). Dans leur conclusion, ils reprennent la proposition formulée par Heins et coll. pour noter que la recherche sur ces enjeux est autant complexe à cause de la difficulté de mesurer l'engorgement et l'éducation, qu'importante pour ses implications potentielles. Par contre, dans une étude plus récente, Pines et coll. (2010) n'ont pas trouvé de lien entre l'engorgement et la qualité de l'enseignement des résidents par les médecins spécialistes.

Impact sur la satisfaction

L'engorgement est associé de façon inverse avec la satisfaction des patients et des fournisseurs des services. Au moins cinq publications arrivent à cette conclusion (Johnson et Winkelman, 2011). Un fait intéressant à noter est que l'insatisfaction générée par l'engorgement de l'urgence paraît s'étendre à la totalité de l'épisode de soins incluant l'hospitalisation (Pines et coll., 2008).

Conclusion

Un volume croissant de données suggère que l'engorgement des urgences a un effet sur l'efficacité, l'opportunité et la sécurité des soins (Bernstein et coll., 2009). Les faits présentés dans cette analyse montrent que l'engorgement est associé non seulement à l'interruption des processus cliniques, mais aussi à des résultats cliniques et financiers défavorables, ainsi qu'à des conséquences inacceptables en termes des valeurs. Tel qu'analysé dans ce chapitre, l'engorgement touche à chacune des dimensions de la performance, comme conceptualisée par le modèle EGIPSS. L'engorgement peut alors être compris comme une manifestation de non performance et devrait être abordé conséquemment.

Bibliographie

Ackroyd-Stolarz S, Read Guernsey J, Mackinnon NJ, Kovacs G. (2011) The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study. *BMJ Quality Safety* 20:564-9.

American College of Emergency Physicians. (1990) Hospital and emergency department overcrowding. *Annals of Emergency Medicine* 19:336.

American College of Emergency Physicians. (2007) Emergency Department Planning and Resource Guidelines: a Policy Statement. Dallas: ACEP.

Aminzadeh F, Dalziel WB. (2002) Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Annals of Emergency Medicine* 39:238-47.

Andersen AS, Laake, P. (1983) A causal model for physician utilization: Analysis of Norwegian data. *Medical Care* 21:266-78.

Andrulis DP, Kellermann A, Hintz EA, Hackman BB, Weslowski VB. (1991) Emergency departments and crowding in United States teaching hospitals. *Annals of Emergency Medicine* 20:980-6.

Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA. (2003) A Conceptual Model of Emergency Department Crowding. *Annals of Emergency Medicine* 42:173-80.

Asplin BR, Rhodes KV, Flottemesch TJ, Wears R, Camargo CA Jr, Hwang U, Richards C, Tiffany B, O'Keefe S, Bernstein S. (2004) Is this emergency department crowded? A multicenter derivation and evaluation of an Emergency Department Crowding Scale (EDCS). *Academic Emergency Medicine* 11: 484-5.

Atzema C, Bandiera G, Schull MJ. (2005) Emergency department crowding: the effect on resident education. *Annals of Emergency Medicine* 45:276-81.

Australasian College of Emergency Medicine. (2004) Access block and overcrowding in emergency departments. ACEM, Melbourne. Document électronique disponible à l'adresse web:

http://www.acem.org/au/media/access_block1.pdf consulté le 3 décembre 2009.

Bayley MD, Schwartz JS, Shofer FS, Weiner M, Sites FD, Traber KB, Hollander JE. (2005) The financial burden of emergency department congestion and hospital crowding for chest pain patients awaiting admission. *Annals of Emergency Medicine* 45:110-7.

Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, Epstein S, Handel D, Hwang U, McCarthy M, McConnell KJ, Pines JM, Rathlev N, Schafermeyer R, Zwemer F, Schull M, Asplin BR; Society for Academic Emergency Medicine, Emergency Department Crowding Task Force. (2009) The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Academic Emergency Medicine* 16:1-10.

Bernstein SL, Asplin BR. (2006) Emergency department crowding: old problem, new solutions. *Emergency Medicine Clinics of North America* 24:821-37.

Bernstein SL, Verghese V, Leung W, Lunney AT, Perez I. (2003) Development and validation of a new index to measure emergency department crowding. *Academic Emergency Medicine* 10:938-42.

Chisholm CD, Collison EK, Nelson DR, Cordell WH. (2000) Emergency department workplace interruptions: are emergency physicians "interrupt-driven" and "multitasking"? *Academic Emergency Medicine* 7:1239-43.

Cosby KS. (2003) A Framework for Classifying Factors That Contribute to Error in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine* 46:815-823.

Counselman FL, Marco CA, Patrick VC, McKenzie DA, Monck L, Blum FC, Borg K, Coppola M, Gerard WA, Jorgenson C, Lazarus J, Moorhead J, Proctor J, Schmitz GR, Schneider SM. (2009) A study of the workforce in emergency medicine: 2007. *American Journal of Emergency Medicine* 27:691-700.

Croskerry P, Sinclair D. (2001) Emergency medicine: A practice prone to error? *Canadian Journal of Emergency Medicine* 3:271-6.

DeBehnke D, O'Brien S, Leschke R. (2000) Emergency medicine resident work productivity in an academic emergency department. *Academic Emergency Medicine* 7:90-2.

Diercks DB, Roe MT, Chen AY, Peacock WF, Kirk JD, Pollack CV Jr, Gibler WB, Smith SC Jr, Ohman M, Peterson ED. (2007) Prolonged emergency department stays of non-ST-segment-elevation myocardial infarction patients are associated with worse adherence to the American College of Cardiology/American Heart Association guidelines for management and increased adverse events. *Annals of Emergency Medicine* 50:489-96.

Epstein SK, Huckins DS, Liu SW, Pallin DJ, Sullivan AF, Lipton RI, Camargo CA Jr. (2011) Emergency department crowding and risk of preventable medical errors. *Internal and Emergency Medicine* [Epub ahead of print]

Falvo T, Grove L, Stachura R, Vega D, Stike R, Schlenker M, Zirkin W. (2007) The opportunity loss of boarding admitted patients in the emergency department. *Academic Emergency Medicine* 14:332-7.

Falvo T, Grove L, Stachura R, Zirkin W. (2007) The financial impact of ambulance diversions and patient elopements. *Academic Emergency Medicine* 14:58-62.

Forero R, Hillman KM, McCarthy S, Fatovich DM, Joseph AP, Richardson DB. (2010) Access block and ED overcrowding. *Emergency Medicine Australasia* 22:119-35.

Garson C, Hollander JE, Rhodes KV, Shofer FS, Baxt WG, Pines JM. (2008) Emergency department patient preferences for boarding locations when hospitals are at full capacity. *Annals of Emergency Medicine* 51:9-12.

Georgeopoulos BS, Cooke RA. (1980) A Comparative Study of the Organization and Performance of Hospital Emergency Services. Ann Arbor: The University of Michigan.

Graber TW. (2004) Structure and function of the emergency department: matching emergency department choices to the emergency department mission. *Emergency Medicine Clinics of North America* 22:47-72.

Graff L, Stevens C, Spaite D, Foody J. (2002) Measuring and improving quality in emergency medicine. *Academic Emergency Medicine* 9:1091-107.

Han JH, Zhou C, France DJ, Zhong S, Jones I, Storrow AB, Aronsky D. (2007) The effect of emergency department expansion on emergency department overcrowding. *Academic Emergency Medicine* 14:338-43.

Handel DA, Hilton JA, Ward MJ, Rabin E, Zwemer FL Jr, Pines JM. (2010) Emergency department throughput, crowding, and financial outcomes for hospitals. *Academic Emergency Medicine* 17:840-7.

Heins A, Farley H, Maddow C, Williams A. (2005) A research agenda for studying the effect of emergency department crowding on clinical education. *Academic Emergency Medicine* 12:529-32.

Henneman PL, Lemanski M, Smithline HA, Tomaszewski A, Mayforth JA. (2009) Emergency department admissions are more profitable than non-emergency department admissions. *Annals of Emergency Medicine* 53:249-255.

Hillin E, Hicks RW. (2010) Medication errors from an emergency room setting: safety solutions for nurses. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 22:191-6.

Hoot NR, Zhou C, Jones I, Aronsky D. (2007) Measuring and forecasting emergency department crowding in real time. *Annals of Emergency Medicine* 49:747-55.

Hoot NR, LeBlanc LJ, Jones I, Levin SR, Zhou C, Gadd CS, Aronsky D. (2008) Forecasting emergency department crowding: a discrete event simulation. *Annals of Emergency Medicine* 52:116-25.

Hoot NR, Epstein SK, Allen TL, Jones SS, Baumlin KM, Chawla N, Lee AT, Pines JM, Klair AK, Gordon BD, Flottemesch TJ, LeBlanc LJ, Jones I, Levin SR, Zhou C, Gadd CS, Aronsky D. (2009a) Forecasting emergency department crowding: an external, multicenter evaluation. *Annals of Emergency Medicine* 54:514-522.

Hoot NR, Leblanc LJ, Jones I, Levin SR, Zhou C, Gadd CS, Aronsky D. (2009b) Forecasting emergency department crowding: a prospective, real-time evaluation. *Journal of the American Medical Informatics Association* 16:338-45.

Howell E, Bessman E, Kravet S, Kolodner K, Marshall R, Wright S. (2008) Active bed management by hospitalists and emergency department throughput. *Annals of Internal Medicine* 149:804-11.

Iserson KV, Moskop JC. (2007) Triage in medicine, part I: Concept, history, and types. *Annals of Emergency Medicine* 49:275-81.

Jeanmonod R, Damewood S, Brook C. (2009) Resident productivity: trends over consecutive shifts. *International Journal of Emergency Medicine* 30:107-10.

Jeanmonod R, Boyd M, Loewenthal M, Triner W. (2010) The nature of emergency department interruptions and their impact on patient satisfaction. *Emergency Medicine Journal* 27:376-9.

Johnson KD, Winkelman C. (2011) The effect of emergency department crowding on patient outcomes: a literature review. *Advanced Emergency Nursing Journal* 33:39-54.

Jones SS, Allen TL, Flottesch TJ, Welch SJ. (2006) An independent evaluation of four quantitative emergency department crowding scales. *Academic Emergency Medicine* 13:1204-11.

Khare RK, Powell ES, Reinhardt G, Lucenti M. (2009) Adding More Beds to the Emergency Department or Reducing Admitted Patient Boarding Times: Which Has a More Significant Influence on Emergency Department Congestion? *Annals of Emergency Medicine* 53:575-85.

Krochmal P, Riley TA. (1994) Increased health care costs associated with ED overcrowding. *American Journal of Emergency Medicine* 12:265-6.

Kulstad EB, Sikka R, Sweis RT, Kelley KM, Rzechula KH. (2010) ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors. *American Journal of Emergency Medicine* 28:304-9.

Laxmisan A, Hakimzada F, Sayan OR, Green RA, Zhang J, Patel VL. (2007) The multitasking clinician: decision-making and cognitive demand during and after team handoffs in emergency care. *International Journal of Medical Informatics* 76:801-11.

Lee-Lewandrowski E, Corboy D, Lewandrowski K, Sinclair J, McDermot S, Benzer TI. (2003) Implementation of a point-of-care satellite laboratory in the emergency department of an academic medical center. Impact on test turnaround time and patient emergency department length of stay. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine* 127:456-60.

Liu SW, Thomas SH, Gordon JA, Hamedani AG, Weissman JS. (2009) A pilot study examining undesirable events among emergency department-boarded patients awaiting inpatient beds. *Annals of Emergency Medicine* 54:381-5.

Lucas RH, Sanford SM. (1998) An analysis of frequent users of emergency care at an urban university hospital. *Annals of Emergency Medicine* 32:563-8.

MacEachern M. (1962) *Hospital Organisation and Management*. Chicago: Physicians' Record Company, p.343.

Mah R. (2009) Emergency department overcrowding as a threat to patient dignity. *Canadian Journal of Emergency Medicine* 11:365-74.

McCarthy ML, Aronsky D, Jones ID, Miner JR, Band RA, Baren JM, Desmond JS, Baumlin KM, Ding R, Shesser R. (2008) The emergency department occupancy rate: a simple measure of emergency department crowding? *Annals of Emergency Medicine* 51:15-24.

McCarthy ML, Zeger SL, Ding R, Levin SR, Desmond JS, Lee J, Aronsky D. (2009) Crowding delays treatment and lengthens emergency department length of stay, even among high-acuity patients. *Annals of Emergency Medicine* 54:492-503.

McConnell KJ, Richards CF, Daya M, Bernell SL, Weathers CC, Lowe RA. (2005) Effect of increased ICU capacity on emergency department length of stay and ambulance diversion. *Annals of Emergency Medicine* 45:471-8.

