Canadian Oncology Nursing Journal

Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie

Volume 26, Issue 3 • Summer 2016
ISSN: 1181-912X (print), 2368-8076 (online)

Canadian Association of Nurses in Oncology
Association canadienne des infirmières en oncologie

Délais dans l'octroi des congés en neuro-oncologie : utilisation d'une approche inspirée des méthodes Lean Six Sigma pour en déterminer les causes internes

par Karen Rezk et Catherine-Anne Miller

RÉSUMÉ

La procédure de planification des congés a des répercussions sur les patients et leur famille, les fournisseurs de soins de santé et les organisations en général. Les délais dans l'octroi des congés peuvent amoindrir les résultats obtenus pour les patients, accroître la consommation des ressources et perturber de façon générale le roulement des patients dans le service. Un projet d'amélioration de la qualité faisant appel à une approche Lean Six Sigma a été mené pour déterminer les causes internes des délais, dans un service de neurochirurgie, dans l'octroi du congé aux patients ayant récemment reçu un diagnostic de gliome de haut grade (GHG). Ces causes tournaient autour du thème de la communication, les principaux sous-thèmes relevés étant les réunions d'étude de cas multidisciplinaires, les disparités dans les messages livrés aux patients et à leur famille, ainsi que les divergences d'opinions entre les membres de l'équipe, qui compromettent la clarté des plans. Les conclusions de ce projet pourraient aider à faire la promotion d'une communication plus efficace qui permettra un octroi de congé rapide et sûr aux patients soignés en neuro-oncologie.

INTRODUCTION

Atteindre un roulement efficace des patients dans le système de santé constitue un objectif important pour les services d'hospitalisation accueillant les patients dotés de besoins complexes. L'adoption d'un processus efficace de gestion des congés est vitale pour assurer aux patients un cheminement sûr et rapide dans le système de santé et réduire par le fait même la durée de leur séjour à l'hôpital. Pour bien planifier le congé des patients, il faut procéder à une évaluation approfondie de leurs besoins actuels et prévoir leurs besoins continus et futurs (Holland, Knafl et Bowles, 2013), en plus de favoriser une transition harmonieuse des patients d'un milieu de soins à l'autre (Holland et Harris, 2007). Depuis l'admission jusqu'au congé, les approches multidisciplinaires des soins sont essentielles pour permettre et optimiser des congés rapides et sûrs (Pethybridge, 2004). Les obstacles dans le

processus de planification des congés peuvent entraîner des délais dans leur octroi, ce qui se produit lorsque la date réelle d'obtention du congé dépasse pour des raisons non médicales la date qui avait été prévue (Ou et al., 2009). Des répercussions négatives peuvent alors se faire sentir sur les patients et leur famille, ainsi que sur les ressources du système de santé.

Le projet d'amélioration de la qualité (AQ) décrit ici porte sur la planification des congés pour les patients atteints d'un gliome de haut grade (GHG) hospitalisés dans un service spécialisé de neurochirurgie. En 2011, le cancer du cerveau aurait causé au Canada environ 1 800 décès, et on estime à 2 700 le nombre de nouveaux cas qui se seraient déclarés cette même année (Société canadienne du cancer, 2011). Les GHG sont des tumeurs agressives qui demandent souvent des plans de traitement complexes (Louis et al., 2007) pouvant faire appel à la chirurgie, à la radiothérapie, à la chimiothérapie ou à une combinaison de ces traitements (Fondation canadienne des tumeurs cérébrales, 2015). Le diagnostic de GHG affecte l'espérance de vie des patients. Pour les gliomes de grade IV, le pronostic médian est de 14,6 mois (Krex et al., 2007; Stupp et al. 2005). Le déclin du fonctionnement physique et cognitif qui accompagne la progression de la maladie (Halkett, Lobb, Oldham et Nowak, 2010) oblige souvent à prendre des décisions complexes et difficiles, particulièrement dans la planification des congés, et peut entraîner des délais à cet égard. Le présent projet d'AQ a eu pour but de mettre en application les trois premières étapes de l'approche Lean Six Sigma pour identifier les causes pouvant expliquer les délais d'obtention de leur congé chez les patients ayant été hospitalisés dans un service de neurochirurgie après avoir récemment reçu un diagnostic de GHG.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

On ne recense que peu d'écrits sur les causes exactes des délais dans l'octroi des congés en neuro-oncologie. En général, on rapporte que ces causes ont de multiples facettes et qu'il faut tenir compte des facteurs propres aux patients et à leur famille, des facteurs cliniques et organisationnels, ainsi que des facteurs survenant après le congé (Greenwald, Denham et Jack, 2007). Les entraves les plus importantes au processus de planification des congés dans les services de soins actifs se situent au niveau fonctionnel, par exemple lorsque la communication entre les membres de l'équipe multidisciplinaire est inadéquate ou insuffisante (Watts, Gardner et Pierson, 2005). Les études ont montré qu'une communication inefficace entre les différents professionnels de la santé nuit à la rapidité de

