

Analyse des processus - Fluidité générale de la trajectoire de la clientèle dans l'aire ambulatoire



HMR Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Centre affilié à l'Université de Montréal

Par

Renaud Lachapelle

Sous la direction de :

M. Patrick Gérard Mbasségué (ENAP)

Analyse et développement des organisations

Rapport de travail dirigé présenté en vue de l'obtention du grade
de maîtrise en administration publique

Mai 2013

BIBLIOTHÈQUE
ENAP
QUÉBEC

Table des matières

1. Introduction	1
2. Description du mandat	2
3. Présentation de l'organisation.....	3
4. Présentation du secteur ciblé par le mandat.....	4
5. Problématique	6
6. Cadre conceptuel	7
Lean.....	7
Valeur ajoutée.....	9
Organisation du travail	11
Méthode Harrington et Leclerc (1994) :	12
7. La méthodologie	15
Collecte des données	15
Les entretiens.....	15
Séances d'observation	16
Analyse documentaire	17
8. Description du processus.....	18
9. Analyse et résultats.....	27
10. Recommandations	29
11. Conclusion.....	33
Bibliographie	35
Annexes.....	38
Annexe I - Organigramme de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.....	39
Annexe II - Organigramme de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.....	40
Annexe III - Diagramme d'analyse des processus actuels	41
Annexe IV - Logigramme normatif d'analyse des processus actuels.....	56
Annexe V - Tableau des causes directes (S.V.A.)	61
Annexe VI - Tableau des causes indirectes (V.V.A.).....	62
Annexe VII - Diagramme d'analyse des processus optimisés	71
Annexe VIII - Logigramme normatif d'analyse des processus optimisés.....	84

1. Introduction

Les systèmes hospitaliers sont des environnements complexes qui doivent continuellement faire face à des défis à caractères internes et externes : croissance constante des coûts opérationnels, accroissement des dépenses, vieillissement de la population, gestion inefficace de la logistique hospitalière, pénurie des professionnels soignants... Malgré de multiples réformes et restructurations entreprises par le système de santé, les hôpitaux continuent d'être affectés par le gaspillage significatif au niveau des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles. L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et son unité de l'urgence n'échappe pas à cette réalité. Suite au constat que la durée moyenne de séjour à l'urgence ne respecte pas la norme ministérielle, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mandaté une firme externe pour analyser les processus de l'urgence. Le rapport de la firme FUJITSU posait le diagnostic que la trajectoire de la clientèle à partir du triage et l'organisation du travail ne sont pas optimaux. Face à ce constat, la direction générale demande à l'ensemble des intervenants impliqués dans la trajectoire de la clientèle de l'urgence vers les unités de soins de se mobiliser pour identifier et mettre en œuvre des initiatives afin d'optimiser les processus associés à cette trajectoire visant à fluidifier le flot de la clientèle à l'aire ambulatoire.

Dans le cadre de cette initiative et comme exigence finale de l'obtention d'une maîtrise en analyse et développement des organisations publiques, nous vous présentons ce rapport de travail dirigé sur l'analyse des processus de la fluidité de la clientèle dans l'aire ambulatoire. Ce rapport fait l'état de notre compréhension et de notre vision globale de la situation actuelle ainsi que de nos propositions pour l'améliorer. En première partie, vous trouverez une description détaillée du mandat et des livrables attendus. Par la suite, nous présentons de façon brève et concise l'organisation qu'est l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et le secteur ciblé par le mandat. Dans les sections suivantes, le cadre conceptuel ayant guidé notre réflexion y est résumé ainsi que la méthodologie que nous avons employée pour mener à terme notre démarche. Nous enchaînons finalement avec la description écrite du processus et l'analyse des résultats, avant de conclure par l'émission de nos recommandations et l'identification d'opportunités futures.

2. Description du mandat

Dans le but d'améliorer la situation à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, la direction générale a lancé au début de 2012, le projet «Fluidité de la clientèle à l'urgence et aux unités de soins». La cible est d'optimiser les processus associés à la trajectoire de la clientèle de l'urgence vers les unités de soins. L'Hôpital vise ainsi une gestion plus performante permettant la réduction des délais dans ces processus, afin de favoriser une meilleure accessibilité, une qualité de soins accrue, une plus grande adéquation entre les besoins de la clientèle et les soins dispensés et une satisfaction bonifiée des patients et des intervenants.

Dans le cadre de ce projet organisationnel, la chef clinico-administratif du programme-clientèle urgence (PCU) a reçu le mandat d'améliorer la fluidité générale de la trajectoire de la clientèle dans l'aire ambulatoire en s'assurant d'avoir une courte durée de séjour pour la clientèle ambulante et en maximisant les activités à valeur ajoutée des intervenants. La portée du projet à l'urgence comprend en sous-projet la révision des processus de triage, d'inscription, d'entrée en salle de consultation, de prise en charge et de suivi des patients à l'urgence dans l'aire ambulatoire.

Ce rapport de travail dirigé répond donc à une demande de l'administration du programme-clientèle urgence de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et son objectif général concerne l'étude et l'analyse de la trajectoire de la clientèle ambulante à l'aire ambulatoire de l'urgence. Dans ce sens, nous avons comme mandat de procéder à la révision de l'organisation du travail en vue de diminuer la durée de séjour de la clientèle ambulante. Concrètement, nous devons proposer une rationalisation des différents processus de l'aire ambulatoire dans l'optique de :

- Maximiser les activités à valeur ajoutée pour le triage, l'inscription, l'entrée dans les cabines, la prise en charge et le suivi de la clientèle;
- Optimiser l'utilisation des cabines (le bon patient au bon endroit au bon moment);
- Utiliser le temps des médecins et des professionnels à bon escient;
- Améliorer la fluidité générale de la trajectoire de la clientèle.

Afin de mener à terme notre mandat, nous avons effectué une collecte de données sur les différents processus, c'est-à-dire sur les activités et leur ordonnancement, les ressources humaines, matérielles et informationnelles employées, l'environnement de travail, les outils, les procédures et les protocoles associés qui jalonnent la trajectoire du patient à l'aire ambulatoire. Par la suite, nous avons procédé à la compilation et à l'analyse des données afin d'établir une cartographie des processus actuels. Nous en avons dégagé les principaux constats ainsi que les causes directes et indirectes de la non-efficience de la trajectoire actuelle. Finalement, nous proposons des pistes de solutions afin de rationaliser les processus et présentons le tout dans une cartographie optimisée de la trajectoire de la clientèle à l'aire ambulatoire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Ce rapport détaillé contient donc une réponse aux objectifs ciblés ainsi que des recommandations qui viseront à améliorer la situation actuelle.

3. Présentation de l'organisation

Étant donné que le mandat découle à la base d'un projet organisationnel, nous jugeons important de débiter par une brève présentation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont dans son ensemble et de son fonctionnement.

L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) est un complexe hospitalier d'envergure où convergent, principalement, soins, enseignements et recherches médicales. L'HMR compte 5 520 employés et médecins multidisciplinaires qui offrent une gamme complète de services généraux, spécialisés et surspécialisés. Situé dans l'est de l'île de Montréal, l'HMR compte 627 lits de courte durée pour répondre aux besoins d'un bassin d'environ 668 000 personnes de tous âges.

La mission de L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont découle en réalité de la loi sur l'Administration publique et sur les Services de Santé et les Services sociaux; offrir un service de qualité aux citoyens, adopter une gestion axée sur les résultats, respecter les principes de transparence, d'imputabilité et de l'équilibre budgétaire. De façon formelle, la direction générale de L'HMR traduit sa mission ainsi : «Ensemble, offrir des soins de qualité à nos patients par des pratiques cliniques novatrices et collaboratives, intégrant le partage des connaissances, l'enseignement et la recherche» (Rapport annuel de gestion,

2011-2012, p.7). La vision portée par l'HMR est celle d'«un milieu de santé dynamique, novateur et attrayant visant l'excellence.» (Plan stratégique, 2011-2014, p.18)

Depuis maintenant une quinzaine d'années, la structure organisationnelle de l'HMR fonctionne selon le modèle de gestion par programmes. Ce type de structure regroupe, au sein de différents programmes, l'ensemble des ressources humaines, matérielles et financières dédiées à une clientèle spécifique présentant des besoins homogènes. Nous retrouvons entre autres au sein de l'HMR les programmes de médecine, de chirurgie, de santé mentale et de l'urgence. De l'avis général, cette approche donne lieu à une pratique des plus stimulante sur les plans clinique et professionnel, encourageant les échanges et la contribution spécifique de chaque intervenant à travers des équipes interdisciplinaires (Rapport annuel de gestion 2011-2012, p.7). Cependant d'un point de vue pratique, cette approche tend à créer des barrières horizontales (travail en silos) entre les programmes et peut même accroître dramatiquement les coûts de fonctionnement (Dupuy, 1999). Vous trouverez à l'annexe I l'organigramme de l'organisation.

4. Présentation du secteur ciblé par le mandat

Maisonnette-Rosemont est l'un des hôpitaux qui accueille le plus grand nombre d'utilisateurs via son urgence à l'échelle du Québec. Malgré une légère diminution pour l'année 2012-2013, l'urgence de l'HMR fait toujours face à un nombre imposant de visites et d'arrivages d'ambulances. Le séjour global moyen des patients à l'urgence, le délai après une demande d'hospitalisation, le taux d'occupation des civières à l'urgence et la moyenne de patients ayant séjourné plus de 48 heures sont les principaux indicateurs mis en place pour assurer un suivi serré de la situation de l'urgence. Ces derniers ont tous connu une augmentation au cours des dernières années et se sont éloignés davantage de la cible nationale, et ce malgré de nombreuses actions entreprises pour améliorer la situation. Ces résultats s'expliquent en partie par le manque d'accessibilité aux lits d'hospitalisation, mais également par le vieillissement de la population qui augmente la lourdeur des cas et la demande en soins de santé (Kernaghan 2001).

L'amélioration de la performance à l'urgence demeure donc encore la grande priorité de l'établissement et mobilise toutes les équipes. Dans ce sens, l'HMR a progressé ces

derniers temps avec la mise en place de pratiques collaboratives et a poursuivi ses efforts de désengorgement de l'urgence en implantant le projet « Fluidité de la trajectoire de la clientèle », un projet *lean*. Dans cette optique, les équipes ont été consultées et les processus analysés afin d'identifier les goulots d'étranglement et le pourcentage d'activités professionnelles à valeur ajoutée pour le patient au quotidien, ce qui a mené à la mise en place d'un vaste chantier organisationnel afin de dégager les opportunités d'amélioration des façons de faire. C'est justement dans le cadre de cette initiative organisationnelle que notre intervention s'inscrit.

Le programme mandataire de notre travail dirigé est, comme nous l'avons stipulé, le programme-clientèle urgence. Ce dernier regroupe l'unité de soins d'urgence qui offre des services à une clientèle nécessitant des soins immédiats, l'unité d'hospitalisation brève (UHB) pour les séjours de moins de 72 heures, et la clinique de relance de l'urgence qui assure à cette clientèle un suivi en ambulatoire. L'UHB et la clinique de relance sont deux entités qui viennent en soutien à l'unité de soins d'urgence et ont comme premier objectif de désengorger cette dernière. L'UHB offre 15 lits d'hospitalisation supplémentaires aux médecins de l'urgence afin qu'ils puissent libérer des civières. La clinique de relance quant à elle, permet aux médecins de l'urgence de donner des rendez-vous aux patients en clinique externe pour leurs suivis plutôt que ces derniers se présentent à nouveau à l'urgence.

L'unité de soins d'urgence est composée de cinq (5) différents secteurs, soit le choc, l'observation, l'annexe, la pédiatrie et l'aire ambulatoire. Ce dernier, communément appelé la salle de traitement, est le secteur ciblé par notre mandat, qui vise à optimiser son fonctionnement afin d'améliorer la fluidité générale de la trajectoire de sa clientèle. Cet objectif est le deuxième volet découlant du projet *lean* touchant plus particulièrement l'aire ambulatoire. En effet, un premier projet d'amélioration de l'organisation matérielle y a été mené avec succès afin de diminuer les gaspillages reliés aux déplacements hors cabine. En résumé, celui-ci consistait à la standardisation du matériel à l'intérieur des

cabines, l'implantation du concept 5S1 et l'installation de système plein-vide (Kanban2) pour la gestion des stocks.