Mills AM, Shofer FS, Chen EH, Hollander JE, Pines JM. (2009) The association between emergency department crowding and analgesia administration in acute abdominal pain patients. *Academic Emergency Medicine* 16:603-8.

Morrison JB, Rudolph JW. (2011) Learning from accident and error: avoiding the hazards of workload, stress, and routine interruptions in the emergency department. *Academic Emergency Medicine* 18:1246-54.

Moskop JC, Iserson KV. (2007) Triage in medicine, part II: Underlying values and principles. *Annals of Emergency Medicine* 49:282-7.

Moskop JC, Marco CA, Larkin GL, Geiderman JM, Derse AR. (2005) From Hippocrates to HIPAA: privacy and confidentiality in emergency medicine- Part II: Challenges in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine* 45:60-7.

Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, Schears RM, Bookman KJ. (2009) Emergency department crowding, - Part I: Concept, causes, and moral consequences. *Annals of Emergency Medicine* 53:605-11.

Nee P, Andrews F, Rivers E. (2006) Critical care in the emergency department: introduction. *Emergency Medicine Journal* 23:560.

O'Connor G, Geary U, Moriarty J. (2009) Critical care in the emergency department. *European Journal of Emergency Medicine* 16:296-300.

Olshaker JS. (2009) Managing emergency department overcrowding. *Emergency Medicine Clinics of North America* 27:593-603.

Pines JM. (2007) Moving closer to an operational definition for ED crowding. *Academic Emergency Medicine* 14:382-3.

Pines JM, Hollander JE. (2008) Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. *Annals of Emergency Medicine* 51:1-5.

Pines JM, Iyer S, Disbot M, Hollander JE, Shofer FS, Datner EM. (2008) The effect of emergency department crowding on patient satisfaction for admitted patients. *Academic Emergency Medicine* 15:825-31.

Pines JM, Pollack CV Jr, Diercks DB, Chang AM, Shofer FS, Hollander JE. (2009a) The association between emergency department crowding and adverse cardiovascular outcomes in patients with chest pain. *Academic Emergency Medicine* 16:617-25.

Pines JM, Russell Localio A, Hollander JE. (2009b) Racial disparities in emergency department length of stay for admitted patients in the United States. *Academic Emergency Medicine* 16:403-10.

Pines JM, Shofer FS, Isserman JA, Abbuhl SB, Mills AM. (2010a) The effect of emergency department crowding on analgesia in patients with back pain in two hospitals. *Academic Emergency Medicine* 17:276-83.

Pines JM, Prabhu A, McCusker CM, Hollander JE. (2010b) The effect of ED crowding on education. *American Journal of Emergency Medicine* 28:217-20.

Popa F, Arafat R, Purcărea VL, Lală A, Popa-Velea O, Bobirnac G. (2010) Occupational burnout levels in emergency medicine - a stage 2 nationwide study and analysis. *Journal of Medicine and Life* 3:449-53.

Popa F, Raed A, Purcarea VL, Lală A, Bobirnac G. (2010) Occupational burnout levels in emergency medicine - a nationwide study and analysis. *Journal of Medicine and Life* 3:207-15.

Rathlev N, Chessare J, Olshaker J, Obendorfer D, Mehta SD, Rothenhaus T, Crespo S, Magauran B, Davidson K, Shemin R, Lewis R, Becker JM, Fisher L, Guy L, Cooper A, Litvak E. (2007) Time series analysis of variables associated with daily mean emergency department length of stay. *Annals of Emergency Medicine* 49:265-271.

Reeder TJ, Burlison DL, Garrison HG. (2003) The overcrowded emergency department: a comparison of staff perceptions. *Academic Emergency Medicine* 10:1059-64.

Richardson DB. (2006) Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Medical Journal of Australia* 6:213-6.

Rondeau KV, Francescutti LH. (2005) Emergency department overcrowding: the impact of resource scarcity on physician job satisfaction. *Journal of Healthcare Management* 50:327-40.

Schneider SM, Hamilton GC, Moyer P; Stapczynski JS. (1998) Definition of Emergency Medicine. *Academic Emergency Medicine* 5:348-51.

Schneider SM, Asplin BR. (2008) Form follows finance: emergency department admissions and hospital operating margins. *Academic Emergency Medicine* 15:959-60.

Schneider SM, Gardner AF, Weiss LD, Wood JP, Ybarra M, Beck DM, Stauffer AR, Wilkerson D, Brabson T, Jennings A, Mitchell M, McGrath RB, Christopher TA, King B, Muelleman RL, Wagner MJ, Char DM, McGee DL, Pilgrim RL, Moskovitz JB, Zinkel AR, Byers M, Briggs WT, Hobgood CD, Kupas DF, Kruger J, Stratford CJ, Jouriles N. (2010) The future of emergency medicine. *Academic Emergency Medicine* 17:998-1003.

Schull MJ, Slaughter PM, Redelmeier DA. (2002) Urban emergency department overcrowding: defining the problem and eliminating misconceptions. *Canadian Journal of Emergency Medicine* 4:76-83.

Schull MJ, Vermeulen M, Slaughter G, Morrison L, Daly P. (2004) Emergency department crowding and thrombolysis delays in acute myocardial infarction. *Annals Emergency Medicine* 44:577-85.

Schull MJ, Kiss A, Szalai JP. (2007) The effect of low-complexity patients on emergency department waiting times. *Annals of Emergency Medicine* 49:257-64.

Shayne P, Lin M, Ufberg JW, Ankel F, Barringer K, Morgan-Edwards S, Delorio N, Asplin B. (2009) The effect of emergency department crowding on education: blessing or curse? *Academic Emergency Medicine* 16:76-82.

Smith M, Feied C. (1999) The Emergency Department as a Complex System. Washington: The George Washington University School of Medicine. Document électronique, disponible à l'adresse web:

<http://necsi.edu/projects/yaneer/emergencydeptcx.pdf>

consulté le 5 avril 2011.

Solberg LI, Asplin BR, Weinick RM, Magid DJ. (2003) Emergency department crowding: consensus development of potential measures. *Annals of Emergency Medicine* 42:824-34.

Sprivulis PC, Da Silva JA, Jacobs IG, Frazer AR, Jelinek GA. (2006) The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Medical Journal of Australia*. 184:208-12.

Taylor TB. (2004) Information management in the emergency department. *Emergency Medicine Clinics of North America* 22:241-257.

Taylor J. (2006) Don't bring me your tired, your poor: the crowded state of America's emergency departments. *National Health Policy Forum Issue Brief* 7:1-24.

Vermeulen MJ, Ray JG, Bell C, Cayen B, Stukel TA, Schull MJ. (2009) Disequilibrium between admitted and discharged hospitalized patients affects emergency department length of stay. *Annals of Emergency Medicine* 54:794-804.

Viccellio A, Santora C, Singer AJ, Thode HC Jr, Henry MC. (2009) The association between transfer of emergency department boarders to inpatient hallways and mortality: a 4-year experience. *Annals of Emergency Medicine* 54:487-91.

Wargon M, Guidet B, Hoang TD, Hejblum G. (2009) A systematic review of models for forecasting the number of emergency department visits. *Emergency Medicine Journal* 26:395-9.

Weiss SJ, Derlet R, Arndahl J, Ernst AA, Richards J, Fernández-Frackelton M, Schwab R, Stair TO, Vicellio P, Levy D, Brautigan M, Johnson A, Nick TG. (2004) Estimating the degree of emergency department overcrowding in academic medicalcenters: results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS). *Academic Emergency Medicine* 11:38-50.

Weiss SJ, Ernst AA, Nick TG. (2006) Comparison of the National Emergency Department Overcrowding Scale and the Emergency Department Work Index for quantifying emergency department crowding. *Academic Emergency Medicine* 13:513-8.

Westbrook JI, Coiera E, Dunsmuir WT, Brown BM, Kelk N, Paoloni R, Tran C. (2010) The impact of interruptions on clinical task completion. *Quality and Safety in Health Care* 19:284-9.

Wilber ST, Gerson LW, Terrell KM, Carpenter CR, Shah MN, Heard K, Hwang U. (2006) Geriatric emergency medicine and the 2006 Institute of Medicine reports from the Committee on the Future of Emergency Care in the U.S. health system. *Academic Emergency Medicine* 13:1345-51.

Wiler JL, Gentle C, Halfpenny JM, Heins A, Mehrotra A, Mikhail MG, Fite D. (2010) Optimizing emergency department front-end operations. *Annals of Emergency Medicine* 55:142-160.

Zun LS. (2009) Analysis of the literature on emergency department throughput. *Western Journal of Emergency Medicine* 10:104-9.

Chapitre 4 :

La performance des salles d'urgence

La performance des salles d'urgence

Nous avons vu jusqu'à présent que la performance organisationnelle émerge comme un élément incontournable de la gestion des services de santé contemporains. De plus, nous avons décrit les particularités du système de santé mexicain, celles du contexte spécifique de l'Hôpital Général Régional 46 — sujet d'étude de ce mémoire — ainsi que les particularités de la salle d'urgence en tant qu'unité organisationnelle et celles du phénomène de l'engorgement. Dans ce contexte organisationnel unique, la performance de la salle d'urgence revêt autant d'importance que celle du système de santé en général. Aussi, présenter l'état des connaissances concernant la performance des services hospitaliers d'urgence s'avère nécessaire.

La performance des salles d'urgence a été étudiée formellement depuis les années 1980. Georgeopoulos et Cooke (1980) nous présentent la première étude visant à déterminer les caractéristiques organisationnelles associées à la performance d'une urgence. 30 SU aux États-Unis ont été choisies pour évaluer leurs caractéristiques dans le but d'étudier la relation entre celles-ci et la performance. L'approche choisie par ces auteurs s'inscrit dans le courant du *benchmarking* puisque la base de leur analyse est la comparaison entre les différentes SU étudiées. La figure 4.1 montre le modèle élaboré par ces auteurs d'après leurs observations. Plusieurs contributions de ce travail revêtent une importance considérable.

Vraisemblablement, la plus importante de ces contributions est la décision des chercheurs d'évaluer la performance à partir de plus d'une dimension; leur but manifeste étant d'étudier la performance en ce qui concerne l'efficacité clinique, économique et sociale. Or, même si aucun modèle conceptuel de la performance n'est explicitement privilégié, ces auteurs ont reconnu l'importance de prendre en compte plusieurs dimensions de la performance et leur importance dans le contexte de l'urgence. Ceci est évident à partir du modèle

logique créé par ces auteurs, où les fonctions organisationnelles telles que l'adaptation, l'efficacité clinique et l'efficacité financière et sociale, sont présentes. Le modèle cherche à présenter les dynamiques présentes entre les éléments organisationnels autant ceux qui sont en périphérie que ceux à l'intérieur de la salle d'urgence, mais ne se limite pas à présenter ces éléments; il reconnaît aussi d'autres dynamiques décrites par d'autres chercheurs des organisations tels que l'intégration et la spécialisation (Quinn et Rohrbaugh, 1983), et accorde des attributs aux relations entre les éléments en termes de relations positives et négatives. La non linéarité de ce modèle offert par Georgeopoulos et Cooke est sa caractéristique principale. Ces auteurs reconnaissent la nature récursive et complexe des relations entre les éléments de leur modèle et en même temps ils accordent de la place aux phénomènes linéaires (entrée-processus-résultat) qui, par définition, imprègnent les opérations des urgences.

Deuxièmement, le fait que pour la première fois, des indicateurs impliquant plusieurs dimensions de la performance organisationnelle des salles d'urgence ont été développés dans le but de mesurer ces différentes dimensions fait que ce modèle demeure rélevant (Fennel, 1988). Une partie considérable de l'étude de Georgeopoulos et Cooke consiste en le développement et la validation des indicateurs ainsi que celle de leurs instruments de collecte à l'appui des questionnaires, des interviews et de la révision des dossiers des patients. On retrouve encore un nombre significatif de ces indicateurs dans la littérature récente sur la performance (Welch et coll., 2006; Welch et coll., 2011) et sur l'engorgement des urgences (Solberg et coll., 2003).