AU SUJET DES AUTEURES

Karen Rezk, B.Sc.inf., M.Sc.(A), Infirmière clinicienne. karen.rezk@mail.mcgill.ca

Catherine-Anne Miller, B.Sc.inf., M.Sc.S., Infirmière clinicienne spécialisée, Centre de santé de l'Université McGill – Programme de recherche sur les tumeurs cérébrales, Institut et hôpital neurologiques de Montréal.

catherine-anne.miller@muhc.mcgill.ca

DOI: 10.5737/23688076263221227

l'octroi des congés; les lacunes résulteraient d'opinions divergentes, de l'ambiguïté des rôles et des conflits de priorités (Atwal, 2002; Connolly et al., 2010).

Une communication déficiente entre les membres de l'équipe multidisciplinaire peut aussi mener à des disparités dans les échanges avec les patients et leur famille concernant les soins et les traitements. Une étude examinant le vécu des patients hospitalisés en chirurgie a révélé que ces derniers recevaient souvent des conseils divergents des membres de l'équipe multidisciplinaire (McMurray, Johnson, Wallis, Patterson et Griffiths, 2007). Or, la cohérence de la communication des professionnels de la santé avec les patients et leur famille est primordiale dans les cas de tumeurs cérébrales vu la complexité de la trajectoire de soins et la nécessité que la planification des congés soit détaillée.

Une communication efficace et un dialogue ouvert sont essentiels pour réduire autant que possible les délais. Une étude exploratoire portant sur les facteurs facilitant ou entravant le processus de planification des congés aux soins intensifs a conclu que l'efficacité de la communication multidisciplinaire constituait le facteur le plus important pour renforcer ce processus de planification (Watts et al., 2005). Dans le même ordre d'idée, une étude examinant la prise de décisions relatives à la planification des congés a révélé que, pour les équipes chargées de la réadaptation des patients hospitalisés, le travail d'équipe, le leadership et la communication constituaient les éléments fondamentaux permettant d'assurer des résultats de santé positifs et la clarté des plans de congés (Pethybridge, 2004). En outre, les réunions d'étude de cas multidisciplinaires sont une pratique essentielle pour faciliter la communication interprofessionnelle et assurer un congé rapide aux patients tout en réduisant les délais inutiles. Les études analysant les approches multidisciplinaires de la planification des congés dans les services des soins actifs suggèrent que les réunions d'étude de cas multidisciplinaires quotidiennes écourtent la durée des séjours, réduisent les délais et améliorent la communication multidisciplinaire (Cowan et al., 2006; Mudge, Laracy, Richter et Denaro, 2006; Sen et al., 2009).

Nous n'avons pas trouvé d'autres projets d'AQ visant précisément à identifier les causes de délais dans l'octroi des congés aux patients atteints de GHG. Par conséquent, nous avons entrepris un projet d'AQ dans le service de neurochirurgie d'un hôpital neurologique de soins tertiaires afin de mieux comprendre les causes premières de ce type de délais. Le projet a été mis en œuvre dans l'espoir de fournir un tremplin aux futures interventions visant à réduire les délais dans ce domaine tout en garantissant aux patients une transition sûre et rapide de l'hôpital vers les milieux de soins communautaires.

MÉTHODOLOGIE

Le projet décrit ici s'est fondé sur les trois premières étapes de la méthode DMAIC de Lean Six Sigma, (« Define, Measure, Analyze, Improve, Control », soit « définir, mesurer, analyser, améliorer et contrôler »). Cette méthode constitue une approche de résolution de problèmes alliant outils qualitatifs et quantitatifs pour améliorer les processus en place (Arthur, 2011; Snee,

2010). Ces outils aident à définir la portée et les objectifs du projet (définir), à exposer les grandes lignes des problèmes potentiels gênant les processus en place (mesurer), puis à identifier et à analyser les causes profondes des délais d'octroi des congés (analyser) (Arthur, 2011). La méthodologie DMAIC de Lean Six Sigma a été employée avec succès dans de nombreux milieux hospitaliers de soins actifs et a permis de réduire la durée des séjours à l'hôpital pour près de la moitié des patients admis en traumatologie (Niemeijer, Trip, Ahaus, Does et Wendt, 2010) et de couper de trois jours la durée du séjour des patients ayant reçu une transplantation du foie (Toledo et al., 2013).