Physiquement, la salle de traitement se trouve à l'entrée de l'urgence et se situe face à la salle d'attente. L'aire ambulatoire est un bloc constitué de cabines servant au triage, à l'inscription et à l'examen des patients. Le poste de travail du personnel assigné à la salle de traitement se trouve dans la coquille à l'intérieur des cabines (Annexe II). Au total, il y a dix-sept (17) cabines réparties ainsi : quatre (4) cabines pour le triage (pré-triage, l'inscription, triage des patients ambulants et des ambulances) et treize (13) cabines servant de salle d'examen, dont certaines sont dédiées à une clientèle précise et contiennent de l'équipement spécialisé (ophtalmologie, salle de plâtre, points de suture, inhalothérapie). En termes d'effectifs, nous retrouvons comme personnel en présence à l'aire ambulatoire des médecins, un leader clinique, des infirmières, des infirmières auxiliaires, des préposés aux bénéficiaires et des agents administratifs (commis). Leur présence en nombre varie pour chacun des titres d'emploi et en fonction du quart de travail (moins d'effectifs la nuit).

5. Problématique

Le mandat découle du contexte de l'aire ambulatoire et de différentes problématiques rencontrées au fil du temps au niveau des procédures à l'urgence, dont notamment l'évaluation brève au triage et la réévaluation de la trajectoire des patients lors d'une visite à l'urgence. Voici de façon concise les principaux constats de défaillance de la situation actuelle à l'aire ambulatoire :

- Engorgement de l'aire ambulatoire : la presque totalité de la clientèle inscrite à l'urgence transite par ce secteur;
- Dépassement des délais entre le triage et la prise en charge médicale, d'après les recommandations du Guide de gestion de l'urgence;

¹ Désigne cinq mots commençant par un S, utilisés pour créer une unité de travail se prêtant au contrôle visuel et à la production lean; Sélectionner (*Seiri*), Situer (*Seiton*), Scintiller (*Seiso*), Standardiser (*Seiketsu*) et Suivre (*Shitsuke*)

² Terme japonais signifiant « étiquette », utilisée comme pierre angulaire du système de gestion et de réapprovisionnement des stocks développé par Toyota

- Nombre insuffisant de patients vus par les médecins, par quart de travail, en comparaison avec d'autres établissements;
- Taux de départ sans prise en charge plus élevé que la moyenne à l'urgence de l'HMR;
- L'organisation du travail et l'assignation des ressources ne tiennent pas compte des pics d'achalandage à l'inscription;
- L'équipe de l'aire ambulatoire est mobilisée par les soins de la clientèle en attente de prise en charge dans les autres secteurs au détriment de la nouvelle clientèle qui s'inscrit tout au long de la journée;
- Le travail d'équipe à l'aire ambulatoire est sous-optimal.

Pour pallier à ces problématiques, nous avons comme mandat de procéder à la révision de l'organisation du travail en vue de diminuer la durée de séjour de la clientèle ambulante. Pour atteindre notre objectif nous devons maximiser les activités à valeur ajoutée, éliminer les goulots d'étranglement et simplifier (amincir) la trajectoire de la clientèle.

6. Cadre conceptuel

L'objectif de ce travail dirigé est de mieux comprendre la trajectoire du patient ambulante dans la salle de traitement afin d'optimiser sa fluidité. Dans cette section, nous précisons via la littérature, les concepts sélectionnés pour analyser et améliorer les différentes composantes de la trajectoire. Il est question dans ce chapitre de préciser le concept *lean* et celui de la valeur ajoutée. Par la suite, nous abordons la théorie de l'organisation du travail et nous présentons le modèle-type central de notre démarche.

Lean

Initialement les pratiques *lean*, visant l'amélioration continue, ont été introduites au Japon dans les années 50 et sont à la base du système de production de Toyota. Le deuxième constructeur automobile mondial a, en effet, créé le système industriel *lean*, sous le nom de « Toyota Production System » (TPS) (De Neve et Van Migro, 2008). La production *lean* a démontré, à l'époque, qu'il existait une meilleure façon d'organiser et de gérer l'ensemble des activités d'un processus et qu'elle permet de produire toujours plus avec toujours moins de moyens.

Selon plusieurs auteurs, la démarche *lean* repose sur cinq principes fondamentaux; déterminer la valeur du produit, identifier la chaîne de valeur correspondant à chaque produit, établir les flux de valeur, laisser le client bénéficier de la valeur et viser la perfection (Womack, Jones, 2009). Une autre notion incontournable du concept *lean* est celle du gaspillage. Le gaspillage se définit comme toute activité humaine qui consomme des ressources mais qui ne crée pas de valeur. Selon la littérature sur le sujet, il existerait sept catégories de gaspillage : la surproduction, les déplacements inutiles, l'attente, les opérations inutiles, les inventaires excédentaires, les défauts et les transports inutiles.

Donc, en appliquant les principes *lean*, il faut éliminer tout gaspillage, tout ce qui n'apporte aucune valeur ajoutée, pour que les processus se déroulent de manière plus fluide. Du point de vue organisationnel, l'accent est mis sur le contrôle des coûts et la diminution des délais. La priorité réside donc dans l'optimisation de tous les aspects importants du processus pour le client (prix, qualité, délai).

Malgré que le concept *lean* soit à l'origine, pensé et conçu pour optimiser les processus de fabrication et de production de biens, de plus en plus d'établissements de soins à travers le monde s'inspirent des pratiques *lean* pour améliorer leurs prestations de services. Plusieurs hôpitaux dans le monde ont mis en place cette approche avec succès (Berczuk, 2008, Burgess et al. 2009). Au Québec, cette approche a de nombreux adeptes, notamment, le ministre de la Santé et de Services sociaux qui exige au moins un projet *lean* par établissement de santé.

Les concepts du principe *lean* peuvent être utilisés dans les hôpitaux afin de promouvoir l'amélioration continue des activités nécessaires pour prodiguer des soins. Ce principe vise à éliminer toute forme de gaspillage ou d'activité qui ne crée pas de valeur afin d'optimiser l'utilisation des ressources ainsi que la productivité et l'efficacité des activités de soins. Selon Graban (2009), la pensée *lean* est une approche stratégique qui permet aux hôpitaux d'améliorer la qualité des soins aux patients en réduisant les erreurs et les délais d'attente. Dans le domaine de la santé le *lean healthcare* met l'accent sur les besoins du patient, la réduction des coûts, les délais d'attente, la qualité des soins et la satisfaction des employés.

Il est certain que les gaspillages dans les processus de fabrication sont plus tangibles que les processus dans le contexte hospitalier. Néanmoins les processus nécessaires pour donner les soins aux patients sont caractérisés par des retards et inefficience. Par exemple, le retard dans le traitement des requêtes d'examens peuvent occasionner de longues durées de séjour pour les patients séjournant dans le service de l'urgence de l'hôpital.

L'intégration des principes de la philosophie *lean* aux processus nécessaires à la livraison des soins aux patients a un grand potentiel d'amélioration de la qualité des soins, de la sécurité des patients, de la qualité de l'environnement de travail, ainsi que la réduction des coûts. Les bénéfices de cette approche proviennent d'une transformation des gaspillages et des inefficences en valeur (Paillassard et Castro, 2010). Le *lean* est une approche d'amélioration continue permettant de bien supporter les employés afin qu'ils fassent un travail adéquat et performant, peu importe la nature du travail ou de l'environnement.

Le *lean* est une façon de penser qui englobe plusieurs concepts visant tous l'optimisation des processus par l'élimination des gaspillages. Notre réflexion quant à l'amélioration de la fluidité de la clientèle à l'aire ambulatoire a intégré notamment des notions du concept du flux tiré (Grua et Segonza, 2003), de la théorie des contraintes (goulot d'étranglement) (Goldratt et Cox 2006), du concept de la cellule de travail (St-Onge, Audet, Guerrero et Petit, 2009), de la Loi de Little (Baynat, 2000), du concept de Poka Yoke (Nollet, Kélada et Diorio, 1994), du concept Kaizen (Imai, 1989) et de la méthode Six Sigma (Lean Six Sigma) (Arthur, 2011). Tous ces concepts pourraient à eux seuls augmenter grandement le rendement en quantité et en qualité de l'aire ambulatoire de l'urgence de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Valeur ajoutée

La valeur constitue le point de départ de la démarche *lean*. Seul le client peut définir la valeur, et celle-ci n'est significative que si elle est liée à un produit spécifique, répondant aux besoins du client à tel prix, à tel moment (Womack, Jones, 2009). La difficulté des producteurs par rapport à la notion de valeur est de la définir précisément puisque le client et l'organisation la représentent de façons différentes. Afin de la définir, il faut se

poser la question « Que veut le patient ? », et pour déterminer si une activité est créatrice de valeur, nous pouvons se demander « Est-ce que le client accepterait de payer pour cette opération ? »

Pour parvenir à intégrer le concept de valeur, l'organisation doit être vue comme une chaîne de valeur. Cependant, afin d'améliorer la performance organisationnelle, il faut décortiquer les processus et partir des activités qui les composent, car c'est à ce niveau que se crée de la valeur; « Toute firme peut se concevoir comme un ensemble d'activités destinées à concevoir, fabriquer, commercialiser, distribuer et soutenir son produit. L'ensemble des activités peut être représenté comme une chaîne de valeur » (Porter, 1982).

Porter (1982,1986) a justement développé le modèle de la chaîne de valeur qui consiste à représenter l'ensemble des activités liées pour produire un service. Les activités sont source de valeur et le but est de créer de la valeur ajoutée à chaque étape d'un processus. En résumé, un processus doit être perçu comme une chaîne continue de fonctions dont chacune d'elles apporte une valeur ajoutée à la précédente.

En travaillant sur les processus de l'organisation on touche à l'essence même de l'organisation, d'autant plus que la notion centrale d'un processus, sa raison d'être, est celle de la valeur ajoutée (Mongillon et Verdoux, 2008). Comme nous l'aborderons dans notre troisième cadre conceptuel, le management des processus représente le résultat d'un travail d'équipe permettant d'identifier, de partager, de clarifier et d'améliorer les pratiques créatrices de valeur pour les clients, le personnel et la collectivité (Mbasségué, 2011).

Dans le domaine des soins hospitaliers, les processus sont de types complexes et multidimensionnels puisque le client fait partie intégrante du processus et que le produit final est un service. Les enjeux sont forts différents pour une organisation de production axée sur le bien à produire et une organisation de servuction (production de service) (Eiglier, 1987). La production est axée sur le bien à produire tandis que la servuction cible l'action pour dispenser la prestation. Les différences majeures entre les deux types de production sont principalement la relation avec la clientèle, l'uniformité des intrants et

des extrants, la mesure de productivité, la gestion de la qualité et la gestion des stocks (Stevenson, Benedetti 2007). Par définition, un service est intangible et c'est sa dimension immatérielle qui le caractérise. Le service ne peut être stocké pour gérer la demande et il est pratiquement impossible de séparer la production et la consommation du service. Cette réalité est encore plus notable dans le domaine de la santé. Une autre caractéristique du service est son hétérogénéité, qui rend difficile la standardisation puisque la demande est aléatoire et implique une prestation cas par cas (custom made) pour chaque patient. Comme nous l'avons mentionné, le client fait partie intégrante du processus ce qui implique aussi d'accepter sa présence physique dans l'espace de production du service. Par le fait même, la relation client-employé est plus sensible et la perception de la qualité du service inclut l'espace et le lieu physique. En plus de sa présence, le client contribue à la production du service et joue les rôles de consommateur, d'évaluateur et de fournisseur d'information, qui constitue la matière première pour produire le service.

Organisation du travail

Afin d'éliminer les gaspillages tel que proposé par la démarche *lean* et de créer de la valeur ajoutée dans la prestation d'un service, nous devons procéder à l'analyse des processus. L'analyse des processus revient à se demander comment le travail est organisé. Quelles sont les étapes et les activités nécessaires à la servuction? Ce questionnement rejoint la prémisse de base selon laquelle la performance organisationnelle est fonction de l'organisation du travail; « Sur une base opérationnelle, l'organisation du travail fait référence à la façon dont les tâches sont conçues et structurées, dont les décisions visant le travail sont prises et les contrôles exercés » (Paquet, 2001). D'autres théories managériales stipulent que toute activité humaine qui se fait dans une organisation donne lieu à deux besoins fondamentaux contradictoires; diviser le travail en diverses tâches et intervenants et assurer la coordination de ces tâches pour atteindre l'objectif fixé. Le défi consiste donc à trouver l'organisation du travail qui permettra un juste équilibre.

L'analyse des processus est une approche transversale qui dépasse les cadres fonctionnels de l'organisation et qui se concentre sur le flux d'activités entre l'intrant et l'extrant. Elle

permet donc de visualiser l'enchaînement des activités, de garantir l'optimisation de l'ensemble et de consolider la totalité des coûts et délais pour satisfaire la demande. Selon Frederico Butera (1991), la réussite des organisations modernes repose sur certaines variables clés; la flexibilité dans l'utilisation des ressources, la recherche de productivité totale en termes d'activités et d'intervenants, la diminution des coûts et des délais, l'accélération des flux et l'amélioration des services en qualité et en quantité.