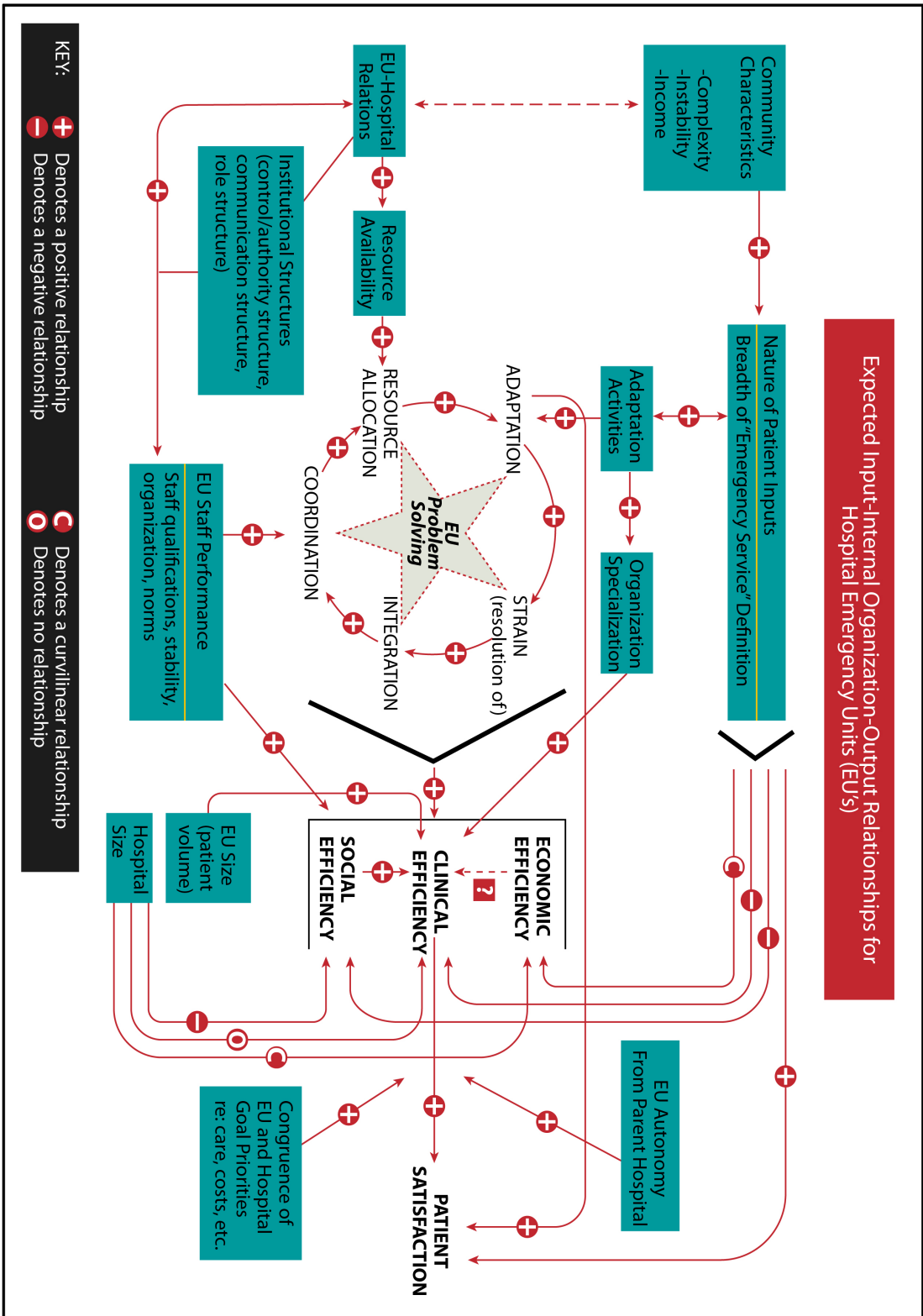


Figure 4.1 Les relations organisationnelles des salles d'urgence. (Source : Adapté de Georgeopoulos et Cooke, 1980)

La performance de l'urgence dans une optique Donabedienne

Le travail de Georgeopoulos et Cooke tient compte de la complexité inhérente aux services d'urgences. Il est pourtant surprenant de constater qu'au cours de la décennie suivant cette publication, la plupart des publications concernant la performance aux urgences partaient d'une conception clairement Donabedienne, qui présupposait des relations linéaires entre la structure, le processus et les résultats. Un bref aperçu de ces études est développé ci-après.

Dans les années 1990, deux groupes de recherche ont investigué l'association entre l'introduction d'un programme de résidence en médecine d'urgences (la structure) et certains aspects de la performance à l'urgence. Steele et coll. (1996) associent l'existence d'un tel programme à une meilleure qualification des professionnels (amélioration dans la structure), tandis que McNamara et Kelley (1992) ont établi la relation entre le programme de spécialisation et une meilleure qualité clinique (amélioration des processus) mesurée indirectement par la qualité de la documentation dans les dossiers des patients.

Plusieurs autres études approfondissent sur l'association des processus avec la performance. Avec l'objectif de diminuer le temps de séjour (*throughput*) dans une urgence, Shea et Senteno (1994) ont identifié 14 processus susceptibles d'être améliorés. Avec les modifications suggérées, ils ont réussi à diminuer le temps de *throughput*, et en conséquence, le temps de séjour. Drake (1998) présente un travail similaire dans lequel des modifications dans certains processus sont associées à l'amélioration de la qualité clinique mesurée par le temps porte-thrombolyse des patients avec l'infarctus du myocarde. Un autre exemple d'intervention dans un processus pour améliorer la performance est celui d'Espinosa et coll. (1997). Ces auteurs ont intervenu sur le temps de réponse des rayons x à l'urgence. Ils ont ainsi réussi à diminuer le temps de séjour et le temps d'attente dans la section « rapide » (*fast track*) d'une urgence.

Chamberlain et Pollack (1998) proposent la mesure de la performance par le moyen d'un indicateur de résultat (acheminement approprié des patients) et concluent que cette approche est utile et applicable dans une majorité des urgences. Pour leur part, Press et coll. (1994a, 1994b) étudient la fréquence des procès pour faute professionnelle (*malpractice*) et associent leur fréquence de façon inverse à un élément de structure : la présence des spécialistes en médecine d'urgence.

En effet, ces études visent toutes à étudier soit la structure (Steele et coll., 1992; McNamara et Kelley, 1992), soit les processus (Shea et Senteno, 1994; Drake, 1998; Espinosa et coll., 1997), ou bien les résultats (Chamberlain et Pollack, 1998; Press et coll., 1994a, 1994b), et ne se préoccupent aucunement du développement d'un encadrement conceptuel théorique permettant d'aborder le problème en prenant compte sa complexité. Or, chacun de ces travaux ne touche qu'à une petite partie du tout qui serait la performance globale d'une urgence.

Les parties prenantes à l'urgence

Faire la distinction entre les différents acteurs à l'interne ainsi qu'à l'externe ayant un intérêt à propos de l'urgence et de sa performance est crucial. Cette importance dérive du fait que le niveau conceptuel dans lequel leur vision de la performance se situe, ainsi que l'ampleur de cette vision, est variable en fonction des acteurs. Par exemple, parce qu'ils ont une perspective macroscopique, les ministères de la Santé s'intéressent à l'urgence pour des fins de gouvernance, d'allocation de ressources et de reddition de comptes. Avec la même perspective macro, le public s'intéresserait à l'imputabilité et à la reddition de comptes. Par contre, avec une perspective micro, l'évaluation de la performance des acteurs au front opérationnel (professionnels, administrateurs, patients) viserait l'amélioration tangible et immédiate de ces opérations.

Une autre importante distinction à faire est celle qui concerne le public potentiellement bénéficiaire des services de l'urgence et les patients proprement dits. Les patients seraient plutôt intéressés par leur expérience pendant l'épisode de soins qu'ils expérimentent, tandis que le public ne connaît pas l'urgence directement, mais utilise des sources externes pour former son opinion.

La reconnaissance de l'existence de cette multitude d'acteurs agissant à l'intérieur et autour de l'urgence, ainsi que l'importance de leur rôle dans la performance des SU, tient lieu considérablement en retard par rapport aux tendances dans la littérature générale sur la performance en santé (par exemple, Quinn et Rohrbaugh, 1983). À ce sujet, le travail de Tregunno et coll. (2004) est une des contributions majeures à la compréhension de l'enjeu de la performance et des parties prenantes aux SU. En partant du travail de Quinn and Rohrbaugh (1983), Tregunno et coll. utilisent le « *competing values framework* » pour « ... articuler les perspectives explicites de performance tenues par diverses parties prenantes à l'urgence... » (p. 774). Cette étude présente un encadrement qui contribue non seulement à expliquer les différents points de vue des parties prenantes par rapport aux quatre principales dimensions de la performance, mais offre aussi des pistes pour explorer et exploiter les points en commun ainsi que pour concilier les divergences entre les acteurs en ce qui concerne l'urgence. Les auteurs concluent que l'évaluation de la performance restreinte à la vision d'un seul groupe d'intérêt résulte en une évaluation de la performance qui est déséquilibrée et peu utile. L'étude d'Edhouse et Wardrope (1996) en est un excellent exemple; nous y reviendrons plus loin dans ce chapitre.

Le public et les médias en tant que parties prenantes

Étant donné que l'urgence occupe une place autant critique que visible dans la communauté, la perception des SU par le public bénéficiaire de ses services

serait d'une certaine façon un reflet de sa performance. Une demande croissante pour l'imputabilité des acteurs gouvernementaux ainsi que l'exigence sociale incontournable de transparence et de reddition de comptes a abouti à une sorte d'évaluation de la performance, prenant le public comme spectateur. Au Québec, par exemple, les quotidiens à grande circulation s'intéressent souvent au sujet des urgences. De cette façon, un « palmarès de l'urgence » est présenté chaque année (Champagne, 2010, 2011) dans le but d'informer le public et d'exercer une forme de pression sur les preneurs de décisions en portant la « performance » de chaque établissement à la connaissance du public. Pour sa part, le ministère semble être réceptif aux situations présentées par les médias. Cependant, la conception de la performance sous-jacente à cette approche est restreinte dans le sens qu'on accorde une importance démesurée à l'engorgement et spécifiquement au temps d'attente pour l'hospitalisation, en même temps qu'on néglige toutes les autres dimensions de la performance. De plus, l'ajustement à la complexité des cas est simpliste et se limite à prendre en compte la proportion de patients âgés. Alors, étant donné que cette façon de noter les urgences ne correspond qu'à quelques sous dimensions de la performance (satisfaction des patients, productivité) plutôt qu'à une vision intégrale de celle-ci, l'utilité de cette approche quant à sa capacité d'appuyer la prise informée de décisions pour la gestion serait plutôt limitée. Son apport principal serait de stimuler le débat et d'impliquer le public et les autorités ministérielles des problèmes des urgences.

L'approche consensuelle

Suivant le discours sur le modèle des constituants stratégiques, vers la fin des années 1990 ainsi qu'au début du XXI^e siècle, le point de vue des chercheurs intéressés par la performance des urgences commença à admettre l'importance des différentes parties prenantes ainsi que de leurs notions et attentes divergentes (Marshall et coll., 2000; Scanlon et coll., 2001) par rapport à la SU. Sur la base de l'opinion de groupes d'experts, plusieurs études visent à

développer des séries d'indicateurs de la performance. Ces études partagent un manque explicite de vision de la performance, mais restent toutes fidèles à la conception Donabedienne de l'évaluation, tel que présenté ci-après.

En 2002, Graff et coll. publient le premier consensus sur la mesure de la qualité clinique à l'urgence. Conçu d'après les travaux de Donabedian (1973), leur travail est basé uniquement sur des mesures de processus et non pas sur des mesures de structure ni de résultat. Les auteurs justifient ce choix, car la mesure de la structure serait plutôt de la compétence des agences d'accréditation, tandis que les mesures de résultat permettraient uniquement d'identifier des résultats insatisfaisants et non pas d'identifier rétrospectivement les causes d'une pauvre performance. Graff et coll. privilégient ainsi les indicateurs de processus de soins et proposent d'opérationnaliser le choix de ces indicateurs selon les critères suivant: niveau de certitude d'un lien entre le processus et un résultat déterminé, opportunité d'amélioration, barrières au changement, abstractabilité, et finalement par leur applicabilité à des grands groupes de patients. Les mesures de processus sont regroupées dans trois des dimensions « classiques » de la performance: atteinte des buts (qualité clinique, efficience financière), processus (qualité clinique) et relations humaines (satisfaction du patient). Cependant, il ne faut pas confondre cette classification qui évoque les dimensions classiques de la performance avec une base conceptuelle authentiquement multidimensionnelle.

La même année, Lindsey et coll. (2002) présentent une étude de type Delphi pour identifier des mesures de performance clinique à l'urgence. Leur panel d'experts a été constitué d'une façon prédominante par des praticiens, qui sont spécifiquement des médecins urgentologues, avec une participation moins importante des infirmières et des cadres administratifs. Ce travail est encore un autre manifestement basé sur la conception de Donabedian de l'évaluation des services de santé. Tel que Graff et coll. l'ont fait, ils privilégient l'évaluation des mesures de processus, mais leur étude est particulière lorsque chaque mesure

de processus est associée à une mesure de résultat pour des maladies spécifiques. Pour conclure leur travail, ces auteurs montrent la faisabilité de mesurer les indicateurs qu'ils proposent à partir des données déjà existantes et qui sont recueillies de façon routinière par les SU.