L'équipe multidisciplinaire participant aux soins des patients atteints de tumeur cérébrale comprenait des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux et des professionnels de la réadaptation, tous recrutés dans un hôpital de neurochirurgie du Québec, au Canada. En plus de recevoir les commentaires de l'équipe, les auteurs ont défini l'objectif du projet : analyser la procédure de planification des congés octroyés aux patients qui allaient être transférés vers des milieux de soins communautaires après avoir récemment reçu un diagnostic de GHG et été hospitalisés dans un service de neurochirurgie. Nous avons décidé de ne pas inclure dans l'étude les personnes qui avaient été réadmisses dans le service ni celles ayant tardé à obtenir congé en raison de facteurs externes (p. ex., manque de lits dans les centres de réadaptation) ou médicaux (comme une infection nosocomiale). En plus d'en délimiter les objectifs du projet et d'énoncer les facteurs d'inclusion et d'exclusion, les responsables du projet ont trouvé et contacté les membres d'une équipe multidisciplinaire regroupant des professionnels de la réadaptation, des soins infirmiers, de la médecine et du travail social pour soutenir le projet et en faire la promotion. Obtenir l'adhésion des membres de l'équipe est vital au succès de toute initiative d'AQ, car elle contribue à donner son élan au projet tout en encourageant la participation continue et la mise en œuvre des interventions d'AQ (Comm et Mathaisel, 2000).

L'auteure principale a mené sept entrevues semi-structurées auprès de membres clés de l'équipe chargée des soins et de la planification du congé des patients atteints de GHG. Les questions posées étaient à réponse ouverte afin de susciter une discussion de fond (Turner III, 2010) et d'arriver à comprendre les processus actuels de planification des congés, ainsi que le rôle joué respectivement par chacun des professionnels. Les entrevues duraient en moyenne 45 minutes; les réponses étaient notées à la main par le chef de projet et transcrites par la suite. Une analyse qualitative a été utilisée pour explorer les perceptions et révéler des indices concernant les lacunes du processus de planification des congés (Bradley, Curry et Devers, 2007), puis les causes proposées par les membres de l'équipe pour expliquer les délais dans la planification des congés ont été regroupées en grands thèmes.

À partir des commentaires formulés par les membres de l'équipe, les auteurs ont créé un organigramme (voir l'annexe A pour une version condensée) pour illustrer le cheminement des patients de l'admission au congé, tant aux étapes préopératoire et intraopératoire que postopératoire de la trajectoire de soins. Les délais étaient mis en lumière à l'aide des

symboles usuels de la méthode Lean Six Sigma pour indiquer les points de départ et d'arrivée, les documents utilisés, les décisions possibles et les différents processus. L'organigramme a été présenté à plusieurs occasions à des membres ayant participé aux entrevues, puis révisé en fonction de leurs commentaires. Les organigrammes présentent plusieurs avantages; ils permettent notamment de définir les processus organisationnels, de bonifier la communication interdisciplinaire, d'identifier les processus nécessitant des améliorations, de déterminer les causes premières des problèmes et de fournir une représentation visuelle des processus en place (Henriksen et al., 2005; Savory et Olson, 2001).

Au cours de la dernière étape, les 11 membres de l'équipe multidisciplinaire se sont réunis dans une discussion animée par les co-auteurs pour analyser les causes premières à l'origine des délais. Pendant la réunion, l'organigramme final a été présenté à l'équipe et, en faisant appel à la méthodologie des « 5 pourquoi », le groupe a tenté de comprendre la nature, la raison et la cause des engorgements qui se produisaient dans la procédure de planification des congés (Rooney et Heuvel, 2004). Cette méthode a pour but de déterminer les causes premières des lacunes dans les procédures en place plutôt que de mettre l'accent sur les symptômes (Arthur, 2011).

L'équipe en entier s'entendait pour dire que l'analyse des causes premières devait répondre à la question suivante : *Pourquoi y a-t-il, à l'heure actuelle, des délais dans la prise de décisions pour l'octroi des congés aux patients atteints de GHG?* On a demandé aux membres de l'équipe d'inscrire leurs réponses aux questions sur des Post-it pour en préserver la confidentialité (Birjandi et Bragg, 2009). Les réponses données ont ensuite été regroupées en facteurs de causalité et une sixième question de type « pourquoi » a été posée pour vérifier la validité de la cause première identifiée. S'est ensuivie une discussion ouverte pour que l'équipe se mette d'accord sur les causes possibles des délais dans l'octroi des congés aux patients atteints de GHG.

Considérations d'ordre éthique

Le projet d'AQ a été mené dans le respect de tous les principes éthiques ayant cours dans l'organisation concernée.

RÉSULTATS

Le projet d'AQ faisait appel aux trois premières étapes de l'approche DMAIC de la méthode Lean Six Sigma. Il en est ressorti des entrevues qualitatives, un organigramme et une analyse des causes premières expliquant les délais.

Entrevues qualitatives

Deux thèmes communs ont émergé des entrevues menées séparément auprès des 11 membres de l'équipe multidisciplinaire : les lacunes dans la communication entre les membres de l'équipe multidisciplinaire et les problèmes entourant les réunions d'étude de cas multidisciplinaires.