Au fil du temps, plusieurs intervenants ont conçu et développé une multitude d'outils, de modèles et de méthodes pour analyser et intervenir sur la performance organisationnelle par les processus. Dans le prochain segment, nous vous présentons la méthode que nous avons employée dans le cadre de notre mandat et un modèle qui a influencé notre réflexion sur l'organisation du travail.

Méthode Harrington et Leclerc (1994) :

Dans le même sens que l'approche *lean*, la méthode Harrington et Leclerc (1994) se base sur le principe de l'amélioration continue. La méthode privilégie donc la rationalisation plutôt que la réingénierie des processus. La rationalisation met l'emphase sur l'amélioration continue pour en venir à éliminer les procédures inutiles, les opérations redondantes, les délais et les périodes d'attentes, tandis que la réingénierie, plus radicale, opte plutôt pour faire table rase des processus afin de repartir à neuf. Selon Harrington et Leclerc (1994), il existe plusieurs moyens de réaliser une rationalisation dont, entre autres, éliminer la bureaucratie, éliminer les opérations redondantes, procéder à l'analyse de la valeur ajoutée des opérations, simplifier les opérations, simplifier les communications et implanter une approche Kaizen (gestion participative).

Comme nous l'avons stipulé, pour améliorer la performance d'un secteur d'activité, il faut partir des activités, car c'est à ce niveau que se crée la valeur. C'est exactement ce que la méthode Harrington et Leclerc (1994) nous propose. En effet, leur modèle pour comprendre, analyser et intervenir sur la performance des processus se concentre sur le flux d'activités. Toujours selon ces auteurs, l'analyse d'un processus oblige à s'intéresser aux activités, mais doit également considérer les tâches qui s'y rattachent. Il prévaut donc un lien entre processus (chaîne d'activité), activité (ensemble de tâches qui constitue une

étape de transformation du processus) et tâche (ensemble homogène d'opérations simples qui contribuent à la réalisation des activités) (Mbasségué, 2011).

Selon Harrington (1994), la première étape relative à l'analyse d'un processus consiste à schématiser, de façon détaillée, la logique du déroulement, soit le flux du diagramme jusqu'au niveau de la simple tâche. Afin de représenter la réalité d'un processus, la méthode nous propose deux (2) outils : le diagramme d'analyse (fichier Excel) et le logigramme. Donc, afin de réaliser une optimisation de l'organisation du travail à partir des processus, il faut à partir d'une description écrite élaborer un diagramme opérationnel illustrant l'ordonnement des activités et le traduire en images (logigramme).

Afin de concevoir ces deux (2) outils et de rendre nos organisations plus performantes, la méthode Harrington et Leclerc (1994) propose une méthodologie en 10 phases. Celle-ci permettra d'identifier l'ensemble des activités d'un processus, de les représenter graphiquement, de les analyser et de les améliorer ;

Phase 1 : Description du flux des opérations

Cette étape consiste essentiellement à déterminer les limites du processus, d'identifier les activités structurant le processus, d'identifier les intervenants et d'établir l'enchaînement des activités.

Phase 2 : Inventaire des tâches

Porte sur l'identification et la description des tâches à réaliser relativement à l'accomplissement de chacune des activités.

Phase 3 : Flux d'information utile aux opérations

Il s'agit d'inventorier les informations jugées nécessaires pour accomplir les activités et les tâches reliées à ces dernières. Dans le but de déterminer si l'on possède toutes les informations utiles, il est également intéressant d'identifier qui possède l'information et si elle est accessible.

Phase 4 : Techniques employées pour les flux d'informations

Définition des moyens, techniques et des technologies utiles pour accomplir les tâches et obtenir l'information.

Phase 5 : Lieux où se déroulent les opérations

Localisation de l'endroit où s'effectuent les différentes activités du processus. Cette étape permet d'analyser les impacts qu'exerce l'espace physique et d'identifier les inconvénients quant aux lieux où se déroulent les activités (Montreuil, 2002).

Phase 6 : Rationalisation du processus via la Méthode d'Harrington (1994)

Comme nous l'avons mentionné, pour réaliser une rationalisation, la méthode d'Harrington préconise 10 moyens : élimination de la bureaucratie, éradication des opérations redondantes, analyse de la valeur ajoutée des opérations, simplification des opérations, réduction du temps d'exécution des opérations, prévention des erreurs, modernisation et informatisation des procédés administratifs, simplification des communications, optimisation de la relation client-fournisseur et implantation de l'approche Kaizen. Concrètement, dans le diagramme d'analyse, cette étape est représentée en deux (2) sections qui permettent d'en arriver à ce type d'optimisation. La première consiste à calculer le temps réel (TR) d'exécution de chacune des activités et le temps global (TG) nécessaire pour les accomplir (incluant par exemple le temps d'attente et les pertes de temps). Cela permet de constater l'écart important entre le temps global du processus comparativement au temps réellement travaillé et d'identifier les activités les plus problématiques. La deuxième section est l'analyse de la valeur ajoutée relative à chacune des activités. Il s'agit en fait de répertorier les activités selon leurs états de valeur. Une activité produisant une réelle valeur ajoutée (R.V.A.) est une opération pour laquelle le client accepterait de payer. Par contre, une activité sans valeur ajoutée (S.V.A.) n'a aucune valeur aux yeux du client ou peut simplement être inutile. Finalement, il y a également des activités ayant une valeur ajoutée administrative (V.A.A.), qui signifie sans valeur pour le client, mais nécessaire pour le bon déroulement du processus ou pour des fins administratives.

Les phases 7, 8 et 9 s'appliquent uniquement lors de la conception d'un processus. Dans le cas présent, étant donné que le processus existe déjà, nous passons donc directement à la dernière phase.

Phase 10 : Questionnement global du processus suite aux mesures de performance

Dans l'esprit de l'amélioration continue, il faut remettre en question le processus en fonction des indicateurs pour finalement retourner à la phase 1, et ainsi de suite.

7. La méthodologie

Afin de décrire la trajectoire de la clientèle ambulante dans la salle de traitement, une démarche de recherche-action mixte combinant des données qualitatives et quantitatives est préconisée. La nature de la recherche quantitative basée sur des mots et des expériences permet un contact personnel et une vue de l'intérieur des processus de la trajectoire, tandis que la méthode quantitative permet une analyse statistique complémentaire des données. Dans la section suivante, les choix méthodologiques ainsi que les principales modalités de collecte et d'analyse de données sont présentés.

Collecte des données

Diverses procédures de collectes ont été utilisées pour ce travail dirigé : des séances d'observation, des entretiens ainsi que l'analyse documentaire (voir le tableau 1). Il est toujours important de s'appuyer sur ceux qui travaillent sur le processus pour être en mesure d'obtenir toutes les données nécessaires (Lescarbeau, 2003). Nous avons donc préconisé un travail de collecte d'information basé sur la collaboration et la gestion participative. Une approche 360 degrés a permis de cibler différents intervenants (supérieurs, médecins, infirmières, commis, préposés aux bénéficiaires, patients) participant à l'élaboration de la trajectoire de la clientèle à l'aire ambulatoire.

Les entretiens

Des entrevues ouvertes et semi-structurées ont été menées;

« L'entrevue semi-dirigée consiste en une interaction verbale et animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laissera guider par le rythme et le contenu unique de l'échange dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux qu'il souhaite explorer avec le participant à la recherche. Grâce à cette interaction, une compréhension riche du phénomène à l'étude sera construite conjointement avec l'interviewé. » (Gauthier, 2008)

Les entretiens visent en premier lieu à se familiariser avec la nature du travail et la trajectoire de la clientèle. Ils servent également à cerner des éléments précis permettant de mieux comprendre comment le travail est reparti et de mieux connaître les rôles et

responsabilités de chacun des intervenants. Les entretiens furent également des sources de pistes de solutions, étant donné que les participants ont fait part de leurs visions d'un travail optimal. Au total, trois (3) entretiens individuels d'une durée approximative de 90 minutes se sont déroulés entre le 7 octobre 2012 et le 26 janvier 2013.

Séances d'observation

Des séances d'observation non participatives ont été effectuées afin de mieux comprendre le fonctionnement général de l'aire ambulatoire. Dans cette perspective, nous avons suivi à distance le parcours de différents patients ambulants, de leur arrivée à leur congé de l'aire ambulatoire. Ceci nous a permis de déterminer l'ordonnancement des intervenants et des activités. Nous avons également profité de ces observations pour enregistrer le temps global de certains séjours, ainsi que pour chacune des interventions et chacune des activités. Finalement, des notes d'observation ont aussi été prises quant à l'étude des mouvements du personnel et du patient.

Des séances d'observation participatives ont également été effectuées au sein de chaque groupe d'intervenants qui accompagnent la trajectoire du patient à l'aire ambulatoire. L'objectif de ces séances d'observation était d'identifier l'ensemble des activités formant le processus ainsi que de capter la dynamique entre le personnel et le patient. Lors de ces observations, nous avons interagi avec les acteurs afin de déterminer les tâches effectuées, les informations requises, la technologie employée et le temps réel utilisé pour les accomplir. L'interaction entre observateur et observés est non seulement inévitable, mais indispensable dans le processus de production de données valides sur une situation sociale déterminée (Gauthier, 2008).

De plus, notre présence sur le plancher a engendré des discussions informelles avec plusieurs membres de l'organisation. Certains ont également profité de l'occasion pour faire valoir des revendications. En tout et partout, une trentaine d'observations d'une durée moyenne de 4 heures chacune se sont échelonnées entre le 7 octobre 2012 et le 26 janvier 2013.

Analyse documentaire

Finalement l'examen des documents fournis par le programme-clientèle urgence et ceux extrait du système Med-Urge de l'urgence a permis de compléter et de corroborer les informations récoltées lors des entretiens et des observations. Les sources secondaires de données pour ce travail dirigé sont : documents internes (organigrammes, énoncé de mission, plan d'organisation, tableaux de bord de l'unité de soins de l'urgence, rapports Med-Urge, structure de projet et document de travail sur la fluidité de la clientèle à l'urgence et aux unités de soins) et document externe (rapport de diagnostic de la firme FUJITSU sur les processus de l'Urgence effectué en 2011). Les différentes méthodes de collectes de données sont synthétisées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 – Sommaire de la collecte des données

Méthode	Répondants
Observations participatives	Infirmières du pré-triage Commis à l'inscription Infirmières du triage Leader clinique de l'aire ambulatoire Médecins Infirmières de l'aire ambulatoire Commis de l'aire ambulatoire
Observation pure	Observation pure du fonctionnement général pour identifier les facteurs qui l'influencent Suivi de patients d'un bout à l'autre de leurs visites
Extraction de données	Analyse statistique de données quantitatives disponibles dans le système d'exploitation Med-Urge utilisé à l'urgence; délai d'attente, âge de la clientèle, répartition des niveaux de priorités, ...
Recherche et analyse documentaire	Recherche d'information pertinente sur les différents processus, protocoles, ordonnances collectives, ...
Entretiens semi-dirigés	Chef de service de l'urgence Chef médical du PCU Coordonatrice de l'urgence

8. Description du processus

En termes de processus, le tout débute avec l'arrivée du patient à l'urgence de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Dès son entrée, le patient prend un billet (numéro) au guichet Med-Urge³ situé directement à l'entrée de l'urgence. Par la suite, il prend place dans la salle d'attente.

La billetterie étant informatisée, l'infirmière au pré-triage (ou triage rapide) voit dans le système Med-Urge s'il y a un patient en attente d'être pré-trié. Le système indique à quel numéro elle est rendue et combien de patients sont en attente du pré-triage. Donc, l'infirmière du pré-triage appelle vocalement, par ordre numérique, les patients. À l'appel de son numéro, le patient se dirige vers le comptoir de l'infirmière du pré-triage. Dans un premier temps, l'infirmière du pré-triage demande au patient son billet et ses cartes d'assurance-maladie et de l'hôpital (s'il en possède une). L'infirmière du pré-triage numérise le billet et la carte d'assurance-maladie à l'aide d'un lecteur optique ou entre manuellement le numéro de dossier HMR. Dans l'éventualité où le patient n'a pas ses cartes, l'infirmière du pré-triage doit entrer manuellement dans le système les informations personnelles du patient (nom, prénom et date de naissance). Par la suite, elle valide la raison de la visite du patient à l'urgence. Par le fait même, l'infirmière du pré-triage examine visuellement le patient. Au fur et à mesure de l'entretien, l'infirmière du pré-triage entre les informations recueillies dans le système. En fonction des données inscrites dans le logiciel, ce dernier attribue une cote de priorité⁴ au patient. Le pré-triage est ainsi terminé, l'infirmière remet les cartes au patient et l'invite à aller s'inscrire au guichet prévu à cet effet.