L'étude Delphi de Beattie et Mackway-Jones (2004) est un autre exemple parmi plusieurs de l'application d'une approche consensuelle. Cette étude présente des mesures de la performance proposées selon des regroupements de patients en catégories cliniques (par exemple, médecine, chirurgie, pédiatrie et blessures mineures). 36 indicateurs ont émergé, desquels une majorité correspond à des mesures de processus. Ce travail est cependant peu généralisable, car les indicateurs proposés sont souvent propres au système de santé du Royaume-Uni. Les auteurs reconnaissent la nécessité de valider les indicateurs proposés et conçoivent avec justesse leur travail comme un point de départ pour une discussion mieux fondée sur la performance des SU.

Finalement, Welch et coll. (2006, 2011) présentent les consensus de deux congrès d'experts qui avait comme but d'arriver à rédiger des définitions qui permettraient de standardiser et d'opérationnaliser des indicateurs pour des fins de mesure et de comparaison de la performance à l'urgence. Les mesures développées par ce groupe sont considérées comme les plus récentes et acceptées par les chercheurs des urgences. Dans leur premier travail (2006), le groupe offre des définitions essentielles pour des termes relatifs aux SU tels que les événements par rapport à une temporalité déterminée (par exemple, heure d'arrivée, heure de contact avec un médecin, etc.), et aussi pour les termes de processus comme le *boarding*. Ensuite, le groupe propose des mesures de performance partant des définitions établies auparavant et les catégorise de la façon suivante :

Mesures de volume

Exemples : nombre de patients, *case mix*, acuité, nombre de rayons x, médicaments par 100 patients, présence d'engorgement.

Mesures temporelles

Exemples :

- pour les patients congédiés : temps porte-médecin, temps médecin-congé
- pour les patients admis à l'hôpital : temps porte-médecin, temps médecin-décision, temps décision-sortie de l'urgence
- pour les patients transférés : temps décision-sortie de l'urgence

Mesures de proportion

Exemples :

- patients qui quittent la SU sans être censés le faire (patients qui quittent sans avoir vu un médecin ou sans avoir complété le traitement, patients qui quittent contre l'opinion du médecin)
- les plaintes
- les heures de détournement des ambulances
- les marqueurs de flux de patients en termes de séjour et de cycle (temps de réponse de la radiologie, temps de réponse du laboratoire). (Il est à noter que les auteurs mettent l'accent sur l'importance d'exprimer le séjour par la médiane et non pas par la moyenne, à cause de la sensibilité de la moyenne aux données extrêmes)

Dans leur deuxième travail (2011) Welch et coll. formulent des précisions sur les définitions initiales ainsi que sur les critères qui permettent une analyse comparative entre des urgences similaires. De plus, ils soulignent l'importance de la standardisation des mesures de la performance et de la poursuite du

développement des méthodes de collecte des mesures temporelles fortement appuyées par les technologies de l'information.

Dans le but de poursuivre la standardisation des définitions, ce travail de mémoire reprend les définitions de Graff et coll. pour les indicateurs de qualité clinique, et ceux de Welch et coll. pour les autres mesures là où c'est pertinent et possible de le faire.

Les synthèses récentes de la performance des urgences

Francis et coll. (2008) ont réalisé une synthèse des travaux sur la performance à l'urgence et suggèrent l'adoption de: 1. L'encadrement de Donabedian pour distinguer des éléments de structure, de processus et de résultats; et 2. L'approche proposée par Graff et coll. (2002) quant au choix des indicateurs et le regroupement en des catégories de maladie, de syndrome diagnostique, de tâches/procédures et d'efficience/efficacité départementale. De plus, ce travail explore le lien entre les compétences des professionnels (structure) et la performance, et revoit aussi la gestion de la performance basée sur la détection des erreurs, sur la satisfaction des patients, ainsi que des approches d'analyse comparative de la qualité (*benchmarking*). Francis et coll. proposent le *benchmarking* non pas uniquement pour la mesure des processus, mais aussi pour des mesures de résultat. En particulier, ils proposent de faire des comparaisons en ce qui concerne la mortalité, ainsi qu'en ce qui concerne la satisfaction des patients (Boudreaux et coll., 2006) et celle des intervenants (Griffey et Bohan, 2006).

Pines et coll. (2010), au nom de la *Society for Academic Emergency Medicine*, visent à orienter la recherche sur la performance des urgences et formulent des recommandations pour la validation et la collecte des mesures de la performance. Leur perspective de la performance est limitée parce qu'elle ne touche qu'à la production (qualité clinique) et à l'atteinte des buts (résultats de

santé, satisfaction des patients). Leurs recommandations ne concernent pas la poursuite d'un encadrement conceptuel intégral de la performance des urgences, mais cherchent plutôt le perfectionnement des mesures proposées dans la littérature jusqu'à présent.

Plus récemment, Holden (2011) a présenté une récapitulation des travaux sur l'utilisation de l'approche « *Lean* » pour l'amélioration de la performance à l'urgence. 18 travaux ont été analysés, publiés de 2006 à 2009, et l'auteur conclut que cette approche semble offrir des résultats positifs là où elle est adoptée. Ces nombreux travaux produits en trois ans témoignent de la popularité croissante de l'approche. Il faut, cependant regarder cette popularité sous une perspective appropriée: La pensée *Lean* (*Lean thinking*) est une « méthode » (ou plutôt une philosophie) d'amélioration continue de la qualité. Même si son application permet de résoudre des problèmes de performance de nature variée, il ne s'agit pas d'un encadrement conceptuel global ou intégral parce qu'il est orienté quasi exclusivement sur la production, sa coordination et son contrôle.

Mise en garde

L'évaluation de la performance peut aboutir à des résultats peu valides si elle n'est pas entreprise d'une façon soignée et logique. Cette prémisse est aussi valide pour la performance des urgences que pour celle d'autres éléments du système de santé. Par exemple, dans leur élégante étude, Edhouse et Wardrope (1996) montrent comment, dans le contexte des services d'urgence du Royaume-Uni, l'utilisation d'instruments de mesure inappropriés peut entraîner une évaluation fautive de la performance des urgences. De leur analyse, il est possible de conclure que les mesures étudiées ont été basées sur une conception unidimensionnelle de la performance et auraient à leur base une divergence de fond entre les parties prenantes et leur conception de la performance. D'autres auteurs (Locker et Mason, 2005, 2006a, 2006b)

présentent des exemples aussi intéressants montrant comment une évaluation unidimensionnelle avec des indicateurs mal conçus peut mener à une appréciation erronée de la performance.

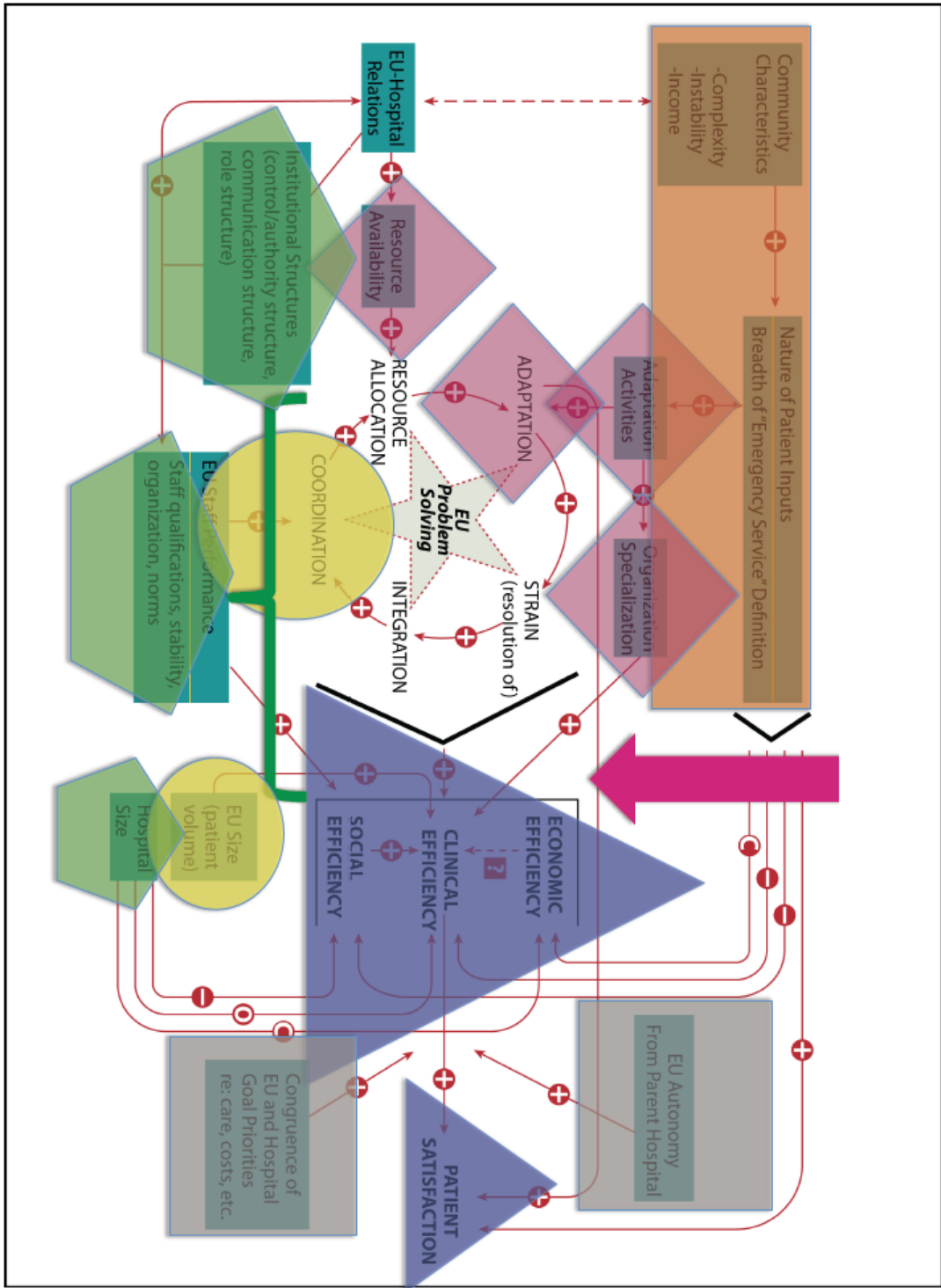
Un exemple prometteur

Une seule étude sur la performance à l'urgence repose sur la base d'un modèle explicitement considéré dans son ensemble. Le département de Goiás, au Brésil, avec la collaboration de chercheurs de l'Université de Montréal, a adopté le modèle EGIPSS pour évaluer la performance de son système d'urgence, ainsi que pour orienter la prise de décisions subséquentes (Contandriopoulos et coll., 2007). L'étude aborde la performance de tout le système d'urgence, et non pas seulement des SU. Conduite en 2007, l'évaluation a permis de connaître la performance du système d'urgence de Goiás dans chacune de ses dimensions et sous-dimensions, avec des indicateurs choisis pour leur validité compte tenu du contexte unique de l'unité évaluée. L'analyse des résultats à l'aide du logiciel EGIPSS offre un portrait complexe et riche de la performance, servant comme un diagnostic de base solide et complet pour les preneurs décisions locaux.

Conclusion

Le travail pionnier de Georgeopoulos et Cooke n'a pas résulté en la poursuite d'un modèle exhaustif de la performance des SU, et la conception Donabedian de la performance des urgences est la norme des 30 dernières années. Au risque de trop simplifier, la figure 4.2 montre qu'il est possible d'identifier dans le modèle de Georgeopoulos des éléments propres aux modèles de Donabedian et d'Asplin, ainsi que les quatre dimensions de la performance et plusieurs des « alignements » qui forment le modèle EGIPSS. De plus, des concepts comme la résolution des conflits, la tension organisationnelle, l'intégration et la spécialisation, propres à d'autres auteurs travaillant sur la performance des organisations, sont aussi présents. L'étude contemporaine de la performance des urgences, enrichie des connaissances développées au cours des trois dernières décennies, pourrait bien bénéficier d'un retour au modèle de Georgeopoulos et de réévaluer son utilité comparée à celle des modèles linéaires qui sont incapables de saisir la complexité de l'urgence.

Fig. 4.2 La superposition des éléments conceptuels de Donabedian, Asplin, et du modèle EGIPSS sur le modèle de Georgeopoulos et Cooke. (Source : Adapté de Georgeopoulos et Cooke 1980, légende dans la page 111)



Atteinte des buts (EGIPSS)



Maintien des valeurs (EGIPSS)



Adaptation (EGIPSS)



Production (EGIPSS)



Structure (Donabedian)



***Input* (Asplin)**



***Throughput* (Asplin, Donabedian)**



***Output* (Asplin, Donabedian)**



Bibliographie

Beattie E, Mackway-Jones K. (2004) A Delphi study to identify performance indicators for emergency medicine. *Emergency Medicine Journal* 21:47-50.