Lacunes dans la communication entre les membres de l'équipe multidisciplinaire. Toutes les personnes interrogées ont mentionné des lacunes dans la communication entre les membres de l'équipe multidisciplinaire, qu'elles citaient comme l'une des principales causes des délais dans la planification des congés.

Les plans auraient souvent été élaborés en silo, avec une communication minimale entre les différents membres de l'équipe participant à la planification du congé des patients. Les écueils survenaient principalement entre l'équipe de réadaptation et les équipes médicales. Ces lacunes ont souvent rallongé le séjour du patient dans le service, jusqu'à ce que l'équipe s'entende sur le lieu de transfert du patient après son congé et sur son admissibilité possible à un séjour dans un établissement de réadaptation, de soins de longue durée ou de soins palliatifs. Parfois, l'équipe a eu du mal à s'entendre sur les résultats ou objectifs qu'on pouvait réalistement fixer pour un patient et, selon les critères établis, sur son admissibilité à un centre de réadaptation ou à un établissement de soins de longue durée. Les opinions étaient partagées au sujet de la personne la mieux placée pour prédire l'évolution de l'état de santé des patients et certains entretenaient de fausses idées sur le rôle de l'équipe de réadaptation. Par exemple, certains croyaient fausement que l'équipe de réadaptation se consacrait seulement aux patients atteints de tumeur cérébrale.

Une autre lacune en matière de communication concernait les messages divergents que les patients et leur famille recevaient de la part de différents membres de l'équipe multidisciplinaire ou à différents moments de la trajectoire de soins. Aux dires des membres de l'équipe passés en entrevue, il était fréquent qu'on donne aux membres de la famille de l'espoir ou de l'information concernant les plans de congé qui ne débouchait sur rien. Cette situation finissait par miner chez les patients et leur famille la confiance envers les différents membres de l'équipe. Des délais pouvaient en découler, car l'information contradictoire reçue créait de la confusion, nuisant à l'acceptation par la famille des plans proposés pour le congé.

Problèmes entourant les réunions d'étude de cas multidisciplinaires.

La majorité des membres de l'équipe étaient convaincus qu'il était important d'être présent aux réunions d'étude de cas multidisciplinaires. L'absence des spécialistes à ces réunions compliquait, à leur avis, la communication et nuisait à l'efficacité des plans proposés pour le congé. Des membres de l'équipe ont mentionné qu'ils discutaient des plans pendant les réunions d'étude de cas multidisciplinaires et que l'information était ensuite relayée aux neurochirurgiens par l'infirmière clinicienne spécialisée, les infirmières cliniciennes ou le travailleur social. Les conversations directes entre le personnel médical et les professionnels de la réadaptation étaient rares et les subtilités de leur évaluation se perdaient souvent dans le relais de l'information par une tierce personne.

Certains membres de l'équipe se sont également dits préoccupés par la fréquence des réunions d'étude de cas étant donné la gravité élevée et l'imprévisibilité de l'évolution de l'état des patients. Selon quelques membres de l'équipe, il s'écoulait présentement trop de temps entre les journées de chirurgie et les réunions d'étude de cas multidisciplinaires pour que des discussions collaboratives au sujet des plans de congé pour les patients puissent avoir lieu. Il a été suggéré qu'une augmentation de la fréquence des réunions d'étude de cas pourrait écourter les délais en favorisant la collaboration et en facilitant l'octroi sûr et rapide du congé.

Organigramme

La plupart des engorgements indiqués dans l'organigramme concernaient le processus de prise de décisions entourant la destination du patient à sa sortie de l'hôpital. Dans le cas qui nous occupe, certains délais étaient causés par l'attente de précisions relatives au traitement ou de résultats d'analyses pathologiques, par les formulaires à remplir, et par des disparités entre les membres de l'équipe concernant le processus de prise de décisions.

Analyse des causes premières

La réunion d'analyse des causes a permis à l'équipe de s'entendre sur les deux principaux facteurs à l'origine des délais dans l'octroi des congés, c'est-à-dire la communication et les réunions d'étude de cas multidisciplinaires. La première cause semblait découler d'un manque de clarté et de malentendus quant aux rôles joués par les différents membres de l'équipe et aux formulaires et documents variés utilisés tout au long du processus de planification des congés. Certains membres de l'équipe ne connaissaient pas vraiment le rôle de leurs collègues ainsi que leurs responsabilités dans le processus de planification des congés. En deuxième lieu, les membres de l'équipe ont fait remarquer la nécessité d'accroître la fréquence des réunions d'étude de cas et d'assurer la présence des spécialistes pour discuter en personne des plans de congé des patients.