Le patient se dirige donc vers le comptoir de l'inscription pour la prochaine étape. La commis à l'inscription invite le patient à s'asseoir et lui demande ses cartes d'assurance-maladie et de l'hôpital. Si le patient n'en possède pas, elle lui demande son nom. La commis de l'inscription sélectionne le patient à l'écran dans le système Med-Urge suite à

³ Med-urges est un logiciel informatique utilisé et dédié au service de l'urgence.

⁴ Les cotes de priorités vont de P1 à P5, P1 étant le plus prioritaire. Pour l'exercice en cours nous considérons uniquement les priorités allant de P2 à P5.

son pré-triage. Ensuite, la commis à l'inscription entre les informations requises⁵ par le système dans la fiche du patient. Elle valide par le fait même les informations (adresse, numéros de téléphone, nom de la mère, ...) du patient disponibles dans le système auprès de ce dernier. La commis à l'inscription corrige ou complète les informations au besoin. Une fois ces étapes franchies, la commis cherche dans le système si le patient possède déjà un dossier HMR par le biais des informations venant d'être validées. S'il en possède un, la commis sélectionne le bon dossier patient (peut avoir plusieurs patients avec le même nom) dans le système et ce dernier fait automatiquement une demande au service des archives médicales afin qu'il achemine le dossier à l'urgence. Dans le cas contraire, le système lui attribue un nouveau numéro de dossier. À ce moment, selon la situation, la commis à l'inscription procède ou non à la conception d'une carte HMR. Elle crée une carte lorsque le patient n'en possède pas ou lorsque celle-ci est expirée. Dans l'affirmative, la commis à l'inscription, par le biais du logiciel Med-Urge, envoie le signal à l'emboseuse, qui produit une nouvelle carte pour le patient. La commis à l'inscription imprime également le formulaire AH-280 qui regroupe l'ensemble des informations du patient et le consentement aux soins que ce dernier devra signer. À l'étape suivante, la commis à l'inscription, doit changer de système informatique pour imprimer la feuille du médecin. Pour ce faire, elle doit accéder dans le logiciel Vision⁶ à l'onglet d'identification du patient et y inscrire son numéro de dossier. Elle lance par la suite l'impression du document. À l'aide de la carte de l'hôpital et d'un adressographe, la commis à l'inscription plaque un bracelet d'identification. Elle plaque également par le fait même deux autres documents, soit le formulaire « dossier de l'utilisateur » et l'aide mémoire. Ensuite, la commis à l'inscription récupère les documents à l'imprimante et demande au patient de signer le formulaire de consentement aux soins AH-280. La commis à l'inscription signe à son tour le formulaire à titre de témoin. Finalement, la commis à l'inscription regroupe l'ensemble des documents qui constituent ainsi le « dossier urgence » du patient. Elle remet le tout au patient et l'invite à retourner dans la salle d'attente. Le patient retourne donc s'asseoir dans la salle d'attente.

⁵ Exemple d'information; moyen d'arrivée du patient, i.e. par ses propres moyens, ambulante, ou par ambulance, la responsabilité de paiement, etc.

⁶ Vision est un logiciel informatique utilisé à la grandeur de l'organisation HMR.

L'étape suivante consiste au triage en bonne et due forme du patient. Tout comme à l'étape du pré-triage, l'infirmière du triage voit dans le système Med-Urgé les patients ayant été pré-triés et qui sont en attente pour le triage. Donc, l'infirmière du triage sélectionne le premier de la liste, mémorise son nom, sort de la cabine de triage (donnant sur la salle d'attente) et appelle le patient. À l'appel de son nom, le patient se dirige vers la cabine de triage. L'infirmière du triage attend ce dernier à la porte et l'invite à s'asseoir. L'infirmière du triage demande au patient de lui remettre le « dossier urgence », qui lui avait été remis lors de son inscription. Par la suite, l'infirmière du triage demande au patient des informations sur le malaise ou l'événement causant sa visite à l'urgence et le questionne afin de dresser un bref bilan médical (antécédents médicaux, allergies, prise de médicaments, ...). Elle entre évidemment au fur et à mesure les informations obtenues dans l'onglet évaluation du système Med-Urgé. L'infirmière du triage procède ensuite à la prise des signes vitaux du patient (température, pression, saturation, ...). L'appareil utilisé pour la prise des données est relié au poste informatique, donc elles s'inscrivent automatiquement dans le système. L'infirmière du triage doit cependant entrer manuellement les signes vitaux lorsque le patient est un enfant, qui nécessite un appareil adapté pour cette clientèle, ou lorsque, par exemple, elle effectue un test de glycémie. Ces types d'appareils ne sont pas reliés à l'ordinateur du triage. Suite à la compilation des données, le système revient à la cote de priorité qu'il a attribuée au patient. Il se peut que cette dernière soit différente à la lumière des nouvelles informations. À ce moment, l'infirmière du triage, selon son expérience et son jugement, confirme la priorité ou peut également la modifier. Le triage est ainsi complété. L'infirmière du triage le sauvegarde, imprime la feuille du triage et la joint au « dossier urgence » du patient. Finalement, l'infirmière du triage met le bracelet d'identification au poignet du patient et l'invite à retourner dans la salle d'attente. Quant à elle, l'infirmière du triage se dirige vers le poste du leader clinique et dépose le « dossier urgence » du patient dans le pigeonier « patients à voir ».

Le leader clinique a comme fonction de coordonner les activités de la salle de traitement. Ce dernier, prend les « dossiers urgences » dans le pigeonier « patients à voir » selon les priorités ou en fonction du temps d'attente. Le leader clinique prend connaissance des dossiers et selon son expérience et son jugement, il détermine l'ordre dans lequel les

patients devront être vus par les médecins. Le leader clinique dépose les «dossiers urgences» sur le comptoir de son poste de travail, qui se trouve en réalité partagé avec les médecins. D'un côté, il y a le poste des médecins et de l'autre, celui du leader clinique. Une fois l'ordre déterminé, le leader clinique regarde dans le système Med-Urge, qui présente un schéma visuel de l'aire ambulatoire. Le leader clinique voit donc d'un seul coup d'œil les cabines qui sont libres et celles qui sont occupées. Lorsqu'une cabine est libre ou se libère, le leader clinique l'attribue au premier patient dans l'ordre qu'il a établi. Pour ce faire, le leader clinique sélectionne le nom du patient dans le système informatique et le glisse dans la cabine qui lui a été octroyée. Le leader clinique doit également inscrire manuellement le numéro de la cabine sur l'aide mémoire du «dossier urgence». Par la suite, le leader clinique appelle le patient à l'intercom et lui indique vers quelle cabine se diriger.

Le patient nommé, qui se trouve alors dans la salle d'attente, se lève, se dirige vers la cabine désignée et prend place dans celle-ci. Quelques minutes après avoir appelé le patient, le leader clinique se rend à la cabine, s'assure que celui-ci est bien arrivé, examine rapidement visuellement son état et lui demande d'enfiler une jaquette d'hôpital. Le leader clinique laisse finalement le patient seul dans la cabine, ferme la porte derrière lui et retourne à son poste.

De leur poste de travail, les médecins voient les dossiers des patients qui attendent déjà dans une cabine. Lorsque le médecin est disponible, il prend le premier dossier dans l'ordre de priorité établi sur le comptoir. Le médecin prend connaissance du «dossier urgence» du patient, et par le fait même, le médecin prend en charge le patient. Le médecin doit toutefois le spécifier informatiquement dans le système en sélectionnant le patient. Visuellement, la cabine du patient change de couleur dans le schéma de l'aire ambulatoire, ce qui permet à tous de savoir en temps réel le statut de chaque patient. Après avoir pris connaissance du dossier, le médecin se dirige vers la cabine d'examen et va à la rencontre du patient. Vous comprendrez que pour des raisons de confidentialité, nous ne pouvions entrer dans la cabine lors de l'examen du patient. Malgré tout, nous résumons son intervention à deux activités : procéder à l'examen médical et discuter avec le patient de ses antécédents, de sa médication, de son historique médical et de la raison

de sa visite. Une fois son intervention complétée, le médecin sort de la cabine et retourne à son poste de travail. Il complète ses notes manuscrites au dossier et les entre par la suite dans le dossier informatique (kardex) du patient. Selon les patients, le médecin peut prescrire plusieurs éléments : une analyse d'urine, des prélèvements (bilan sanguin), des médicaments, des examens ou une consultation en spécialité. Le médecin remplit donc les requêtes papiers appropriées et entre dans le système ses ordonnances. Le médecin poursuit en imprimant la feuille de ses ordonnances et va la chercher à l'imprimante dédiée aux médecins. Le médecin joint la feuille au «dossier urgence» du patient et le dépose dans le pigeonier des infirmières par ordre chronologique d'évaluation médicale.

L'infirmière de l'aire ambulatoire qui est disponible, prend le premier dossier sur le haut de la pile dans le pigeonier. Au même titre que le médecin, l'infirmière prend en charge le patient dans le système. Donc, il est possible de connaître le nom du médecin et de l'infirmière responsable de chaque patient. L'infirmière de l'aire ambulatoire prend connaissance du «dossier urgence» du patient et plus précisément des ordonnances du médecin. Par la suite, l'infirmière prend les requêtes papiers et les plaque au nom du patient. Elle plaque également des étiquettes d'identification autocollantes afin qu'elle puisse les apposer sur les tubes de prélèvement ou d'analyse d'urine. Pour chacun des patients, avant d'aller en cabine, l'infirmière complète une dernière requête personnalisée s'intitulant « suivi de demandes d'analyses ». L'infirmière est maintenant prête à entrer dans la cabine pour exécuter les ordonnances du médecin. Lors de chaque intervention, de par ses fonctions, l'infirmière doit également évaluer l'état du patient et l'informer des actes qu'elle va poser. Pour les besoins de ce travail dirigé, nous avons limité nos observations à trois (3) prescriptions différentes qui comportent des divergences dans la suite du processus et qui sont les plus fréquemment rencontrées, soit le prélèvement sanguin, l'analyse d'urine et l'examen médical (radiographie, échographie, scan,...). Il faut comprendre que pour un patient donné, il est possible que toutes les ordonnances soient applicables.

Pour le prélèvement sanguin, l'infirmière prend le matériel nécessaire à son intervention à même la cabine d'examen, pique, bien entendu, le patient et prélève son sang. Par la suite, l'infirmière identifie à l'aide des étiquettes pré-préparées les tubes et les dépose,

ainsi que la requête, dans un sac de plastique. L'infirmière informe le patient de la suite des choses et l'invite à retourner dans la salle d'attente. Elle sort ensuite de la cabine et met les prélèvements dans une capsule de transport, insère cette dernière dans le conduit du système d'envoi et l'expédie directement au laboratoire.

Pour l'analyse d'urine, l'infirmière identifie dans un premier temps les tubes d'analyse, prend un verre et un sac de plastique et remet le tout au patient. L'infirmière indique au patient qu'elle a besoin d'un échantillon d'urine et l'invite à produire cet échantillon à la toilette des visiteurs de l'urgence. L'infirmière informe le patient qu'une fois qu'il aura produit l'échantillon, il doit mettre les tubes dans le sac de plastique et qu'il doit aller le porter à la commis de l'inscription. Le patient quitte donc la cabine, suit la démarche et retourne finalement, patienter dans la salle d'attente. La commis de l'inscription, à la réception de l'échantillon, se lève et va le porter à l'infirmière en charge de ce patient. L'infirmière insère la requête dans une autre portion du sac de plastique et procède à l'envoi des tubes au laboratoire de la même façon que pour les prélèvements sanguins.

La troisième option est celle où le patient doit faire l'objet d'un examen. Encore une fois, le rôle de l'infirmière dans ce type de cas est d'informer le patient qu'il fera l'objet d'un examen médical. L'infirmière lui explique le fonctionnement de l'examen en question, de la suite des événements et invite le patient à retourner à la salle d'attente.

Indépendamment la nature de son intervention, après sa sortie de la cabine d'examen ou l'envoi des capsules au laboratoire, l'infirmière retourne à son poste. L'infirmière écrit alors ses notes manuscrites sur le formulaire «note d'évolution de l'infirmière», qu'elle joint au « dossier urgence » du patient. Par la suite, l'infirmière dépose le dossier dans le pigeonier «attente d'examen» situé face à leur poste de travail dans la section appropriée, c'est-à-dire, laboratoires (analyse d'urine, prélèvement sanguin), examens, rayon-x, inhalothérapie ou divers. L'étape suivante consiste à retirer informatiquement le patient de la cabine afin de la libérer et d'en informer le leader clinique afin qu'il puisse la réattribuer à un autre patient. Finalement, l'infirmière remet à la commis de l'aire ambulatoire la feuille de «suivi des demandes d'analyse» et la requête d'examen si applicable.