Boudreaux ED, Cruz BL, Baumann BM. (2006) The use of performance improvement methods to enhance emergency department patient satisfaction in the United States: a critical review of the literature and suggestions for future research. *Academic Emergency Medicine* 13:795-802.

Chamberlain JM, Pollack MM. (1998) A method for assessing emergency department performance using patient outcomes. *Academic Emergency Medicine* 5:986-91

Champagne S. (2010) Attente aux urgences: Québec s'éloigne de son objectif. *La presse*, 26 mai. Document disponible à l'adresse web :

<http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201005/26/01-4284119-attente-aux-urgences-quebec-seloigne-de-son-objectif.php>

consulté le 23 avril 2011.

Champagne S. (2011) Palmarès des urgences: une attente incurable. *La presse*, 27 mai. Document disponible à l'adresse web :

<http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/sante/201105/26/01-4403238-palmares-des-urgences-une-attente-incurable.php>

consulté le 23 avril 2011.

Contandriopoulos AP, Nguyen H, Trabut I, Hovelaque IN. (2007) Évaluation de la performance du système d'urgence de l'État de Goiás. GRIS – Université de Montréal.

Donabedian, A. (1973) *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*. Cambridge: Harvard University Press.

Drake, D. (1998) Cardiac Team: An ED Quality Improvement Success Story. *Journal of Emergency Nursing* 24:324–8.

Edhouse JA, Wardrope J. (1996) Do the national performance tables really indicate the performance of accident and emergency departments? *Journal of Accident and Emergency Medicine* 13:123-6.

Espinosa JA, Treiber PM, Kosnik L. (1997) A reengineering success story: process improvement in emergency department x-ray cycle time, leading to breakthrough performance in the ED ambulatory care (Fast Track) process. *Ambulatory Outreach*, Winter:24-7.

Fennell ML. (1988) Organizational Structure, Problem Solving, and Effectiveness: A Comparative Study of Hospital Emergency Services, by Basil S. Georgopoulos. *Contemporary Sociology* 17:483-485.

Francis RC, Spies CD, Kerner T. (2008) Quality management and benchmarking in emergency medicine. *Current Opinion in Anaesthesiology* 21:233-9.

Georgeopoulos BS, Cooke RA. (1980) A Comparative Study of the Organization and Performance of Hospital Emergency Services. Ann Arbor: The University of Michigan.

Graff L, Stevens C, Spaite D, Foody J. (2002) Measuring and improving quality in emergency medicine. *Academic Emergency Medicine* 9:1091-107.

Griffey RT, Bohan JS. (2006) Healthcare provider complaints to the emergency department: a preliminary report on a new quality improvement instrument. *Quality and Safety in Health Care* 15:344-6.

Holden RJ. (2011) Lean Thinking in emergency departments: a critical review. *Annals of Emergency Medicine* 57:265-78.

Lindsay P, Schull M, Bronskill S, Anderson G. (2002) The development of indicators to measure the quality of clinical care in emergency departments following a modified-delphi approach. *Academic Emergency Medicine* 9:1131-9.

Locker TE, Mason SM. (2005) Analysis of the distribution of time that patients spend in emergency departments. *British Medical Journal* 330:1188-9.

Locker TE, Mason SM. (2006a) Are these emergency department performance data real? *Emergency Medicine Journal* 23:558-9.

Locker TE, Mason SM. (2006b) Digit preference bias in the recording of emergency department times. *European Journal of Emergency Medicine* 13:99-101.

McNamara RM, Kelly JJ. (1992) Impact of an emergency medicine residency program on the quality of care in an urban community hospital emergency department. *Annals of Emergency Medicine* 21:528-533.

Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. (2000) The Public Release of Performance Data: What Do We Expect to Gain? A Review of the Evidence. *Journal of the American Medical Association* 283:1866-1874.

Pines JM, Fee C, Fermann GJ, Ferroggiaro AA, Irvin CB, Mazer M, Frank Peacock W, Schuur JD, Weber EJ, Pollack CV; SAEM Guidelines Committee. (2010). The role of the Society for Academic Emergency Medicine in the development of guidelines and performance measures. *Academic Emergency Medicine* 17:e130-40.

Press S, Cantor J, Russell S, Jerez E. (1994a) Full-time attending physician coverage in a pediatric emergency department. Effect on risk management. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 148:578-81.

Press S, Russell SA, Cantor JC, Jerez E. (1994b) Attending physician coverage in a teaching hospital's emergency department: effect on malpractice. *Journal of Emergency Medicine* 12:89-93.

Quinn RE, Rohrbaugh J. (1983) A Spatial Model of Effectiveness Criteria: Towards a Competing Values Approach to Organizational Analysis. *Management Science* 29:363-377.

Scanlon DC, Darby ER, Doty H. (2001) Use of Performance Information for Quality Improvement. *Health Services Research* 36:619-41.

Shea SS, Senteno J. (1994) Emergency department patient throughput: a continuous quality improvement approach to length of stay. *Journal of Emergency Nursing* 20:355-60.

Solberg LI, Asplin BR, Weinick RM, Magid DJ. (2003) Emergency department crowding: consensus development of potential measures. *Annals of Emergency Medicine* 42:824-34.

Steele MT, Lewis LM, Schwab RA, Perez NM, Watson WA. (1996) Emergency medicine credentials in St. Louis and Kansas City: does the presence of an emergency residency program have a geographic difference? *Annals of Emergency Medicine* 28:27-30.

Tregunno D, Ross Baker G, Barnsley J, Murray M. (2004) Competing values of emergency department performance: balancing multiple stakeholder perspectives. *Health Services Research* 39:771-91.

Welch S, Augustine J, Camargo CA Jr., Reese C. (2006) Emergency department performance measures and benchmarking summit. *Academic Emergency Medicine* 13:1074-80.

Welch SJ, Asplin BR, Stone-Griffith S, Davidson SJ, Augustine J, Schuur J. (2011) Emergency Department Operational Metrics, Measures and Definitions: Results of the Second Performance Measures and Benchmarking Summit. *Annals of Emergency Medicine* 58:33-40.

Chapitre 5 :

**L'évaluation de la performance à l'urgence
de
l'Hôpital Général Régional 46**

I. L'architecture de l'évaluation proposée

L'objet de l'évaluation et la conceptualisation de la performance choisie

L'unité objet de l'évaluation proposée est la salle d'urgence de l'Hôpital Général 46, dont quelques particularités ont été présentées au deuxième chapitre de ce mémoire. Cette unité fait partie d'un hôpital d'enseignement de taille considérable, desservant une population de 1,2 million dans le contexte urbain de la métropole de Guadalajara, la deuxième plus grande ville du Mexique (population 4 millions en 2005). Selon la classification proposée par Welch et coll. (2006), la SU du HGR 46 en est une de grand volume et de haute intensité. Ainsi, en vertu de la complexité de ses opérations et du contexte dans lequel il s'inscrit, l'évaluation de la performance de l'urgence au HGR 46 comporte un défi qui ne peut être abordé de façon logique et méthodique sans un encadrement conceptuel pertinent et complet.

En conséquence, la conception de la performance privilégiée pour ce travail est celle inspirée du modèle EGIPSS, qui ressort de la revue de la littérature sur la performance des services de santé comme étant un cadre conceptuel complet, robuste et souple. Selon ce modèle, la performance est conçue comme étant en même temps multidimensionnelle et paradoxale. Ainsi, toutes ses dimensions, même si elles sont en conflit entre elles, doivent être prises en compte pour arriver à une évaluation équilibrée et complète. Basé sur la théorie de l'action sociale de Parsons, le modèle EGIPSS est tout autant solidement fondé, qu'il est exhaustif; n'importe quel indicateur peut être classé selon l'une de ses dimensions (Fottler, 1998). De plus, cet encadrement a déjà été appliqué aux services d'urgence à un niveau provincial au Brésil (Contandriopoulos, 2007), ce qui fait la preuve de la flexibilité du modèle pour s'adapter à n'importe quel contexte ainsi que de son applicabilité à tout niveau d'analyse.

Le but de l'évaluation

Le but de l'évaluation est de mettre à la disposition des preneurs de décisions de l'Hôpital Général Régional 46 un outil d'appréciation de la performance qui servirait comme point de départ à l'amélioration du service d'urgence, offrant des résultats concrets à court terme. Dans cette optique, le public visé est compris par la directrice et les cadres supérieurs de l'HGR, incluant le chef du service d'urgence. Il est très important de noter que vers la fin de la période d'écriture de ce mémoire, des changements ont eu lieu au conseil de direction de l'Hôpital Général Régional 46. Les nouveaux preneurs de décisions semblent privilégier les initiatives d'amélioration offrant des résultats à court, voire à très court terme, et leur disposition pour investir de l'argent et de l'énergie dans la mesure de la performance n'existe que pour ce type de projet. Or, l'évaluation ici proposée se situe à un niveau micro, avec l'amélioration continue des opérations comme but immédiat, dans la logique que les résultats tangibles à court terme rendraient possible l'implantation plus étendue et définitive du modèle d'évaluation. Ceci semble impossible à ce jour, dans la mesure où les cadres supérieurs ne sont pas favorables à ce type d'étude.

La démarche

L'évaluation présentée dans ce chapitre a été développée en collaboration avec le chef du service d'urgence, qui détient un diplôme de maîtrise en gestion des services de santé. Or, le choix des indicateurs et la proposition d'indicateurs « maison » (uniques à la SU HGR 46), est basé autant sur les connaissances de la performance à l'urgence repérées dans la littérature, que sur l'expérience de l'auteur de ce mémoire et du chef de service, dans ce contexte particulier. Le choix des indicateurs uniques à la SU HGR 46 a été influencé par la faisabilité de leur mesure ainsi qu'en tenant compte du potentiel qu'ils offrent pour la recherche clinique et administrative, qu'elle concerne ou non la performance.

Tel que proposé dans le modèle originel d'évaluation, nous suggérons un mélange de mesures existantes et originales pour construire le portrait de la performance de l'urgence du HGR 46. Suivant l'approche utilisée par l'évaluation EGIPSS-Goiás (Contandriopoulos et coll., 2007), nous avons classifié les indicateurs sélectionnés de façon préliminaire en trois phases selon leur disponibilité. Ceci fait, nous n'avons retenu que ceux immédiatement disponibles, ainsi qu'une minorité qui le serait sous un horizon temporel de moins de deux mois. De cette façon, à partir d'une liste originale d'environ 50 indicateurs, nous n'en avons retenu uniquement 24 pour la proposition. Ce choix du nombre et de la proportion d'indicateurs entre les dimensions, obéit au besoin d'effectuer une analyse suffisamment approfondie, succincte, et à la fois équilibrée entre les quatre dimensions. L'équilibre est renforcé lorsqu'on propose un mélange de mesures correspondant aux trois types identifiés par Welch et coll. (2006) : mesures de volume, temporelles et de proportion.

Ce projet d'évaluation de la performance n'est en fait qu'une proposition préliminaire quant au choix des indicateurs, qui devra nécessairement être soumise à une discussion avec les acteurs mexicains concernés. L'intégration des points de vue des acteurs typiquement négligés dans les appréciations de la performance tel que les infirmières et le personnel non soignant, ainsi que d'autres acteurs hospitaliers qui interagissent tous les jours avec l'urgence, sera particulièrement importante dans cet échange.

Trois cadres d'évaluation pour l'urgence HGR 46 : des valeurs différentes à la base

Les tableaux 5.1, 5.2, et 5.3 montrent le nombre d'indicateurs groupés par dimension de la performance selon trois cadres d'évaluation différents pour la SU HGR 46 : l'évaluation effectuée depuis quelques années par le Dr. Yerenas, un format d'évaluation récemment (août 2010) proposé par les autorités provinciales de l'IMSS, et finalement l'évaluation proposée dans ce mémoire.

Adaptation	Production
1	14
Atteinte des buts	Maintien des valeurs
4	1

Tableau 5.1. Balance actuelle de la mesure de la performance au HGR 46 par le chef de service (nombre total d'indicateurs = 20).

Adaptation	Production
1	12
Atteinte des buts	Maintien des valeurs
1	0

Tableau 5.2. Balance proposée par les nouvelles autorités provinciales (nombre total d'indicateurs = 14).

Adaptation	Production
6	6
Atteinte des buts	Maintien des valeurs
6	6

Tableau 5.3. Balance proposée dans ce mémoire (nombre total d'indicateurs = 24).



La comparaison entre les tableaux est éloquent. Elle permet de comprendre que la proposition avancée dans ce travail est plus complète et bien plus équilibrée que les deux autres formats d'évaluation.

La conception de la performance privilégiée par le chef de service accorde un poids beaucoup plus grand à la production qu'à d'autres dimensions de la performance. Cette vision est peu équilibrée, mais comporte quand même au moins un indicateur pour chaque dimension.