Enfin, il est à noter que, pour de nombreux membres de l'équipe, la réunion d'analyse des causes premières a été la première réunion multidisciplinaire axée sur des initiatives d'amélioration de la qualité à laquelle ils assistaient. Ils ont vu l'importance de cet exercice et ont souhaité continuer à dédier certaines réunions à l'amélioration de la qualité des soins prodigués aux patients.

DISCUSSION

L'objectif du projet d'AQ était de mettre en application les trois premières étapes de l'approche DMAIC de la méthode Lean Six Sigma pour tenter de cibler ce qui pouvait causer des délais dans l'octroi des congés aux patients hospitalisés dans un service de neurochirurgie après avoir récemment reçu un diagnostic de GHG. Le présent article rapporte trois facteurs possibles pour expliquer ces délais : les malentendus quant au rôle joué par les différents professionnels de la santé dans l'équipe et dans la planification des congés; la nécessité d'accroître la fréquence des réunions d'étude de cas multidisciplinaires et d'insister pour que tous les membres y participent; l'importance de l'approche multidisciplinaire dans la réalisation des initiatives d'amélioration de la qualité (AQ).

D'après les professionnels ayant participé à notre projet, la confusion qui entoure le rôle de chaque membre et la mauvaise compréhension des champs d'expertise des autres professionnels constituent des embûches à la communication, particulièrement dans le processus de planification des congés. Atwal (2002) avait tiré les mêmes conclusions et suggéré que cette ambiguïté représentait l'un des principaux obstacles découlant de la mauvaise compréhension du rôle des autres membres de l'équipe dans les soins prodigués aux patients. En outre, les recherches ont montré qu'il

faut absolument clarifier les rôles des membres de l'équipe multidisciplinaire pour que les communications concernant les plans de soins des patients demeurent cohérentes et uniformes (Jünger, Pestinger, Elsner, Krumm et Radbruch, 2007; Wong et al., 2011).

Les membres de l'équipe multidisciplinaires ont mentionné que, parfois, ils ne comprenaient pas exactement le rôle des autres professionnels dans le processus de planification des congés et qu'ils ne connaissaient pas parfaitement tous les outils de documentation utilisés pendant les réunions d'étude de cas multidisciplinaires. Il s'agit là d'un élément important, car nous avons constaté que certains membres de l'équipe ignoraient à qui s'adresser pour exprimer certaines préoccupations, et que cela pouvait entraîner des délais dans l'octroi des congés. On peut rapprocher ce constat de la nécessité qui est vue de familiariser les professionnels avec les différentes responsabilités des autres membres de l'équipe multidisciplinaire afin d'améliorer les pratiques de collaboration et de communication (MacDonald et al., 2010; Suter et al., 2009). Cette connaissance pourrait optimiser l'efficacité du travail de l'équipe en suscitant une compréhension commune des ressources disponibles à chaque membre de l'équipe, ainsi que de l'expertise que chacun peut apporter tant concernant les patients et le système en général.

Des réunions d'étude de cas multidisciplinaires plus fréquentes et la présence à ces réunions de tous les membres de l'équipe concernés par les décisions relatives au congé des patients pourraient favoriser cette compréhension. Il a été prouvé que des réunions d'étude de cas fréquentes diminuaient la durée du séjour des patients, amélioraient la communication entre les fournisseurs de soins de santé et assuraient la sûreté et la rapidité de l'octroi des congés (Cowan et al., 2006; Dutton et al., 2003; Sen et al., 2009). L'accroissement de la fréquence des réunions d'étude de cas pour discuter des plans de congés des patients permet de réagir rapidement aux changements qui surviennent dans l'état cognitif et la santé physique des patients, ce qui est impossible lorsque la discussion concernant les détails du plan de congé doit attendre la réunion multidisciplinaire suivante.

De plus, les conclusions d'une étude menée par Dutton et collègues (2003) confirment l'importance de la présence de l'équipe médicale aux réunions d'étude de cas multidisciplinaires. Les auteurs ont noté plusieurs avantages à la participation des traumatologues principaux aux réunions d'étude de cas multidisciplinaires quotidiennes : on éliminait ainsi notamment les retards de communication, puisque l'équipe discutait des soins du patient en personne plutôt que de passer la journée à échanger courriels et appels téléphoniques; l'équipe obtenait directement les commentaires du personnel expérimenté sur la nature spécialisée et souvent complexe des soins à fournir aux patients présentant un trouble aigu; on assistait à un échange d'opinions sur les engorgements du système qui pouvaient être résolus ou mis au jour pendant les réunions d'étude de cas. Tout cela influençait le roulement des patients et réduisait les délais dans l'octroi des congés.