La commis de l'aire ambulatoire reçoit le(s) document(s) de la part de l'infirmière, en prend connaissance et entre les informations pertinentes dans le dossier informatique du patient (kardex). Une fois les renseignements intégrés dans le système Med-urge, l'ensemble des intervenants de l'aire ambulatoire peuvent voir le statut du patient (en attente des résultats de laboratoire ou d'examen médical). Tout comme pour l'intervention de l'infirmière, la commis de l'aire ambulatoire procède différemment selon le cas du patient. Cependant, dans son cas, la procédure est la même pour ce qui est du prélèvement sanguin et de l'analyse d'urine. En effet, la commis de l'aire ambulatoire doit assurer le suivi des demandes d'analyses en récupérant au télécopieur les résultats en provenance des laboratoires. Au fur et à mesure qu'elle reçoit les résultats, elle les joint à la feuille de suivi et coche les laboratoires complétés sur celle-ci.

Lorsque le patient est en attente d'un examen médical, la commis à l'aire ambulatoire inscrit le nom du patient et la nature de l'examen sur le registre des examens en attente. La commis de l'aire ambulatoire dépose par la suite la requête papier de l'examen médical dans le pigeonier de la commissionnaire de l'urgence. La commissionnaire récupère la requête, prend connaissance de la destination et va la porter dans le département concerné. À la réception de la requête, la commis du département en prend connaissance et enregistre un rendez-vous pour le patient de l'urgence. Par la suite, la commis du département contacte par téléphone la commis de l'aire ambulatoire, ou lui laisse un message, pour l'informer de l'heure du rendez-vous. La commis de l'aire ambulatoire inscrit l'heure du rendez-vous sur le registre des examens en attente et informe également l'infirmière en charge du patient que ce dernier s'est vu attribué un rendez-vous.

Au moment venu, l'infirmière de l'aire ambulatoire prend le «dossier urgence» du patient, le remet au préposé aux bénéficiaires et demande à ce dernier d'aller reconduire le patient à son examen. Le préposé aux bénéficiaires va donc à la rencontre du patient et amène ce dernier à son examen. En chemin, le préposé aux bénéficiaires remet le «dossier urgence» au patient et lui explique ce qu'il doit faire après son examen. Le patient procède donc à son examen et retourne par la suite à la salle d'attente pour remettre son «dossier urgence» à la commis de l'inscription. À la réception du dossier,

cette dernière informe la commis de l'aire ambulatoire du retour du patient et dépose le dossier dans le pigeonier «attente d'examen». La commis de l'aire ambulatoire retire alors le nom du patient du registre des examens en attente. À partir de ce moment, elle doit vérifier fréquemment dans le système l'entrée des résultats. Lorsque ceux-ci sont présents dans le système, la commis de l'aire ambulatoire les imprime. Une fois que la commis de l'aire ambulatoire a reçu l'ensemble des résultats (analyse ou examen) pour un patient donné, elle les regroupe et les joint au «dossier urgence» du patient. Finalement, la commis dépose le dossier dans le pigeonier «patients à revoir» du leader clinique.

Dans le cas des patients à revoir, le processus est sensiblement le même que lorsqu'il s'agissait d'un patient à voir pour la première fois. C'est-à-dire que le leader clinique prend le «dossier urgence» dans le pigeonier «patient à revoir», prend connaissance des résultats et l'insère dans la chronologie des patients à être vus par les médecins. Le leader clinique dépose donc le «dossier urgence» sur le comptoir et regarde dans le système la disponibilité des cabines. Lorsqu'une cabine est libre ou se libère, le leader clinique l'attribue au patient et inscrit manuellement le numéro de la cabine sur l'aide mémoire du «dossier urgence». Par la suite, le leader clinique appelle le patient à l'intercom et lui indique vers quelle cabine se diriger. Petite particularité, le leader clinique assure une gestion entre les patients de la salle d'attente et les patients à revoir. Donc, lorsqu'une cabine et le médecin en charge d'un patient sont libres, le leader clinique privilégie le patient à revoir, tout en posant évidemment un jugement clinique face à l'urgence des cas. Le seul moment où un autre médecin prendra le relais, est lorsque le patient est vu une première fois vers la fin d'un quart et que les résultats ne rentrent pas avant la fin de celui-ci.

Le patient nommé, qui se trouve alors dans la salle d'attente, se lève, se dirige vers la cabine désignée et prend place dans celle-ci. Quelques minutes après avoir appelé le patient, le leader clinique se rend à la cabine, s'assure que celui-ci est bien arrivé et examine rapidement visuellement son état. Le leader clinique laisse finalement le patient seul dans la cabine, ferme la porte derrière lui et retourne à son poste.

Lorsque le médecin en charge est disponible, il sélectionne le «dossier urgence» sur le comptoir et prend connaissance des résultats d'analyse et d'examen. Le médecin se dirige ensuite vers la cabine d'examen et va de nouveau à la rencontre du patient. À ce moment, le médecin discute avec le patient de ses résultats et le réexamine au besoin. Par le fait même, le médecin pose son diagnostic et en fait part au patient. Une fois son intervention complétée, le médecin sort de la cabine et retourne à son poste de travail. Il complète ses notes manuscrites au dossier, écrit sa prescription et entre le tout par la suite dans le dossier informatique du patient. Finalement, le médecin joint sa prescription au «dossier urgence» du patient et le dépose dans la section «patients revus» du pigeonier des infirmières.

Encore une fois, pour les besoins de ce travail dirigé nous limitons nos observations aux deux (2) scénarios les plus fréquemment rencontrés chez la clientèle ambulante. Ceux-ci comportent évidemment des divergences dans la suite du processus. Le premier étant le congé de l'hôpital avec un rendez-vous de suivi à la clinique de relance de l'urgence et le second est lorsque le patient est transféré dans un autre secteur de l'urgence.

Donc, dans les deux cas, l'infirmière de l'aire ambulatoire commence par prendre connaissance de la prescription médicale. Première option, elle demande à la commis de l'aire ambulatoire de prendre un rendez-vous à la clinique de relance de l'urgence. Pour ce faire, la commis entre dans le dossier informatique du patient et prend le rendez-vous à même le système. Elle inscrit par la suite sur une feuille de rendez-vous, la date et l'heure de ce dernier et remet la feuille à l'infirmière de l'aire ambulatoire. Celle-ci se dirige alors vers la cabine d'examen et informe le patient de son congé et de son rendez-vous de suivi. Le patient sort donc de la cabine et peut maintenant quitter l'urgence. L'infirmière sort également de la cabine et remet le « dossier urgence » à la commis de l'aire ambulatoire. À la réception du dossier, la commis s'assure que l'ensemble des données soient inscrites dans le dossier informatique du patient et qu'il ne manque aucun document papier dans le dossier physique. Une fois complété, la commis de l'aire ambulatoire retire le nom de patient de la cabine et de la liste des patients à l'urgence.

Dans le cas d'un transfert, l'infirmière de l'aire ambulatoire se dirige directement à la cabine d'examen et informe à nouveau le patient qu'il sera transféré dans un autre secteur

de l'urgence afin de le garder sous observation. L'infirmière sort de la cabine et remet le « dossier urgence » en mains propres au leader clinique. Ce dernier, à la réception du dossier, prend connaissance de la demande de transfert et appelle l'assistante infirmière chef.

L'assistante infirmière chef a comme fonction de coordonner les activités de l'ensemble des secteurs de l'urgence et de gérer les espaces civières. Donc, celle-ci répond à l'appel et en fonction du secteur, des espaces civières disponibles et de la répartition de son personnel, elle attribue une civière au patient. Sachant l'endroit du transfert, le leader clinique demande à un préposé aux bénéficiaires de procéder au transfert du patient. Il commence par aller chercher la civière désignée dans le secteur et l'apporte à la cabine d'examen où le patient l'attend. Le préposé aux bénéficiaires aide par la suite le patient à se coucher dans la civière et conduit le patient jusqu'au secteur. Suite au départ du patient, le leader clinique retire le nom du patient de la cabine et le transfert électroniquement dans l'emplacement de la civière du secteur désigné. Le leader remet par la suite le « dossier urgence » du patient à la commis de l'aire ambulatoire.

À la réception du dossier, la commis s'assure que l'ensemble des données soient inscrites dans le dossier informatique du patient et qu'il ne manque aucun document papier dans le dossier physique. Pour conclure le processus, la commis de l'aire ambulatoire dépose le « dossier urgence » dans le pigeonnier des archives médicales dans le cas d'un congé ou le transfert dans le secteur qui est maintenant en charge du patient.

Vous trouverez à l'annexe III le diagramme d'analyse (fichier Excel) élaboré à partir des concepts de la Méthode Harrington et Leclerc (1994), qui traduit le processus que nous venons de décrire. Suivra à l'annexe IV la cartographie sous forme de logigramme normatif, qui permet une visualisation schématique de ce même processus.

9. Analyse et résultats

À partir des recommandations du Guide de gestion de l'urgence et de la méthode d'Harrington et Leclerc (1994), nous avons établi différents indicateurs afin d'évaluer la trajectoire actuelle et de la comparer à notre proposition d'optimisation. Donc, les

mesures de performance dans le cadre de ce travail sont : le ratio d'activité à réelle valeur ajoutée sur le nombre d'activité totale, le ratio temps réel d'exécution de chacune des activités sur le temps global nécessaire pour les accomplir et l'établissement de balises de temps moyen avant d'atteindre certaines étapes clés de la trajectoire.

Premièrement, la trajectoire actuelle du patient ambulancier à la salle de traitement, telle que nous l'avons décrit, compte un total de 248 activités. Celles-ci ont été catégorisées selon les trois (3) états de valeur et se répartissent ainsi : 36 amènent une réelle valeur ajoutée, 177 sont du type administratives et 31 sont sans valeur ajoutée. Nous obtenons donc un taux d'activité à réelle valeur ajoutée de 14,5% sur l'ensemble du processus. Il est également intéressant d'établir le pourcentage pour chaque type d'intervenants. Dans ce sens, les médecins obtiennent un résultat de 23,3%, les infirmières, tout type confondu, (pré-triage, triage, leader clinique, ambulatoire et assistante) 1,2%, les commis 7,9% (inscription, ambulatoire et département) et les préposés aux bénéficiaires 10%.

Deuxièmement, le temps réel d'exécution et le temps global d'accomplissement pour chacune des activités ont été calculés. À partir de ces temps, nous avons été en mesure de déterminer les ratios pour chacun des scénarios relatés dans notre description de la trajectoire actuelle du patient. En effet, nous avons divisé les opérations en trois (3) cheminements distincts : le prélèvement sanguin, l'analyse d'urine et l'examen médical. Il faut comprendre que pour ces trois (3) options, bon nombre d'activités sont les mêmes mais qu'à certains moments le processus se diversifie selon l'ordonnance du médecin. Donc, dans le cas d'un prélèvement sanguin, nous avons obtenu, suite à nos observations, un temps réel de 56 minutes comparativement à un temps global de 321 minutes soit un ratio de 17,55%. En ce qui a trait à l'analyse d'urine, le temps travaillé est de 58 minutes versus 334 minutes au global pour un ratio de 17,29%. Le taux de 22,15% pour l'examen médical résulte d'un temps d'exécution de 73 minutes et d'un temps global de 329 minutes. Ces temps comptabilisent les activités allant de l'arrivée du patient jusqu'à la transmission de la prescription médicale. Nous avons également établi les temps et les ratios pour les deux (2) fins de processus possibles retenues pour notre analyse; congé de l'hôpital ou transfert dans un secteur de l'urgence. Théoriquement, donner congé à un patient prend 4 minutes, mais en pratique un total de 11 minutes est nécessaire. Le

transfert de secteur prend 11 minutes au réel et nécessite 88 minutes pour l'accomplir. Les ratios respectifs sont donc de 41.59% et de 12.29%. À partir de ces résultats, nous pouvons également établir les ratios de différentes possibilités relativement à l'ordonnance et à la prescription médicale.

Finalement, nous avons relevé différents temps moyens de quelques étapes clés du processus comme référence afin d'évaluer l'évolution de la trajectoire. Dans un premier temps, nous avons déterminé la durée moyenne de séjour (DMS) des patients ambulants. Toutefois, uniquement le congé de l'hôpital a été considéré comme fin de processus dans nos calculs. Donc, la DMS pour un patient ambulant, peu importe la nature de l'intervention, obtenant son congé de l'hôpital est de 339 minutes. Ensuite, nous avons relevé la durée moyenne de la phase d'évaluation du patient. Celle-ci est la première phase du processus regroupant l'ensemble des activités allant de l'arrivée du patient à la fin du triage. Selon nos observations, l'étape d'évaluation du patient est d'environ 61 minutes. Dans un dernier temps, nous nous sommes intéressés au concept, librement traduit de l'anglais, « de la porte au docteur » ("door to doctor"). Ce concept est plutôt simple et découle du principe que ce que veut réellement le patient, c'est voir un médecin (Toussaint, 2010). Présentement à l'urgence, le temps moyen d'un patient ambulant avant d'être vu par un médecin est de 185 minutes.