Par contre, l'évaluation proposée par les autorités provinciales ne se base que sur la production pour évaluer la performance des SU. Ces autorités détiennent une vision macroscopique de la performance presque aveugle à trois des quatre dimensions principales de la performance. Ainsi, la qualité clinique elle-même n'est pas prise en compte dans cette vision industrielle: la production l'est tout, et on ne s'intéresse qu'au volume qui est perçu comme un synonyme de performance. Même si les documents de gouvernance comme le Plan national de santé explicitent l'adoption d'une mesure de la performance en termes d'atteinte de buts, dans la pratique, l'évaluation de la performance cible plutôt la mesure de la production. Cela s'explique en partie par le fait que la collecte d'indicateurs de volume se pose certainement moins problématique que pour d'autres dimensions et sous-dimensions de la performance. En conséquence, les systèmes de collecte de données utilisés sur place, au niveau institutionnel, sont biaisés pour favoriser la mesure de la production et, spécifiquement, du volume. Cependant, une explication qui paraît vraisemblable et qui serait bien plus intéressante considérerait que ces trois évaluations sont différentes parce que les valeurs qui les ont inspirées sont différentes. Cela implique plus qu'un biais de sélection d'indicateurs, et désigne une profonde divergence en la conception de la performance par les divers acteurs.

II. L'évaluation proposée pour la salle d'urgence du HGR 46

Les indicateurs proposés sont présentés sous chaque dimension de la performance d'après le modèle EGIPSS dans le tableau 5.4.

	
<p>Volume et nature des soins et des services :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre de visites et distribution par (catégorie de triage) <p>Qualité clinique :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Patients qui quittent sans rencontrer un médecin 3. Taux d'occupation et hébergement (<i>Boarding</i>) 4. Temps de séjour et séjours prolongés 5. Entités cliniques sentinelles <ul style="list-style-type: none"> • Infarctus du myocarde • Pneumonie <p>Qualité non-technique :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Continuité <ul style="list-style-type: none"> • Contre-référence vers la première ligne • Consultations documentées 	<p>Institutionnels (service aux bénéficiaires):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Satisfaction globale de la population <p>Équité :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Triage approprié <p>Impact sur la santé:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mortalité par catégorie de triage 4. Réanimation cardio-pulmonaire <p>Éducation:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Complétude du programme académique en médecine d'urgence 6. Finissants certifiés par le conseil de la spécialité



 <p>ADAPTATION</p>	 <p>MAINTIEN DES VALEURS</p>
<p>Adaptation aux besoins de la population</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proportion d'urgentologues/autres médecins 2. Heures de formation du personnel 3. Substitution du personnel absent : médecins, infirmières <p>Capacité matérielle:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Matériel manquant à la salle de réanimation 5. Disponibilité du tomographe 24/7 <p>Innovation:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Nouvelles interventions 	<p>Sécurité du patient :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Interventions/programme permanent en sécurité <p>Humanisme :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Satisfaction des patients (aspects non-médicaux ou techniques) <p>Climat de travail</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Absentéisme non justifié 4. Satisfaction du personnel <p>Solidarité sociale</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Interventions de travail social 6. Interventions auprès des populations vulnérables

Tableau 5.4 Évaluation proposée pour la SU HGR46

Opérationnalisation de l'évaluation



Mesures du volume et de la nature des soins et des services

Indicateur : Nombre de visites

Définition : Le nombre de visites à l'urgence dans une période temporelle déterminée. La façon la plus répandue pour l'exprimer est le nombre de demandes de soins par année.

Utilité : Le volume sert non seulement à connaître la taille des opérations des SU et leur évolution à fil du temps, mais sert aussi pour le situer parmi d'autres institutions similaires à des fins de comparaison. Puisque le but d'utiliser cet indicateur est de refléter la charge de travail typique du SU pendant une année, aucune distinction n'est faite entre les visites générées par les patients qui retournent plusieurs fois au SU, et ceux générés par de nouveaux patients. Autrement dit, même si une proportion importante des visites est générée par les mêmes patients, chaque demande de soins représente un épisode unique qui requiert des ressources matérielles et humaines distinctes à chaque fois.

Calcul : La somme du nombre de patients demandant des services pour les 12 mois de l'année.

Source des données : Système d'information médico-opérative du IMSS (SIMO)

Références : Welch et coll., 2006, 2011.

Indicateur : Catégorie de triage

Définition : Distribution des patients qui arrivent à l'urgence selon leur gravité.

Utilité : Avec le nombre de visites par année, cet indicateur permet de caractériser le niveau de complexité des opérations de la SU et d'analyser sa nature plus précisément. Welch et coll. proposent l'échelle *Emergency Severity*

Index (Gilboy et coll., 2005) ou l'Échelle canadienne de triage et acuité (Beveridge et coll., 1999) pour la classification des patients selon leur gravité d'état. Cependant, au HGR 46, le triage est systématisé institutionnellement en cinq niveaux (IMSS 2010), correspondant aux cinq niveaux de sévérité considérés par l'Échelle canadienne de triage et de gravité. Ce mémoire assume un parallélisme suffisant entre l'*Emergency Severity Index*, l'Échelle canadienne de triage et acuité, et le triage de l'IMSS permettant de transposer le niveau d'acuité exprimé par les trois instruments.

Méthode de calcul : Nombre de patients placés dans chaque niveau de triage, divisé par le nombre total de patients pour lequel cette détermination est disponible. Exprimé en pourcentages de distribution pour chaque catégorie, plus le pourcentage des patients pour lesquels il n'y a aucune catégorie d'acuité disponible.

Source des données : Nouvelle donnée à collecter.

Référence : (Welch et coll., 2006, 2011)

Mesures de la qualité technique

Indicateur : patients qui quittent la SU sans rencontrer un médecin

Définition : Le nombre de patients ayant complété le processus d'enregistrement et qui n'attendent pas d'être évalués par un médecin.

Utilité : Cet indicateur est proposé comme un marqueur indirect de l'opportunité avec laquelle les soins sont prodigués (ou pas), ainsi que de la qualité du processus général à l'urgence.

Méthode de calcul : Nombre de patients qui quittent la SU sans avoir vu un médecin, divisé par le nombre de patients ayant demandé des services.

Source des données : SIMO

Références : Ding et coll., 2006; Welch et coll., 2006.

Indicateur : Taux d'occupation

Définition : Nombre de patients admis à l'urgence divisé par le nombre de lits disponibles.

Utilité : Cet indicateur est utilisé comme le reflet de l'engorgement d'une urgence. Il garde une bonne corrélation avec des mesures plus complexes comme EDWIN (Bernstein et coll., 2003), mais son calcul se pose beaucoup plus simple (McCarthy et coll., 2008). D'après Welch et coll. (2011) l'indicateur préféré serait celui de «surcapacité» (défini comme le temps passé en surcapacité en 24h). Pour le cas qui nous occupe, cependant, on considère le taux d'occupation comme une mesure plus utile, car elle permet d'apprécier l'intensité de la disproportion entre la demande et les ressources disponibles. Étant donné que l'urgence du HGR 46 passe plus de 90% du temps en surcapacité (Yerenas, 2010), le fait de connaître la magnitude de cette surcharge serait plus utile que de juste savoir qu'on est surchargés la plupart du temps.

Méthode de calcul : La moyenne du calcul du nombre de patients admis au début de chaque quart de travail (07:00, 15:00, 23:00) divisé par le nombre de lits « officiels » (non-improvisés) disponibles.

Source des données : Nouvelle donnée à collecter

Référence : Welch et coll., 2011.

Indicateur : Hébergement (*boarding*)

Définition : La manutention à l'urgence des patients en attente d'être hospitalisés.

Utilité : Tel qu'établi dans les chapitres précédents, l'hébergement des patients à l'urgence constitue le facteur le plus fréquemment associé à l'engorgement d'une urgence. À son tour, ce phénomène constitue une manifestation de non-performance systémique à plusieurs niveaux (urgence, hôpital, système de santé). La littérature sur le sujet établit que ce phénomène devrait être exprimé en nombre d'heures/patient de *boarding* (Solberg et coll., 2003; Bernstein et coll., 2006) et calculé de façon précise en fonction des intervalles clairement

établis et enregistrés. Malheureusement, ce niveau de précision requiert une infrastructure informatique d'une complexité indisponible pour le moment au HGR 46. Donc, la méthode de calcul est adaptée à ce qui est considéré comme étant faisable à présent.

Méthode de calcul: nombre d'heures d'attente dépassant 8 heures, estimé au moment de l'hospitalisation, pour chaque patient en attente d'un lit, calculé sur 24 heures.

Source des données : Nouvelle donnée à collecter.

Référence : Solberg et coll., 2003.

Indicateur : Temps de séjour (médiane)

Définition : Intervalle entre l'arrivée du patient et son départ.

Utilité : Cet indicateur représente un aperçu général de la production et son déroulement à travers le temps. Cet indicateur offre de l'information sur la capacité de l'urgence à effectuer le processus de soins de façon rapide, et à mobiliser des patients à un endroit approprié étant donné leur état de santé et leurs besoins.

Méthode de calcul : La médiane mensuelle de la soustraction du temps de départ (hospitalisation, congé) du temps d'arrivée, effectuée pour tous les patients pour lesquels cette information est disponible.

Source des données : SIMO

Référence : Welch et coll., 2011.

Indicateur : Séjours prolongés

Définition : Nombre de patients qui demeurent à l'urgence plus de huit heures.

Utilité : Cet indicateur sert comme un reflet indirect du *boarding* et, en conséquence, de l'engorgement. De plus, une des priorités établies par les autorités provinciales est la diminution des temps de séjour pour arriver à moins de 20% de séjours prolongés. Donc, la mesure de cet indicateur servirait aussi pour le suivi du degré de réalisation de cet objectif.

Méthode de calcul: Nombre des patients qui partent de l'urgence en y ayant passé plus de huit heures, divisé par le nombre total des patients admis à l'urgence. Calculé sur une base mensuelle.

Source des données : SIMO

Référence : Welch et coll., 2011.

Mesures de la qualité clinique - maladies «sentinelle»

Indicateurs : Infarctus du myocarde et pneumonie

Définition :

Pourcentage de patients ayant reçu un diagnostic d'infarctus du myocarde qui reçoivent les interventions suivantes, pourvu qu'ils n'aient pas des contre-indications documentées au dossier du patient:

- Aspirine dans les premières 24h de leur séjour.
- Fibrinolyse avant 60 minutes de leur arrivée (il n'existe pas de service d'intervention percutanée au HGR 46).

Pourcentage de patients avec un diagnostic de pneumonie qui reçoivent les interventions suivantes, pourvu qu'ils n'aient pas des contre-indications documentées au dossier du patient:

- antibiotique avant 4 heures de leur arrivée.
- une décision appropriée de disposition. La décision est considérée adéquate lorsqu'elle est basée sur une des règles cliniques validées et que la décision est en concordance avec l'instrument de décision utilisé.

Utilité : Certaines maladies « sentinelles » servent comme reflet de la qualité clinique. Le respect des bonnes pratiques et des objectifs internationaux clairement définis est utilisé couramment à des fins d'évaluation de la performance. Le choix des entités cliniques obéit aux caractéristiques casuistiques de l'urgence du HGR 46.

Méthode de calcul : Le nombre de patients avec chaque diagnostic pour lesquels l'intervention en question est offerte, divisé par le nombre total de patients avec ce diagnostic.

Source des données : Nouvelle donnée à collecter.

Référence : Graff et coll., 2002.

Mesures de la qualité non-technique – continuité :

Indicateur : Réponses aux références de la première ligne.

Définition : L'adéquation contre référence (réponse aux références) des patients envoyés de la première ligne.

Utilité : Le lien principal de coordination entre la première ligne et l'urgence du HGR 46 est constitué par les documents de référence et contre référence pour chaque épisode de soins. La contre référence contient de l'information essentielle pour que les intervenants de la première ligne puissent continuer les soins dispensés à l'urgence en se basant sur le diagnostic établi et le traitement initié à la SU. Quand cette documentation est manquante ou insuffisante, la continuité du traitement est en péril.

Méthode de calcul : Le nombre de patients ayant une note de référence de leur omnipraticien pour lesquels une note adéquate de contre référence est fournie à leur congé de l'urgence. La note est considérée adéquate lorsqu'elle remplit les exigences stipulées par la norme correspondante (Norme officielle mexicaine SSA-168, Gouvernement du Mexique, 1998).

Source des données : Nouvelle donnée à collecter

Référence : Indicateur « maison ».

Indicateur : Consultations documentées

Définition : La documentation appropriée de l'intervention des spécialistes externes à l'urgence.