LIMITES

Pendant la réunion d'analyse des causes premières des délais, il n'est pas impossible qu'une dynamique de pouvoir ait pu limiter l'acquisition de données de qualité. Les cultures et les hiérarchies caractérisant les professions du domaine de la santé sont bien documentées dans la littérature et elles sont considérées comme des obstacles potentiels à la communication et à la participation aux initiatives d'AQ (Bartunek, 2011; Hall, 2005; Nembhard et Edmondson, 2006). Bien que, dans le cas présent, tous les membres ayant assisté à la réunion d'analyse des causes ont bien participé à la discussion, certains professionnels hésitaient peut-être à exprimer ouvertement leur opinion en présence des autres. Bien que la collaboration multidisciplinaire ait été essentielle au succès du présent projet d'AQ, il faut demeurer conscient de tout obstacle pouvant entraver les initiatives multidisciplinaires d'AQ dans l'avenir. Nembhard et collègues (2006) ont suggéré que la sécurité psychologique et l'atmosphère d'inclusion créées par les leaders (c'est-à-dire lorsque les chefs encouragent et apprécient la contribution et les commentaires des autres) au sein des équipes multidisciplinaires permettaient de prédire la participation aux projets et initiatives d'AQ. Halbesleben et Rathert (2008) réitérent également l'importance d'encourager la sécurité psychologique au sein des équipes de soins de santé collaborant à des projets d'AQ afin de contrer les ralentissements du rythme de travail. Avant d'élaborer un plan pour entreprendre les étapes d'amélioration (*improve*) et de contrôle (*control*) de l'approche DMAIC, il faudra veiller à ce que les initiatives d'AQ à venir continuent de susciter la participation de tous les membres de l'équipe multidisciplinaire.

IMPLICATIONS POUR LA PRATIQUE

Le projet aura des répercussions tant sur les cliniciens que sur les patients, ainsi que sur l'ensemble de l'organisation. On s'attend à ce que, dans l'avenir, ce projet inspire la mise en place d'une communication multidisciplinaire plus systématique et plus fréquente pour permettre d'établir pour les patients des plans de congés qui soient à la fois cohérents et collaboratifs et qui réduiront les délais au minimum. On s'attend aussi à ce que la méthode DMAIC utilisée se mette à servir modèle dans notre établissement et pourra orienter les prochaines initiatives multidisciplinaires d'AQ visant à améliorer le roulement des patients, les soins prodigués et l'utilisation des ressources. Enfin, l'adhésion des participants au projet pendant toute la durée du processus de discussion et de collecte d'information a été vitale pour le succès du projet et le sera aussi pour tous les futurs projets de ce type. De plus, les membres de l'équipe ayant participé au projet ont reconnu la nécessité et l'importance de tenir des réunions régulières pour discuter des initiatives d'AQ et ainsi améliorer les soins offerts aux patients.

Le projet avait pour objet d'étude précis le service de neurochirurgie d'un hôpital de soins tertiaires du Québec, au Canada. Bien que l'approche DMAIC employée ici soit reproductible, nos conclusions ne sont peut-être pas généralisables à d'autres services ou hôpitaux ayant des pratiques ou

des dynamiques d'équipes différentes. Ensuite, l'accès détaillé aux données quantitatives de la base de données de l'hôpital s'est révélé difficile dans le court laps de temps dont nous disposions. Des données quantitatives sur la durée des séjours auraient pu permettre à notre équipe de dresser un portrait plus exact de la situation actuelle et de son lien avec les délais d'octroi des congés, en plus de fournir des renseignements de base pour évaluer le succès des interventions à venir pour accélérer l'octroi des congés. Enfin, les contraintes de temps ont rendu difficile la tenue de plus d'une réunion d'analyse des causes premières du problème, ce qui aurait pourtant permis d'explorer plus avant ces causes.

Pour faire suite aux conclusions du projet, il serait important de mettre en place des solutions, puis d'en assurer le suivi et d'en évaluer l'efficacité en suivant les deux dernières étapes de l'approche DMAIC. En comparant les délais actuels d'octroi des congés et la durée des séjours avec ces mêmes données après la mise en place des solutions proposées, il serait possible de savoir si les interventions ont bel et bien amélioré le processus de planification des congés. De plus, les projets à venir auraient intérêt à faire participer les patients et leur famille au processus, car ces derniers pourraient apporter une perspective unique et précieuse au processus de prise de décisions (Johnson, Ford et Abraham, 2010; Lavoie-Tremblay et al., 2014), ajoutant ainsi une dimension très utile à l'AQ au sein de l'organisation.