10. Recommandations

Dans l'optique de rationaliser la trajectoire de la clientèle ambulante et d'améliorer la performance, nous avons débuté par l'élimination des activités sans réelle valeur ajoutée. Mis à part les différentes attentes (pré-triage, inscription, triage, évaluation médicale, obtention des résultats), l'ensemble des activités S.V.A. a été supprimé de la trajectoire. Par contre, considérant les recommandations qui suivent, nous estimons que les délais d'attente seront réduits de moitié. En effet, les éléments suivants permettront de libérer plus rapidement et d'accentuer la disponibilité des cabines d'examen afin de voir un nombre plus grand de patient. Vous trouverez à l'annexe V, un tableau synthèse des causes directes des différentes activités S.V.A., ainsi que les solutions proposées pour les éliminer.

Par la suite, nous nous sommes attardés à l'étude des activités à valeur ajoutée administrative. Bien que ces activités soient utiles au bon fonctionnement du processus, nous pouvons néanmoins les optimiser. Afin d'y parvenir, nous pouvons, à titre d'exemple, s'assurer que ce soit le bon intervenant qui accomplisse la tâche, limiter les déplacements et introduire une meilleure technologie. À partir de constats faits lors de nos observations, voici des pistes de solutions que nous avons appliquées à la trajectoire en lien avec la rationalisation des activités V.A.A. (Tableau synthèse à l'annexe VI).

Un premier constat fût la quantité importante de paperasse produite tout du long de la trajectoire du patient. À l'aube de l'intégration du dossier patient électronique, nous croyons qu'il serait pertinent d'éliminer le plus possible les documents manuscrits. D'autant plus, que l'aire ambulatoire est déjà munie adéquatement du point de vue informatique pour y parvenir. En effet, la totalité des postes de travail et des cabines d'examen sont équipés d'ordinateurs. Donc, médecin et infirmière pourraient entrer leurs ordonnances et leurs notes directement à l'ordinateur et ce à même la cabine d'examen. Ceci élimine du même coup quelques déplacements et impressions inutiles. Cependant, certains documents papiers devront pour l'instant subsister. C'est le cas, entre autres, des requêtes interdépartementales. Cependant, à ce qui à trait aux requêtes papiers, nous avons intégré les principales requêtes ainsi qu'un adressographe au matériel disponible dans les salles d'examen. Cette initiative s'inscrivait dans le cadre de notre projet d'amélioration de l'organisation matérielle visant à diminuer les gaspillages reliés aux déplacements hors cabine. Donc, les requêtes peuvent également être complétées en présence du patient et ainsi éviter de sortir de la cabine pour ensuite y revenir. Ces solutions représentent des gains faciles d'efficacité puisque les lieux physiques sont déjà aménagés. Il ne reste qu'à les intégrer dans les habitudes de travail du personnel.

Une autre piste d'amélioration provient de la révision des méthodes de travail. Nous avons constaté lors de nos observations des lacunes dans l'organisation du travail dues au manque de travail d'équipe. Nous suggérons pour palier à ce problème, l'implantation du concept cellulaire afin d'accélérer le flux du patient. L'instauration de cellule de travail structuré et fixe jumelant un médecin à une infirmière optimiserait leur prestation de service. Le principe est simple, le médecin sera toujours accompagné d'une infirmière

lors de la prise en charge d'un patient. De cette façon, l'infirmière accompagne le médecin lors de sa rencontre avec le patient et peut amorcer son intervention dès la transmission de l'ordonnance verbale du médecin. Nous éliminons ainsi d'autres déplacements et transmissions de documents inutiles.

Toujours dans l'optique de désengorger les cabines de l'aire ambulatoire et de voir un nombre grandissant de patient, nous nous sommes intéressés à une initiative mise en place par l'Hôpital général juif de Montréal. Leur stratégie fut de mettre en place une unité nommée « Rapid Assessment Zone » afin d'orienter une clientèle ciblée à partir du triage vers une autre aire physique de l'urgence, avec cabine et équipe dédiée. Cette aire physique est en quelque sorte un prolongement de l'aire ambulatoire. Son objectif est de favoriser une approche « verticale » auprès d'une clientèle ciblée, soit dispenser les soins et les traitements sur des fauteuils ergonomiques. Entre chaque traitement, les patients retournent vers la salle d'attente. Au moment d'écrire ces mots, cette stratégie prenait forme à l'urgence de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Celle-ci a nécessité, entre autres, un réaménagement des lieux physiques et un remaniement des effectifs de l'aire ambulatoire afin de couvrir cette nouvelle zone.

Par l'application de ces solutions, nous sommes parvenus à optimiser de façon significative la trajectoire de la clientèle à l'aire ambulatoire et ce sans effectuer des modifications majeures. Vous trouverez, à l'annexe VII, le diagramme d'analyse (fichier Excel) de la trajectoire optimisée élaboré à partir des concepts de la Méthode Harrington et Leclerc (1994), qui intègre les solutions que nous venons de résumer. Suivra à l'annexe VIII la cartographie sous forme de logigramme normatif, qui permet une visualisation schématique du processus optimisé. Maintenant, voyons l'impact de nos propositions sur les indicateurs de performance.

La trajectoire optimisée du patient ambulant à la salle de traitement compte maintenant un total de 211 activités. Nous retrouvons toujours 36 activités amenant une réelle valeur ajoutée. Les activités sans valeur ajoutée ont été réduites à trois (3) et celles dites administratives à 172. Nous obtenons ainsi un taux d'activité à réelle valeur ajoutée de 17% sur l'ensemble du processus. Les taux par type d'intervenant se situent à 29,6% pour

les médecins, à 20,45% pour les infirmières (tout type confondu), à 9,4% chez les commis et celui des préposés aux bénéficiaires s'élève à 25%.

Concernant la proportion du temps d'exécution sur le temps global, l'évolution est appréciable. Dans le cas du prélèvement sanguin, le ratio passe de 17,55% à 20,89%, basé sur des temps optimisés de 50 minutes au réel et de 240 au global. En ce qui a trait à l'analyse d'urine, le temps travaillé est passé à 51 minutes comparativement à 247 minutes au global pour un ratio majoré à 20,63%. Le nouveau taux de 27,92% pour l'examen médical est appuyé sur un temps d'exécution de 62 minutes et un temps global de 223 minutes. Pour les deux fins de processus envisageables, les temps pour donner congé à un patient demeure inchangé. Le transfert de secteur, quant à lui, prend maintenant 10 minutes au réel et nécessite 56 minutes pour l'accomplir. Les ratios respectifs sont donc de 41.59% et de 17.20%.

Finalement, la durée moyenne de séjour des patients ambulants initialement de 339 minutes chute à 248 minutes. La phase d'évaluation du patient de la trajectoire optimisée prend 39 minutes ce qui est pratiquement deux (2) fois moins que la trajectoire actuelle. Le plus important selon nous c'est que désormais le patient attend maintenant en moyenne 106 minutes avant d'être en présence d'un médecin.

D'autres opportunités sont également envisageables afin de rationaliser davantage la trajectoire de la clientèle ambulante. Nous les présentons cependant sous forme de pistes de réflexion, puisqu'elles bouleversent plus drastiquement la culture et les acquis du personnel. L'étape du pré-triage, à certains moments de la journée (principalement en début de journée) perd de sa raison d'être. En effet, lorsque la salle d'attente est pratiquement vide, le pré-triage est une perte de temps puisque le patient pourrait passer directement au triage qui est libre. Le pré-triage devrait être en opération uniquement lorsque la situation le requière au même titre que la réévaluation. L'infirmière assignée à ce poste pourrait donc être réaffectée à d'autres tâches de façon sporadique. Bien que l'inscription soit une étape administrative primordiale, nous notons des éléments redondants avec les étapes du pré-triage et du triage. Une étude plus approfondie de la phase d'évaluation du patient serait intéressante afin de la simplifier et d'envisager d'effectuer l'inscription et le triage de façon simultanée. De concert avec l'équipe

médicale, il serait également intéressant d'élargir à nouveau l'implantation des ordonnances collectives, qui permet aux infirmières du triage d'envoyer, par exemple, un usager en radiologie dès son arrivée à l'urgence, afin qu'il ait ses résultats en main au moment de voir le médecin. Finalement, nous pourrions également envisager l'idée d'embaucher des infirmières praticiennes afin qu'elles puissent pratiquer à l'urgence et de préférence au triage afin d'améliorer la qualité du triage et l'utilisation des ordonnances collectives.

11. Conclusion

Comme nous l'avons mentionné, notre mandat s'inscrivait dans le cadre d'une initiative organisationnelle visant à améliorer la fluidité de la clientèle de l'urgence vers les unités de soins. La révision des processus de l'aire ambulatoire représente la deuxième phase de la démarche menée au sein du programme-clientèle urgence en lien avec ce projet. Nous avons donc proposé dans ce rapport, des améliorations pouvant être apportées à l'organisation du travail de l'aire ambulatoire dans le but justement d'optimiser la trajectoire de la clientèle ambulante. La première étape consistait à l'organisation physique et matérielle des cabines d'examen dans l'optique d'éliminer les déplacements inutiles et les tâches répétitives, en plus de compter en tout temps sur du matériel et de l'équipement disponible et fonctionnel. Le programme-clientèle urgence s'attaquera maintenant à l'étude et la mise en place d'une trajectoire priorisant les personnes âgées et vulnérables. Cette procédure vise à entreprendre les activités d'évaluation de la condition pour établir leur orientation subséquente le plus près possible de leur arrivée et durant les heures de présence des familles accompagnatrices et des professionnels concernés. Une approche adaptée à la personne âgée permettrait de s'assurer que toutes les interventions nécessaires soient faites pour prévenir et, dans la mesure du possible, éviter le déconditionnement des patients âgés occasionné par un séjour prolongé sur une civière. Cette mesure viendrait par le fait même améliorer la durée moyenne de séjour des personnes âgées pour lesquelles une hospitalisation est prévisible. Il est également envisagé de moduler les heures de travail du personnel et de l'équipe médicale en fonction des pics d'achalandage afin de répondre adéquatement aux variations prévisibles d'arrivée de la clientèle. L'objectif est également de diminuer l'impact de la non-

disponibilité des intervenants à certains moments précis (heures de repas, transferts interservices, etc.).

Cependant, malgré tous les efforts mis de l'avant par le programme-clientèle urgence et son personnel, il faut également que la première ligne (CSSS) et les unités de soins fassent leur bout de chemin afin de répondre à la demande de l'urgence. En effet, le rendement de l'urgence et la durée moyenne de séjour des patients sur civières dépendent grandement des unités de soins. L'urgence a beau optimiser ses processus et améliorer la fluidité de ses trajectoires, si les unités de soins ne libèrent pas des lits pour accueillir de nouveaux patients, l'urgence reste prise avec les patients. L'urgence devrait être la porte d'entrée de l'hôpital et non le débordement de celle-ci. Dans cet esprit, l'équipe médicale du programme-clientèle urgence a longuement milité pour un protocole de surcapacité sur les étages. Le fondement de ce protocole est fort simple : pourquoi l'urgence doit fonctionner avec des taux d'occupation annuel moyen dépassant les 140%, alors que les unités de soins ne prennent pas un seul patient en surplus de leur capacité? Il a également été prouvé par des études que les conditions de surcapacité sur les étages sont beaucoup moins néfastes pour les patients que celles rencontrées dans les corridors d'une urgence. À défaut d'obtenir la collaboration des autres disciplines médicales, il semblerait que le Ministre de la Santé, Dr Hébert, ait donné son aval à une circulaire sur la surcapacité obligeant les étages et la première ligne (CSSS) à prendre en charge les patients.

Bref, il existe une quantité impressionnante d'opportunités d'améliorations continues que nous pouvons saisir dans le contexte actuel. Il n'en revient qu'à nous de devenir des agents de changement afin de modifier nos façons de faire et d'enrayer nos vieilles mentalités. Continuer de croire que faire plus de la même manière entrainera de meilleurs résultats nous mènera à coup sur dans une impasse.