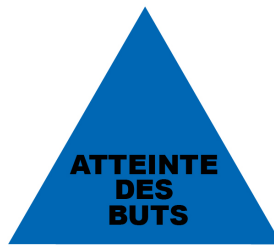
Utilité : Les décisions et les interventions à l'urgence dépendent souvent des acteurs hospitaliers externes à l'urgence. Dans l'ambiance chaotique de

l'urgence, le moyen de communication le plus sûr (et le seul valable du point de vue médico-légal) est la documentation au dossier du patient. Malheureusement, la documentation des interventions des spécialistes offrant des consultations aux patients à l'urgence est souvent incomplète ou même manquante. Ainsi, la coordination avec les acteurs hospitaliers serait un bon reflet de la continuité du travail de l'urgence avec l'hôpital.

Méthode de calcul : Nombre des patients pour lesquels une consultation est demandée ayant un note adéquate selon la Norme officielle mexicaine SSA-168 (Gouvernement du Mexique, 1998).

Source des données : Nouvelle donnée à collecter.

Référence : indicateur « maison ».



Mesures des buts institutionnels

Indicateur : Satisfaction globale de la population

Définition : La satisfaction de la population bénéficiaire à l'égard des services rendus par l'urgence du HGR 46.

Utilité : La satisfaction générale de la population est un reflet du degré d'atteinte des buts non-immédiats de l'organisation envers la société.

Méthode de calcul : Pourcentage de la population satisfaite avec l'urgence du SU HGR 46.

Source de données : Nouvelle donnée à collecter, sondage parmi la population bénéficiaire.

Référence : Champagne et coll., 2005.

Mesures d'équité

Indicateur : Triage approprié.

Définition : La catégorisation adéquate de la gravité d'état des patients qui se présentent à l'urgence du HGR 46.

Utilité : D'après le modèle EGIPSS, l'équité implique la responsabilité de répartir de façon juste (en fonction des besoins) les services de santé entre les individus, les groupes et les régions géographiques. Puisque l'assignation d'une catégorie de triage correspond à un jugement sur les ressources requises pour fournir les services de santé opportuns et pertinents à chaque patient en fonction de ses besoins (Beveridge et coll., 1999; Moskop et Iserson, 2007), le triage approprié est un choix logique pour mesurer l'équité à l'urgence indépendamment de son potentiel comme indicateur de la qualité technique.

Calcul : Pourcentage de triage inapproprié déterminé rétrospectivement à partir des dossiers de patient.

Source des données : Nouvelle donnée à collecter.

Référence : Indicateur « maison ».

Mesures d'impact sur la santé

Indicateur : Mortalité

Définition : Taux de mortalité par catégorie de triage.

Utilité : Le but immédiat le plus important de l'urgence est d'éviter la mort des patients gravement malades ou blessés (et le recouvrement de leur santé). Cet indicateur permet d'apprécier le degré d'accomplissement de cet objectif. La plupart des cadres d'évaluation de la performance des services de santé incluent cet indicateur (Champagne et coll., 2005; Murray et Frenk, 2000; Veillard et coll., 2005). Par contre, parmi les chercheurs étudiant la performance à l'urgence, uniquement Francis et coll. (2008) suggèrent l'utilisation de la mortalité, et en particulier, de la pratique du *benchmarking* de cet indicateur entre organisations.

Méthode de calcul : Nombre de patients décédés à l'urgence divisé par le nombre total de patients admis pour chaque catégorie de triage. Calculé sur une base annuelle et pour chaque 1000 patients.

Source des données : SIMO

Référence : Champagne et coll., 2005

Indicateur : Réanimation cardio-pulmonaire

Définition : Le succès en réanimation cardio-pulmonaire.

Utilité : Servirait pour évaluer le degré d'accomplissement des buts immédiats de l'urgence. Cet indicateur, même grossier, serait vraisemblablement une mesure directe de l'impact du travail de la salle d'urgence sur la santé des individus.

Méthode de calcul : Nombre des patients qui récupèrent la circulation spontanée, divisé par le nombre total de patients qui reçoivent des manœuvres de réanimation cardio-pulmonaire.

Source des données : Nouvelle donnée à calculer, format Utstein (Jacobs et coll. 2004).

Référence : Jacobs et coll., 2004.

Mesures des buts d'enseignement/formation de ressources humaines

Indicateurs :

- Complétude du programme académique des résidents en médecine d'urgence.
- Spécialistes gradués qui reçoivent leur accréditation par le conseil de la spécialité.

Définitions :

- Pourcentage d'achèvement du programme académique des résidents en médecine d'urgence.
- Pourcentage des finissants qui reçoivent l'accréditation du Conseil mexicain de médecine d'urgence (CMMU).

Utilité : Ces indicateurs reflètent la capacité de l'organisation à réaliser ses buts non immédiats de formation de ressources humaines spécialisées par le moyen de l'éducation.

Méthode de calcul :

- Nombre de sessions académiques ayant eu lieu pendant l'année académique, divisé par le nombre de sessions au programme.
- Nombre des finissants qui passent l'examen du CMMU divisé par le nombre total de finissants par cycle académique.

Source des données : Nouvelles données à collecter.

Référence : Indicateur « maison ».



Mesures d'adaptation aux besoins de la population

Indicateur : Proportion d'urgentologues

Définition : La proportion d'urgentologues par rapport à d'autres médecins rendant des services à l'urgence.

Utilité : La présence des spécialistes ayant une formation spécifique en médecine d'urgence est un des développements les plus importants des dernières décennies en matière de services de santé à l'urgence. La complexité de la dynamique sociale et de santé a permis de faire connaître le besoin d'assurer la présence permanente à l'urgence ce type de spécialistes pour permettre de répondre aux besoins des sociétés contemporaines (Schneider et coll., 2010).

Méthode de calcul : Nombre des médecins ayant un titre de spécialiste en médecine d'urgence, divisé par le nombre total de médecins exerçant à la SU HGR 46.

Source des données : Nouvelle donnée à collecter, département des ressources humaines HGR 46.

Référence : Indicateur « maison ».

Indicateur : Formation continue du personnel

Définition : Le temps dédié à la formation continue du personnel.

Utilité : La capacité d'améliorer les compétences et les connaissances des professionnels de l'urgence reflète sa capacité d'acquisition de ressources humaines, d'adaptation aux besoins de la population, et de se maintenir au courant des avancées scientifiques de la pratique clinique.

Méthode de calcul: Le nombre total d'heures de formation des médecins et des infirmières divisé par le nombre total de ces professionnels. Calculée sur une base mensuelle.

Source des données : Nouvelle donnée à collecter.

Référence : Indicateur « maison ».

Indicateur: Substitution du personnel absent

Définition: Le taux de substitution des intervenants qui ne se présentent pas à leur quart de travail, que leur absence soit prévue (par exemple, vacances) ou inattendue (par exemple, maladie).

Utilité: La capacité de maintenir au complet le nombre de personnels requis à l'urgence est importante pour son impact sur l'opération du service. Elle constitue un reflet de la capacité pour attirer et gérer une de ses ressources essentielles que sont les professionnels.

Méthode de calcul: Le nombre de quarts des travailleurs substitués par mois, divisé par le nombre d'absences. Calculé séparément pour les médecins et les infirmières.

Source de données: Département de ressources humaines HGR 46.

Référence : Indicateur « maison ».

Mesures de capacité matérielle

Indicateur : Matériel et médicaments manquants à la salle de réanimation

Définition: Nombre de matériel et médicaments manquants selon le rapport d'incidences envoyé chaque 24 heures au chef de service.

Utilité: Le nombre de matériels manquants dans une unité critique telle que la salle de réanimation serait un traceur de la capacité de l'urgence à acquérir et à assurer la présence du matériel indispensable pour accomplir sa mission. Le matériel nécessaire est composé de nombreux objets, et ils ont été clairement identifiés par les sociétés de médecine d'urgence (ACEP 2007).

Méthode de calcul : Médiane mensuelle du nombre d'articles manquants à la salle de réanimation.

Source des données : Rapport quotidien d'incidences SU HGR 46.

Référence : Indicateur « maison ».

Indicateur : Disponibilité du tomographe 24h/7

Définition: Le fait que le tomographe soit ou non disponible.

Utilité: Étant donné la complexité des besoins de santé des patients de la SU HGR 46, le tomographe devrait être disponible 24h/7. La disponibilité de cette technologie diagnostique permet d'évaluer la capacité de maintenir en fonctionnement permanent une ressource critique pour répondre aux besoins des patients (ACEP 2007).

Méthode de calcul : Pourcentage du temps que le tomographe est disponible, calculé sur une base mensuelle.

Source des données : Rapport quotidien d'incidences SU HGR 46.

Référence : Indicateur « maison ».

Mesures de l'innovation

Indicateur : Nouvelles interventions

Définition : L'implantation continue des façons novatrices de faire.

Utilité : Cet indicateur sert pour connaître dans quelle mesure l'organisation est capable d'innover et de s'adapter aux développements récents dans son domaine d'action, et de se transformer en conséquence.

Méthode de calcul : Nombre des interventions novatrices, qu'elles soient cliniques ou administratives, implémentées de façon expérimentale ou permanente au cours du dernier mois.

Source des données : Nouvelle donnée à collecter.

Référence : Indicateur « maison ».



**MAINTIEN
DES
VALEURS**

Mesures de la sécurité du patient

Indicateur : Interventions de sécurité des patients

Définition : Nombre d'interventions en cours pour la sécurité des patients.

Utilité : La plupart des cadres d'évaluation prennent en compte la sécurité du patient comme une valeur d'importance considérable (Veillard et coll., 2005) et les autorités de l'IMSS et les autorités ministérielles au Mexique s'accordent sur cette vision (Gouvernement du Mexique, 2007). Le nombre d'interventions visant la sécurité des patients tels que la prévention des chutes, la sécurité dans l'administration des médicaments, et l'identification correcte des patients, serait un reflet de la volonté de l'organisation d'agir sur cette situation.

Méthode de calcul : Nombre d'interventions visant la sécurité des patients en cours. Calculé sur une base mensuelle.

Source des données : Nouvelle donnée à collecter.

Référence : Indicateur « maison ».

Mesures d'humanisme

Indicateur : Satisfaction des patients au sujet des aspects non médicaux ou techniques.

Définition : Degré de satisfaction des patients à l'égard de l'expérience humaine à l'urgence.

Utilité : Cet indicateur servirait pour mesurer le degré d'atteinte des buts ultimes de l'urgence en termes de valeurs, spécifiquement en ce qui concerne le but de fournir un service digne, humain et respectueux.

Méthode de calcul : Pourcentage des patients satisfaits de leur traitement (dans le sens humain en non pas dans le sens clinique) à l'urgence, calculé pour les patients admis (internes) et ceux traités de façon ambulatoire.

Source des données : Nouvelle donnée à collecter, sondage parmi les patients.

Référence : Indicateur « maison ».

Mesures du climat organisationnel

Indicateur : Taux d'absentéisme

Définition : Le degré d'absentéisme imprévu.

Utilité : L'absentéisme non prévu serait une manifestation d'insatisfaction à l'égard des dirigeants du HGR 46 et l'indicateur d'un faible compromis envers l'organisation.

Méthode de calcul : Nombre d'absences inattendues divisé par le nombre total de quarts existants, calculé séparément pour les médecins et pour les infirmières sur une base mensuelle.

Source de données : Département des ressources humaines HGR 46.

Référence : Veillard et coll., 2005.

Indicateur : Satisfaction du personnel

Définition : Degré de satisfaction du personnel concernant leurs conditions de travail.

Utilité : Reflète la capacité de la SU de se constituer comme un endroit de travail offrant une possibilité de réalisation des objectifs humains et professionnels de son personnel.

Méthode de calcul : Pourcentage des intervenants qui se disent satisfaits avec la SU HGR 46 comme endroit de travail.

Source des données : Nouvelle donnée à collecter, sondage parmi le personnel de l'urgence.

Référence : Indicateur « maison ».

Mesures de solidarité sociale

Indicateur : Interventions de travail social

Définition : La fréquence d'intervention des professionnels du travail social auprès des patients de l'urgence.

Utilité : Les interventions de travail social représenteraient le degré de compromis et de congruence avec les valeurs sociales inhérentes à l'institution, et qui sont explicites dans son nom (Institut mexicain de la **sécurité sociale**) et dans sa mission.

Méthode de calcul : Le nombre d'interventions de travail social divisé par le nombre total de patients admis à l'urgence.

Source des données : Nouvelle donnée à collecter.

Référence : Indicateur « maison ».

Indicateur : Nombre d'interventions en cours pour les populations vulnérables

Définition : La fréquence d'intervention des professionnels du travail social, spécifiquement auprès des populations vulnérables (aînés, toxicomanes, victimes de violence conjugale, etc.).

Utilité : Les interventions de travail social représentent l'accomplissement des objectifs moraux ultimes de l'institution.

Méthode de calcul : Nombre d'interventions sur une base régulière, pour les populations vulnérables identifiées par la direction de la SU HGR 46.