CONCLUSION

L'approche DMAIC a déjà été utilisée avec succès dans des projets antérieurs d'amélioration de la qualité des soins pour déterminer les causes pouvant expliquer les délais dans l'octroi des congés et réduire la durée des séjours à l'hôpital (Niemeijer et al., 2010; Toledo et al., 2013; Riblet et al., 2014). Notre projet a employé cette même approche pour étudier et analyser les causes possibles des délais pour donner leur congé aux patients atteints de GHG qui avaient été traités dans un hôpital de soins tertiaires du Québec, au Canada. L'adhésion des membres de l'équipe a été obtenue, ce qui nous assurait que les résultats obtenus grâce au projet puissent servir à entreprendre les étapes d'amélioration (*improve*) et de contrôle (*control*) de l'approche DMAIC et à mettre en œuvre des solutions qui, souhaitons-le, amélioreront le tout. Nous pensons que le projet contribuera à assurer des soins de qualité tout en améliorant la communication au sein des équipes multidisciplinaires, en facilitant le roulement des patients dans l'ensemble de l'organisation, et en réduisant les coûts.

RÉMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier M. Alain Biron (inf., B.Sc., M.Sc. (inf.), Ph.D.) d'avoir généreusement partagé ses connaissances et son expertise en matière d'amélioration de la qualité, de même que pour son soutien continu tout au long du projet. Nous remercions également l'équipe du Programme de recherche sur les tumeurs cérébrales du Centre de santé de l'Université McGill pour son enthousiasme à épauler notre initiative et sa participation active et assidue à toutes les étapes.

RÉFÉRENCES

- Arthur, J. (2011). *Lean Six Sigma for hospitals: Simple steps to fast, affordable, and flawless Healthcare*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Atwal, A. (2002). A world apart: How occupational therapists, nurses and care managers perceive each other in acute health care. *The British Journal of Occupational Therapy*, 65(10), 446-452.
- Bartunek, J.M. (2011). Intergroup relationships and quality improvement in healthcare. *BMJ Quality & Safety*, 20(Suppl 1), i62-i66.
- Birjandi, A., & Bragg, L.M. (2009). *Discharge planning handbook for healthcare*. New York, NY: Productivity Press.
- Bradley, E.H., Curry, L.A., & Devers, K.J. (2007). Qualitative data analysis for health services research: Developing taxonomy, themes, and theory. *Health Services Research*, 42(4), 1758-1772.
- Comm, C.L., & Mathaisel, D.F. (2000). A paradigm for benchmarking lean initiatives for quality improvement. *Benchmarking: An International Journal*, 7(2), 118-128.
- Connolly, M., Deaton, C., Dodd, M., Grimshaw, J., Hulme, T., Everitt, S., & Tierney, S. (2010). Discharge preparation: Do healthcare professionals differ in their opinions? *Journal of Interprofessional Care*, 24(6), 633-643.
- Cowan, M.J., Shapiro, M., Hays, R.D., Afifi, A., Vazirani, S., Ward, C.R., & Ettner, S.L. (2006). The effect of a multidisciplinary hospitalist/physician and advanced practice nurse collaboration on hospital costs. *Journal of Nursing Administration*, 36(2), 79-85.
- Dutton, R.P., Cooper, C., Jones, A., Leone, S., Kramer, M.E., & Scalea, T.M. (2003). Daily multidisciplinary rounds shorten length of stay for trauma patients. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 55(5), 913-919.
- Fondation canadienne des tumeurs cérébrales. (2015). Brain Tumour Facts. Page Web consultée : <http://www.braintumour.ca/fr-ca/2494/>
- Greenwald, J.L., Denham, C.R., & Jack, B.W. (2007). The hospital discharge: A review of a high risk care transition with highlights of a reengineered discharge process. *Journal of Patient Safety*, 3(2), 97-106.
- Halbesleben, J.R., & Rathert, C. (2008). The role of continuous quality improvement and psychological safety in predicting work-arounds. *Health Care Management Review*, 33(2), 134-144.
- Halkett, G.K., Lobb, E.A., Oldham, L., & Nowak, A.K. (2010). The information and support needs of patients diagnosed with high grade glioma. *Patient Education and Counseling*, 79(1), 112-119.
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional care*, 19(5), 188-196.
- Henriksen, K., Battles, J.B., Marks, E.S., Lewin, D.I., Anthony, D., Chetty, V.K., ... & Jack, B. (2005). Re-engineering the hospital discharge: An example of a multifaceted process evaluation. *Advances in Patient Safety*, 2, 379-394.
- Holland, D.E. & Harris, M.R. (2007). Discharge planning, transitional care, coordination of care, and continuity of care: Clarifying concepts and terms from the hospital perspective. *Home Health Care Services Quarterly*, 26(4), 3-19.
- Holland, D.E., Knafl, G.J., & Bowles, K.H. (2013). Targeting hospitalised patients for early discharge planning intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2696-2703.
- Johnson, B., Ford, D., & Abraham, M. (2010). Collaborating with patients and their families. *Journal of Healthcare Risk Management*, 29(4), 15-21.
- Jünger, S., Pestinger, M., Elsner, F., Krumm, N., & Radbruch, L. (2007). Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. *Palliative Medicine*, 21(4), 347-354.
- Krex, D., Klink, B., Hartmann, C., von Deimling, A., Pietsch, T., Simon, M., ... & Schackert, G. (2007). Long-term survival with glioblastoma multiforme. *Brain*, 130(10), 2596-2606.
- Lavoie-Tremblay, M., O'Connor, P., Harripaul, A., Biron, A., Ritchie, J., MacGibbon, B., & Cyr, G. (2014). CE: The perceptions of health care team members about engaging patients in care redesign. *The American Journal of Nursing*, 114(7), 38-46.
- Louis, D.N., Ohgaki, H., Wiestler, O.D., Cavenee, W.K., Burger, P.C., Jouvet, A., ... & Kleihues, P. (2007). The 2007 WHO classification of tumours of the central nervous system. *Acta Neuropathologica*, 114(2), 97-109.
- MacDonald, M.B., Bally, J.M., Ferguson, L.M., Murray, B.L., Fowler-Kerry, S.E., & Anonson, J.M. (2010). Knowledge of the professional role of others: A key interprofessional competency. *Nurse Education in Practice*, 10(4), 238-242.
- McMurray, A., Johnson, P., Wallis, M., Patterson, E., & Griffiths, S. (2007). General surgical patients' perspectives of the adequacy and appropriateness of discharge planning to facilitate health decision-making at home. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), 1602-1609.
- Mudge, A., Laracy, S., Richter, K., & Denaro, C. (2006). Controlled trial of multidisciplinary care teams for acutely ill medical inpatients: Enhanced multidisciplinary care. *Internal Medicine Journal*, 36(9), 558-563.
- Nembhard, I.M., & Edmondson, A.C. (2006). Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7), 941-966.
- Niemeijer, G.C., Trip, A., Ahaus, K.T., Does, R.J., & Wendt, K.W. (2010). Quality in trauma care: Improving the discharge procedure of patients by means of Lean Six Sigma. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 69(3), 614-619.
- Ou, L., Young, L., Chen, J., Santiano, N., Baramy, L.S., & Hillman, K. (2009). Discharge delay in acute care: Reasons and determinants of delay in general ward patients. *Australian Health Review*, 33(3), 513-521.
- Oxford Libraries. (2016). *Multidisciplinary*. Page Web consultée : <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/multidisciplinary>
- Pethybridge, J. (2004). How team working influences discharge planning from hospital: A study of four multi-disciplinary teams in an acute hospital in England. *Journal of Interprofessional Care*, 18(1), 29-41.
- Riblet, N.B., Schlosser, E.M., Homa, K., Snide, J.A., Jarvis, L.A., Simmons, N.E., ... & Fadul, C.E. (2014). Improving the quality of care for patients diagnosed with glioma during the perioperative period. *Journal of Oncology Practice*, JOP-2014.
- Rooney, J.J., & Heuvel, L.N.V. (2004). Root cause analysis for beginners. *Quality progress*, 37(7), 45-56.
- Savory, P., & Olson, J. (2001). Guidelines for using process mapping to aid improvement efforts. *Hospital Materiel Management Quarterly*, 22(3), 10-16.
- Sen, A., Xiao, Y., Lee, S.A., Hu, P., Dutton, R.P., Haan, J., ... & Scalea, T. (2009). Daily multidisciplinary discharge rounds in a trauma center: A little time, well spent. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 66(3), 880-887.
- Snee, R.D. (2010). Lean Six Sigma-getting better all the time. *International Journal of Lean Six Sigma*, 1(1), 9-29.
- Société canadienne du cancer (2011). Statistiques canadiennes sur le cancer. Section spéciale sur le cancer colorectal. Page Web : www.cancer.ca