Bibliographie

- ARTHUR, Jay (2011). *Lean Six Sigma for Hospitals: Simple Steps to Fast, Affordable, and Flawless Healthcare*, McGraw-Hill, 368 pages, ISBN 978-0-0717-5325-8
- BAYNAT, Bruno (2000). *Théorie des files d'attente : Des chaînes de Markov aux réseaux à forme produit*, Hermes Sciences Publications, 326 pages, ISBN 978-2-7462-0120-0
- BERCZUK, C. (2008). *The Lean Hospital*, The Hospitalist. [En ligne]. Disponible : http://www.the-hospitalist.org/details/article/186537/The_Lean_Hospital.html
- BURGESS, N., Z.J. RADNOR et R. DAVIES (2009). *Taxonomy of Lean Healthcare : A framework for evaluating activity and impact*. In proceeding of the 16th International European Operations Management Conference (EUROMA) 2009, Juin 14-17, 2009, Göteborg, Sweden.
- BUTERA, Frederico (1991). *La Métamorphose de l'organisation : Du château au réseau*. Les Éditions d'organisation, Paris.
- DE NEVE, Johan et Micheline VAN MIGRO (2008). *Six Sigma et Lean Manufacturing mis en œuvre dans un établissement de soins*, *Healthcare Executive*, no 34 (mars), p.34-38
- DUPUY, François (1999). *Pourquoi est-il aussi difficile de réformer l'administration publique?*, *Construire aujourd'hui l'administration de demain*, Paris, OCDE, vol. n° 7, 11p.
- EIGLER, P. et E. LANGEARD (1987). *Servuction*, France, Mac Graw Hill, présentation brochée, ISBN 2-7042-1127-2
- FUJITSU (2011). *Analyse diagnostique des processus de l'urgence de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont selon l'approche Lean Healthcare*, Fujitsu, Document non publié.
- GAUTHIER, Benoît (dir.) (2008). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*, 5^e édition, Sainte-Foy, Presse de l'Université du Québec, 784 pages, ISBN 978-2-7605-1600-7.
- GRUA, Hervé et Jean-Michel SEGONZAC (2003). *La production par les flux, configurer les processus industriels autour des besoins clients*, 2^e édition, Dunod, 272 pages, ISBN 978-2-1000-7178-4.
- GOLDRATT, Eliyahu M. et Jeff COX (2006). *Le But : Un processus de progrès permanent*, éditions AFNOR, 469 pages, ISBN 2-12-465641-4

GRABAN, Mark (2009). *Lean Hospitals, Improving Quality, Patient Safety, and Employee Satisfaction*, New York, Productivity Press, 252 pages, ISBN 978-1-4200-8380-4

HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT (Page consultée le 19 février 2013), *Plan stratégique 2011- 2014*, [en ligne], http://www.maisonneuve-rosemont.org/doc/hopital/documents/plan%20strategique/Plan%20stratégique%20HMR%202011_version%20intégrale_final_110822.pdf

HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT (Page consultée le 19 février 2013), *Plan annuel de gestion 2010-2011*, [en ligne], <http://www.maisonneuve-rosemont.org/doc/hopital/rapports%20annuels/Rapport%20annuel%20gestion-%202011.pdf>

HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT (Page consultée le 19 février 2013), *Plan annuel de gestion 2011-2012*, [en ligne], http://www.maisonneuve-rosemont.org/doc/hopital/rapports%20annuels/Rapport-annuel-de-gestion_2011-2012.pdf

IMAI, M. (1989). *Kaizen, le maillon essentiel de la créativité japonaise*, Qualité-Magazine, France, Association française pour la qualité, n° 14, p. 23-34, ISSN 0768-858X.

KERNAGHAN, Kenneth, Brian MARSON et Sandford BORINS (2001). *L'administration publique de l'avenir*, Canada, Institut d'administration publique du Canada, 389 p., chap1, p.1-16, ISBN 0-920715-96-6

LESCARBEAU, Robert, Maurice PAYETTE et Yves ST-ARNAUD (2003). *Profession : consultant*, 4^e éd., Montréal, Gaëtan Morin, 333, pages, ISBN 2-89105-824-0

MBASSEGUÉ, Patrick Gérard (2011). *Organisation du travail*, Note de cours ENAP (PowerPoint), Canada, Montréal, 2011.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (Page consultée le 19 février 2013). *Plan stratégique 2010-2015*, [en ligne], <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-717-02.pdf>

MONGILLON, P. et S. VERDOUX (2003). *L'entreprise orientée Processus*. AFNOR, St-Denis La Plaine Cedex.

MONTREUIL, Sylvie et Fernande LAMONDE (2002). *L'ergonomie : un apport à la gestion des ressources humaines*, Revue Effectif, sept./oct. 2002, p. 22-27, Reproduit avec l'autorisation de l'Ordre des conseillers en ressources humaines, Tous droit réservés.

NOLLET, Jean, Joseph KÉLADA et Mattio O. DIORIO (1994). *La gestion des opérations et de la production: une approche systémique*, 2e édition, Gaëtan Morin éditeur, 682 pages, ISBN 2-8910-5520-9

PAILLASSARD, Françoise et Linda CASTRO (2010). *L'approche Lean un outil préalable et indispensable à l'efficacité opérationnelle des systèmes hospitalier : Le cas des services d'urgence* [en ligne], [http://giseh2010.isima.fr/papiers/\[065\].pdf](http://giseh2010.isima.fr/papiers/[065].pdf), Fichier en pdf

PAQUET, Renaud (2001). *Les particularités de la réorganisation du travail dans le secteur public*, dans CHARIH, M et P. P. TREMBLAY (dir.), *Enjeux de l'administration publique*, ENAP, Canada, 264 p., p. 239-264, ISBN 2-9201-1259-7.

PORTER, Michael (1982). *Choix stratégique et concurrence*, Paris, Économica

PORTER, Michael (1986). *L'analyse concurrentiel*, InterEdition

STEVENSON, W.J. et C. BENEDETTI (2007). *La Gestion des Opérations: Produits et Services*. Chenelière-McGraw-Hill, Montréal.

ST-ONGE, Sylvie, Michel AUDET, Sylvie GUERRERO et André PETIT (2009). *Relever les défis de la gestion des ressources humaines*, 3^e édition, Gaëtan Morin Éditeur, Montréal, 504 pages, ISBN 978-2-8963-2045-5

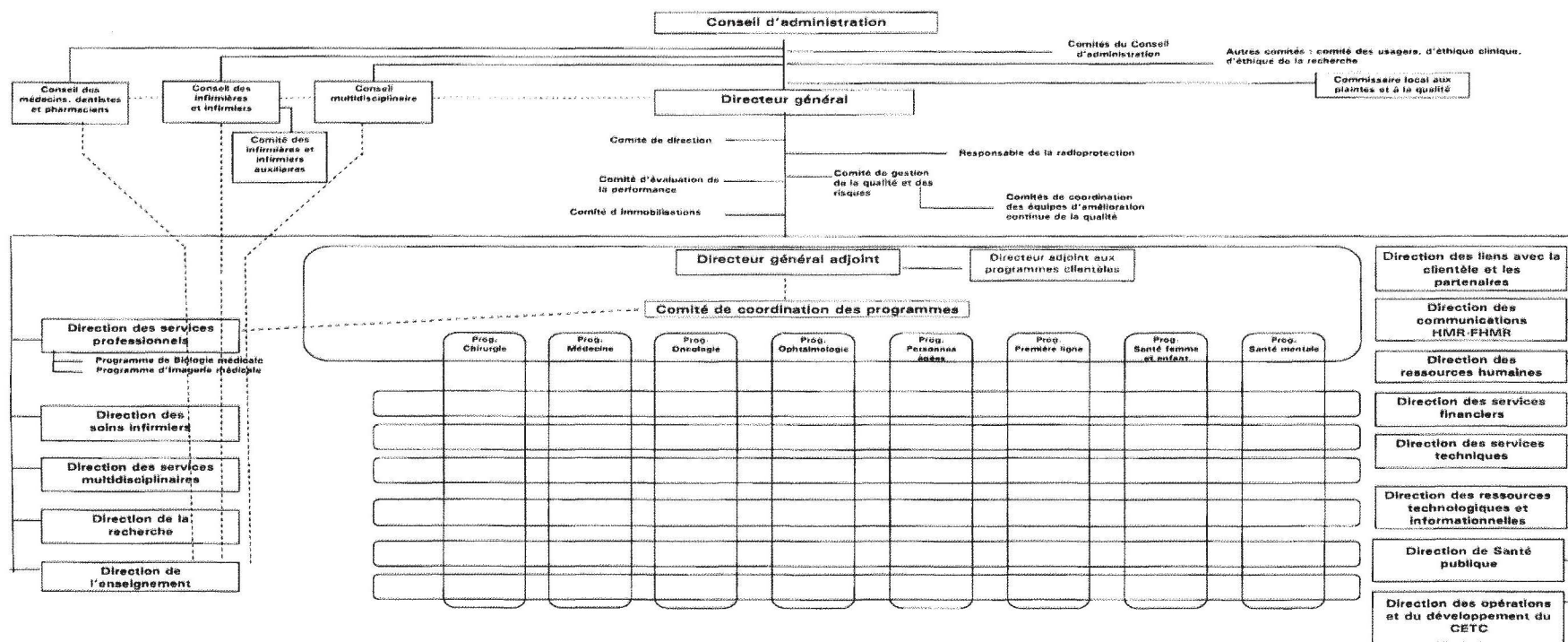
TOUSSAINT, John, Roger A. GERARD et Emily ADAMS (2010). *On the Mend, Revolutionizing Healthcare to Save Lives and Transform the Industry*, Cambridge, Lean Enterprise Institute, 181 pages, ISBN 978-1-934109-27-4

WOMACK, James et Daniel JONES (2009). *Système Lean, Penser l'entreprise au plus juste*, France, 2^e édition, Pearson Éducation France, 438 pages, ISBN 978-2-7440-7391-5

Annexes

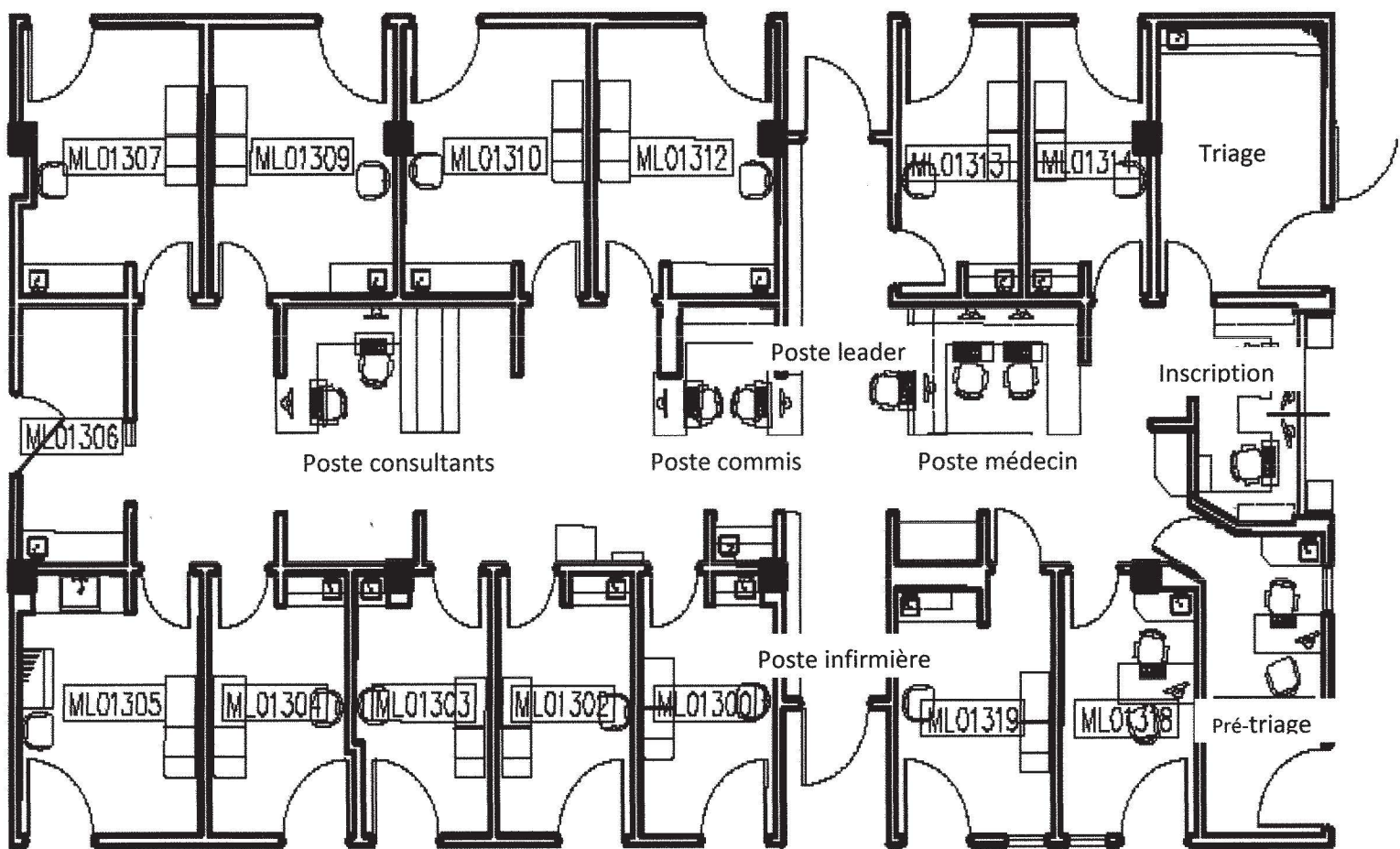
Annexe I

Organigramme de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont



Annexe II

Plan de l'aménagement physique de l'aire ambulatoire



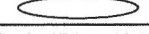
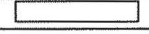