Source des données : Nouvelle donnée à collecter.

Référence : Indicateur « maison ».

III. Conclusions

La performance des urgences est complexe et non linéaire

Si les relations organisationnelles des urgences étaient simples au point de pouvoir être expliquées par des modèles linéaires comme ceux de Donabedian et d'Asplin, les problèmes des urgences auraient déjà été résolus. Cependant, ces relations de la salle d'urgence, comme celles du système de santé, comportent un degré de complexité et de récursivité qui n'ont rien de linéaire, tel que montré avec élégance par le modèle de Georgeopoulos et Cooke. Malheureusement, les chercheurs intéressés par la performance des urgences semblent avoir ignoré ce modèle et ses avantages, pour privilégier des conceptions linéaires. Ainsi, la logique Donabedienne a été reprise sans tenir compte des limites et des mises en garde que cet auteur a formulé à propos de son propre travail.

Tel qu'établi dans les chapitres précédents, la complexité de l'urgence est telle, qu'on erre en entreprenant l'évaluation de sa performance avec une conception unidimensionnelle ou linéaire, même si cette conception est dérivée d'un modèle aussi accepté et répandu que celui de Donabedian. Ainsi, une telle démarche conduirait à une appréciation incomplète et, à la limite, fautive de la performance des SU. C'est pour cette raison que la proposition avancée dans ce travail dessine un chemin prometteur pour une appréciation juste et globale de la performance de l'urgence. Bien elle se trouve hors de la portée de ce mémoire, la poursuite de la conception d'un modèle logique intégral de l'urgence (et de sa performance) en tant qu'unité organisationnelle semble un sujet de recherche légitime autour duquel un vide considérable persiste après plus d'une trentaine d'années d'études à son propos.

L'engorgement est une manifestation de pauvre performance

Comme nous l'avons établi au cours des chapitres précédents, parallèlement au développement de l'étude de la performance à l'urgence, un grand nombre d'études sur le phénomène de l'engorgement a paru depuis les premiers rapports sur ce sujet en 1991. Si l'on juge par le nombre de publications dans la littérature qui correspondent à la performance et celles qui correspondent à l'engorgement, on peut dire avec justesse que pendant les dernières décennies l'attention des chercheurs a été plutôt centrée sur l'engorgement et non pas sur la performance des salles d'urgence. Alors, d'une certaine façon, les chercheurs poursuivent un symptôme et s'intéressent moins à la maladie qui le provoque. Cela s'explique en partie par la complexité de la notion de la performance à l'urgence, ainsi que par la visibilité du phénomène de l'engorgement, lorsqu'il constitue une des manifestations les plus tangibles de la crise que traversent les systèmes de santé. De plus, l'engorgement et la performance des urgences sont des concepts avec le potentiel d'être confondus entre eux dans la théorie, et de s'amplifier mutuellement sur le terrain. Jusqu'à présent, la différence conceptuelle entre ces deux notions n'est pas bien délimitée. Il n'est pas alors surprenant que les indicateurs et les définitions de l'engorgement soient très proches, même parfois identiques à ceux de la performance aux SU. Cependant, la recherche sur ces thèmes a été développée au cours des années et jusqu'à nos jours de façon parallèle et indépendante. Pourtant, compte tenu des faits ici présentés, l'engorgement est plutôt une manifestation de non performance systémique qu'un phénomène isolé de faillite opérationnelle. En fait, l'engorgement est un excellent exemple de performance inadéquate dans toutes les dimensions de la performance.

Cette « dominance » de l'engorgement comme sujet d'étude n'est pas sans risque. Avec la recherche intense autour d'un symptôme comme l'engorgement, les chercheurs risquent de se retrouver à la fin du chemin avec des mesures ayant une capacité minimale d'orienter la prise des décisions au-delà du court

terme, et les problèmes des urgences continueront. Les chercheurs devraient faire porter leur intérêt sur la performance comme priorité centrale de la recherche administrative sur les urgences, et toute initiative à propos du phénomène de l'engorgement devrait s'inscrire dans un cadre conceptuel qui l'assume comme une manifestation de pauvre performance dans toutes ses dimensions. L'unification des critères de ces deux concepts et la réorientation conséquente des priorités de recherche permettraient non seulement une meilleure compréhension du phénomène immédiat de l'engorgement, mais aussi la formulation de solutions globales et intégrales pour le moyen et le long terme.

L'évaluation de la performance de l'urgence du HGR 46 devrait être entreprise avec la proposition développée dans ce mémoire

Ce travail de mémoire établit des bases théoriques solides pour entreprendre l'évaluation de la performance de la salle d'urgence de l'Hôpital Général Régional 46. De plus, le cadre abrégé d'évaluation ici présenté serait applicable, avec des ajustements aux facteurs locaux, à n'importe quelle salle d'urgence dans le monde. Un cadre aussi succinct et à la fois complet, serait fort utile dans les organisations qui souffrent des limitations d'infrastructure administrative et technologique comparables à celle abordée dans cette analyse.

Il est important de noter qu'à mesure que l'évaluation ici proposée a pris forme, un écart considérable est devenu apparent entre les propositions sur la performance tirées de la littérature, et ce que, d'après l'expérience sur le terrain, il serait faisable de mesurer. Ces contrastes peuvent être interprétés comme étant le résultat d'une multitude de limitations systémiques. Par exemple, une majorité des mesures de volume est obtenue d'une façon peu optimale, approximative, souvent sujette à l'erreur humaine, et parfois carrément illogique. Une explication se trouve dans le manque de familiarité de la plupart des gestionnaires avec les différents consensus sur les mesures de la performance en santé et leurs définitions, ainsi qu'à l'écart entre les indicateurs officiels adoptés par le ministère de santé (Gouvernement du Mexique, 2008) et ceux acceptés dans la littérature internationale sur la performance du système de santé et celle des SU spécifiquement. Une autre explication se trouve dans la transition incomplète et insatisfaisante au dossier patient électronique ainsi que dans l'incompatibilité entre les systèmes d'information clinique et ceux d'information administrative.

Quelque soit l'explication, dans la pratique, il est impossible de calculer, avec précision et suivant les définitions acceptées, une donnée aussi simple que le temps de séjour. Ce type de limite apparaît de façon récurrente dans le

processus de discussion et d'analyse. Alors, pour arriver à respecter la définition consensuelle de certains indicateurs, des changements considérables, particulièrement au niveau des processus administratifs et touchant l'infrastructure informatique, sont requis. Ceci permettrait d'avoir une mesure plus précise de certains indicateurs. En dépit des limites de cet aspect, les définitions et les méthodes de calcul les plus souhaitables ont été adoptées à chaque fois que possible, et le fait que les conditions ne soient pas optimales pour mesurer exactement des indicateurs ne doit pas retarder l'application de l'évaluation proposée dans ce travail.

Ce qui devrait suivre serait l'adoption du modèle par les cadres supérieurs de l'hôpital et l'application pilote du modèle par le chef de service en communication étroite avec les intervenants à l'urgence. Pour ce faire, l'élaboration et la collecte des données par des questionnaires portant sur la satisfaction ainsi que l'actualisation du format de collecte de données sont nécessaires. Si l'application de la méthode proposée pour cette évaluation et la conséquente prise de décisions résulteraient en des succès évidents pour les gestionnaires, le chemin serait ouvert pour explorer l'adoption du modèle EGIPSS en d'autres contextes du HGR 46, et même ailleurs dans le Système de santé mexicain.

Bibliographie

American College of Emergency Physicians. (2007) Emergency Department Planning and Resource Guidelines: a Policy Statement. Dallas: ACEP.

Beveridge R, Clarke B, Janes L, Savage N, Thompson J, Dodd G, et coll. (1999) Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: implementation guidelines. Canadian Journal of Emergency Medicine 1:S2-28.

Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, Epstein S, Handel D, Hwang U, McCarthy M, Bernstein SL, Asplin BR. (2006) Emergency department crowding: old problem, new solutions. Emergency Medicine Clinics of North America 24:821-37.

Bernstein SL, Verghese V, Leung W, Lunney AT, Perez I. (2003) Development and validation of a new index to measure emergency department crowding. Academic Emergency Medicine 10:938-42.

Champagne F, Contandriopoulos AP, Picot-Touché J, Béland F, Nguyen H. (2005). Un cadre d'évaluation de la performance des services de santé: le modèle EGIPSS, rapport technique. GRIS, Université de Montréal.

Contandriopoulos AP, Nguyen H, Trabut I, Hovelaque IN. (2007) Évaluation de la performance du système d'urgence de l'État de Goiás. GRIS – Université de Montréal.

Ding R, McCarthy ML, Li G, Kirsch TD, Jung JJ, Kelen GD. (2006) Patients who leave without being seen: their characteristics and history of emergency department use. Annals of Emergency Medicine 48:686-93.

Fottler M. (1998) Commentary on : A conceptual framework for the analysis of healthcare organisations' performance by Sicotte et coll. 1998. Health Services Management Research 11:43-48.

Francis RC, Spies CD, Kerner T. (2008) Quality management and benchmarking in emergency medicine. Current Opinion in Anaesthesiology 21:233-9.

Gilboy N, Tanabe P, Travers DA, Rosenau AM, Eitel DR. (2005) Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.

Gouvernement du Mexique. (1998) Norma Oficial Mexicana NOM 168-SSA1-1998. Mexico : Secretaría de Salud. Document électronique, disponible à l'adresse web : <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html> consulté le 2 février 2012.

Gouvernement du Mexique. (2007) Plan Nacional de Salud 2007-2012. Mexico: Secretaría de Salud. Document électronique, disponible à l'adresse web: www.portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf consulté le 2 janvier 2010.

Gouvernement du Mexique, Direction Générale d'Evaluation de la Performance, Secretaría de Salud. (2008) Manual de Indicadores para la Evaluación del Desempeño. Document électronique, disponible à l'adresse web : <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dess/descargas/manual-ih.pdf> consulté le 24 mai 2011.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2010) Triage en el IMSS. Document électronique disponible à l'adresse web : http://www.imss.gob.mx/Delegaciones/chihuahua/urgencias/Clasificacion_Triage.htm

Jacobs I, Nadkarni V, Bahr J, Berg RA, Billi JE, Bossaert L, Cassan P, Coovadia A, D'Este K, Finn J, Halperin H, Handley A, Herlitz J, Hickey R, Idris A, Kloeck W, Larkin GL, Mancini ME, Mason P, Mears G, Monsieurs K, Montgomery W, Morley P, Nichol G, Nolan J, Okada K, Perlman J, Shuster M, Steen PA, Sterz F, Tibballs J, Timerman S, Truitt T, Zideman D. (2004) Cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation outcome reports: update and simplification of the Utstein templates for resuscitation registries. *Resuscitation* 63:233-49.

McCarthy ML, Aronsky D, Jones ID, Miner JR, Band RA, Baren JM, Desmond JS, Baumlín KM, Ding R, Shesser R. (2008) The emergency department occupancy rate: a simple measure of emergency department crowding? *Annals of Emergency Medicine* 51:15-24.

Murray CJL, Frenk J. (2000) A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization* 78:717-31.

Schneider SM, Gardner AF, Weiss LD, Wood JP, Ybarra M, Beck DM, Stauffer AR, Wilkerson D, Brabson T, Jennings A, Mitchell M, McGrath RB, Christopher TA, King B, Muelleman RL, Wagner MJ, Char DM, McGee DL, Pilgrim RL, Moskovitz JB, Zinkel AR, Byers M, Briggs WT, Hobgood CD, Kupas DF, Kruger J, Stratford CJ, Jouriles N. (2010) The future of emergency medicine. *Academic Emergency Medicine* 17:998-1003.

Sicotte C, Champagne F, Contandriopoulos AP, Barnsley J, Béland F, Leggat SG, Denis JL, Bilodeau H, Langley A, Brémond M, Baker GR. (1998) A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health Services Management Research* 11:24-48.

Solberg LI, Asplin BR, Weinick RM, Magid DJ. (2003) Emergency department crowding: consensus development of potential measures. *Annals of Emergency Medicine* 42:824-34.

Veillard J, Champagne F, Klazina N, Kazandjian V, Arah OA, Guisset AL. (2005) A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *International Journal for Quality in Health Care* 17: 487-496.

Welch S, Augustine J, Camargo CA Jr., Reese C. (2006) Emergency department performance measures and benchmarking summit. *Academic Emergency Medicine* 13:1074-80.

Welch SJ, Asplin BR, Stone-Griffith S, Davidson SJ, Augustine J, Schuur J. (2011) Emergency Department Operational Metrics, Measures and Definitions: Results of the Second Performance Measures and Benchmarking Summit. *Annals of Emergency Medicine* 58:33-40.

Yerenas, S. (2010) Données internes performance HGR 46, information non publiée.