Stupp, R., Mason, W.P., Van Den Bent, M.J., Weller, M., Fisher, B., Taphoorn, M.J., ... & Mirimanoff, R.O. (2005). Radiotherapy plus concomitant and adjuvant temozolomide for glioblastoma. *New England Journal of Medicine*, 352(10), 987-996.

Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E., & Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23(1), 41-51.

Toledo, A.H., Carroll, T., Arnold, E., Tulu, Z., Caffey, T., Kearns, L.E., & Gerber, D.A. (2013). Reducing liver transplant length of stay: A Lean Six Sigma approach. *Progress in Transplantation*, 23(4), 350-364.

Turner III, D.W. (2010). Qualitative interview design: A practical guide for novice investigators. *The Qualitative Report*, 15(3), 754-760.

Watts, R., Gardner, H., & Pierson, J. (2005). Factors that enhance or impede critical care nurses' discharge planning practices. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21(5), 302-313.

Wong, E.L., Yam, C.H., Cheung, A.W., Leung, M.C., Chan, F.W., Wong, F.Y., & Yeoh, E.K. (2011). Barriers to effective discharge planning: A qualitative study investigating the perspectives of frontline healthcare professionals. *BMC Health Services Research*, 11(1), 242.

Annexe A: Organigramme – secteur choisi