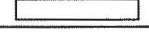
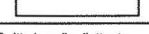
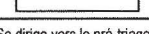
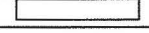
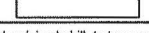



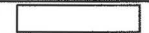
Annexe III - Diagramme d'analyse des processus actuels

Diagramme d'analyse des processus actuels - Fluidité générale de la trajectoire de la clientèle dans l'aire ambulatoire

Diagramme d'analyse de processus

Analyse des processus actuels - Fluidité générale de la trajectoire de la clientèle dans l'aire ambulatoire

LIMITE DU PROCESSUS

Org.	Intervenants	PH I : Activités/Symboles	PH II : Tâches/Opérations	PH III : Flux d'information	PH IV : Technologies	PH V : Lieux d'activités	PH VI : Temps alloués		PH VII : Résultats / RVA
							TR (minutes)	TG (minutes)	
Phase 1: Évaluation du patient									
Patient	A1	Arrive à l'urgence de l'hôpital 	T.1 Enter dans l'urgence	I.1 Signalisation	Tch.1 Ambulant	L.1 Entrée de l'urgence	0,0	0,0	R.V.A.
	A2	Prend un billet au guichet 	T.1 Appuyer sur l'écran tactile	I.1 Signalisation	Tch.1 Billeterie informatisé	L.1 Entrée de l'urgence	0,25	1,0	R.V.A.
					Tch.2 Manuel				
A3	Prend place dans la salle d'attente 	T.1 Aller dans la salle d'attente	I.1 Signalisation	Tch.1 Ambulant	L.1 Salle d'attente	0,5	11,0	R.V.A.	
		T.2 S'asseoir							
Infirmière du pré-triage	A4	Regarde dans le système 	T.1 Cibler les numéros en attente	I.1 Liste des numéros	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Cabine pré-triage	0,1	3,0	V.A.A.
	A5	Appelle le patient 	T.1 Appeler un numéro	I.1 Liste des numéros	Tch.1 Cerveau	L.1 Salle d'attente	0,1	0,1	R.V.A.
Patient	A6	Quitte la salle d'attente 	T.1 Se lever	I.1 Son numéro	Tch.1 Ambulant	L.1 Salle d'attente	0,25	0,5	V.A.A.
	A7	Se dirige vers le pré-triage 	T.1 Aller à la cabine pré-triage	I.1 Localisation du pré-triage	Tch.1 Ambulant	L.1 Salle d'attente	0,25	1,0	V.A.A.
				I.2 Signalisation					
Infirmière du pré-triage	A8	Accueil le patient 	T.1 Saluer le patient	I.1 Courtoisie, bienséance	Tch.1 Cerveau	L.1 Cabine du pré-triage	0,1	0,2	V.A.A.
	A9	Demande son billet et ses cartes 	T.1 Interagir avec le patient	I.1 Billet	Tch.1 Voix	L.1 Cabine du pré-triage	0,1	0,3	V.A.A.
				I.2 Cartes assurance-maladie et d'hôpital	Tch.2 Cerveau				
	A10	Numérise le billet et ses cartes ou entre les données du patient 	T.1 Prendre le billet et les cartes	I.1 Billet	Tch.1 Lecteur optique	L.1 Cabine du pré-triage	0,25	0,5	V.A.A.
			T.2 Numériser le billet et les cartes	I.1 Carte d'assurance maladie	Tch.2 Logiciel informatique				
	A11	Valide la raison de la visite 	T.1 Discuter avec le patient	I.1 Verbalisation	Tch.1 Cerveau	L.1 Cabine du pré-triage	0,5	1,3	R.V.A.
			T.2 Déterminer la raison de la visite	I.2 État physique du patient	Tch.2 Voix				
A12	Examine visuellement le patient 	T.1 Regarder le patient	I.1 État physique du patient	Tch.1 Cerveau	L.1 Cabine du pré-triage	0,25	0,4	R.V.A.	
A13	Entre les informations dans le système 	T.1 Rédiger les notes	I.1 Normes de rédaction des notes du pré-triage	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Cabine du pré-triage	0,5	1,0	V.A.A.	
				I.2 Verbalisation et état physique du patient	Tch.2 Clavier				
				I.3 Connaissance des éléments nécessaires					

	A14	Remet les cartes au patient 	T.1 Remettre les cartes	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine du pré-triage	0,2	0,2	V.A.A.
	A15	Invite le patient à aller s'inscrire 	T.1 Interagir avec le patient	I.1 Localisation de l'inscription I.2 Signalisation	Tch.1 Cerveau Tch.2 Voix	L.1 Cabine du pré-triage	0,1	0,1	V.A.A.
Patient	A16	Se dirige vers l'inscription 	T.1 Aller à l'inscription	I.1 Localisation de l'inscription I.2 Signalisation	Tch.1 Ambulant	L.1 Comptoir de l'inscription	0,5	0,5	V.A.A.
	A17	Attend en ligne 	T.1 Patienter	I.1 Localisation de la ligne d'attente	Tch.1 Ambulant	L.1 Comptoir de l'inscription	2,0	2,0	S.V.J.
Commis à l'inscription	A18	Invite le patient à s'asseoir 	T.1 Interagir avec le patient	I.1 Destinataire	Tch.1 Voix	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,2	V.A.A.
	A19	Demande au patient ses cartes et son nom 	T.1 Interagir avec le patient	I.1 Cartes assurance-maladie et d'hôpital	Tch.1 Voix Tch.2 Cerveau	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,2	V.A.A.
	A20	Sélectionne le patient dans le système 	T.1 Sélectionner le patient	I.1 Nom du patient I.2 Connaissance du système Med-Urge	Tch.1 Logiciel informatique Tch.2 Ordinateur	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,2	V.A.A.
	A21	Entre les informations requises par le système 	T.1 Répondre aux exigences du système T.2 Questionner le patient	I.1 Connaissance du système Med-Urge I.2 Verbalisation I.3 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Logiciel informatique Tch.2 Clavier	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,25	V.A.A.
	A22	Valide les données du patient 	T.1 Discuter avec le patient	I.1 Verbalisation	Tch.1 Cerveau	L.1 Comptoir de l'inscription	0,25	0,4	R.V.A.
	A23	Corrige ou complète les données du patient 	T.1 Lire les données du patient T.2 Interagir avec le patient T.3 Rédiger les données	I.1 Nature des données I.2 Connaissance des éléments nécessaires I.3 Verbalisation	Tch.1 Logiciel informatique Tch.2 Voix Tch.3 Cerveau	L.1 Comptoir de l'inscription	0,25	0,4	V.A.A.
	A24	Regarde si patient possède un dossier médical à HMR 	T.1 Lire les données du patient	I.1 Connaissance des éléments nécessaires I.2 Données du patient	Tch.1 Logiciel informatique Tch.2 Cerveau	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,2	V.A.A.
	A25	Sélectionne le dossier dans le système ou crée un nouveau numéro de dossier 	T.1 Sélectionner / Créer le dossier	I.1 Nom du patient I.2 Connaissance du système Med-Urge	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,3	V.A.A.
	A26	Produit une carte HMR au patient 	T.1 Activer la production de la carte	I.1 Connaissance du système Med-Urge	Tch.1 Logiciel informatique Tch.2 Embosseuse	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,1	V.A.A.
	A27	Imprime le formulaire AH-280 	T.1 Imprimer le formulaire AH-280	I.1 Nature du formulaire AH-280	Tch.1 Imprimante	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,1	V.A.A.
	A28	Change de système informatique 	T.1 Ouvrir le système Vision T.2 S'identifier	I.1 Connaissance du système Vision	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Comptoir de l'inscription	0,5	1,0	S.V.J.
	A29	Entre le numéro de dossier du patient 	T.1 Transcrire le numéro	I.1 Numéro de dossier I.2 Connaissance du système Vision	Tch.1 Logiciel informatique Tch.2 Clavier	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,2	V.A.A.
	A30	Imprime la feuille du médecin 	T.1 Imprimer la feuille du médecin	I.1 Nature de la feuille du médecin	Tch.1 Imprimante	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,2	V.A.A.
	A31	Prend d'autres formulaires 	T.1 Sélectionner les formulaires	I.1 Connaissance des formulaires nécessaires I.2 Emplacement des formulaires	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir de l'inscription	0,2	0,3	V.A.A.

Patient	A32	Plaque les différents documents	T.1 Insérer la carte d'hôpital	I.1 Carte de l'hôpital	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir de l'inscription	0,25	0,5	V.A.A.
			T.2 Plaquer les documents	I.2 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.2 Adressographe				
	A33	Récupère les impressions	T.1 Sélectionner les impressions	I.1 Localisation de l'imprimante	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,2	V.A.A.
Patient	A34	Demande au patient de signer le consentement (formulaire AH-280)	T.1 Remettre le formulaire de consentement	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,2	V.A.A.
	A35	Prend le formulaire	T.1 Recevoir le formulaire	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,1	V.A.A.
	A36	Prend connaissance du formulaire	T.1 Lire le formulaire	I.1 Nature du formulaire	Tch.1 Cerveau	L.1 Comptoir de l'inscription	0,3	0,3	V.A.A.
	A37	Signe le formulaire	T.1 Inscription de sa signature	I.1 Formulaire de consentement	Tch.1 Écriture	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,2	R.V.A.
Commis à l'inscription	A38	Remet le formulaire à la commis de l'inscription	T.1 Remettre le formulaire de consentement	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,2	V.A.A.
	A39	Reprend le formulaire	T.1 Recevoir le formulaire	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,1	V.A.A.
	A40	Signe le formulaire	T.1 Inscription de sa signature	I.1 Formulaire de consentement	Tch.1 Écriture	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,2	S.V.A.
	A41	Regroupe l'ensemble des documents qui constitue le "dossier urgence" du patient	T.1 Constituer le "dossier urgence"	I.1 Nature des documents	Tch.1 Cerveau	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,2	V.A.A.
	A42	Remet le "dossier urgence" au patient	T.1 Remettre le "dossier urgence"	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,2	V.A.A.
Patient	A43	Invite le patient à retourner dans la salle d'attente	T.1 Interagir avec le patient	I.1 Localisation de la salle d'attente	Tch.1 Cerveau	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,1	V.A.A.
	A44	Quitte l'inscription	T.1 Se lever	I.1 Localisation de la salle d'attente	Tch.1 Ambulant	L.1 Salle d'attente	0,2	0,5	V.A.A.
Infirmière du triage	A45	Retourne s'asseoir dans la salle d'attente	T.1 Aller à la salle d'attente	I.1 Localisation de la salle d'attente	Tch.1 Ambulant	L.1 Salle d'attente	0,3	15,0	S.V.A.
	A46	Regarde dans le système	T.1 Cibler les patients à être triés	I.1 Liste des patients	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Cabine du triage	0,1	3,0	V.A.A.
	A47	Sélectionne le premier patient en attente	T.1 Sélectionner le patient	I.1 Ordre chronologique	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Cabine du triage	0,1	0,2	V.A.A.
	A48	Sort de la cabine	T.1 Se lever	I.1 Localisation de la salle d'attente	Tch.1 Ambulant	L.1 Cabine du triage	0,2	0,3	S.V.A.
	A49	Appelle le patient	T.1 Appeler le nom du patient	I.1 Nom du patient	Tch.1 Cerveau	L.1 Salle d'attente	0,1	0,1	R.V.A.

Patient	A50	Quitte la salle d'attente 	T.1 Se lever	I.1 Son nom I.2 Signalisation	Tch.1 Ambulant	L.1 Salle d'attente	0,5	0,5	V.A.A.
	A51	Se dirige vers le triage 	T.1 Aller à la cabine de triage	I.1 Localisation du Triage I.2 Signalisation	Tch.1 Ambulant	L.1 Salle d'attente	0,5	0,5	V.A.A.
Infirmière du triage	A52	Invite le patient à s'asseoir 	T.1 Interagir avec le patient	I.1 Nom du patient	Tch.1 Voix	L.1 Cabine du triage	0,1	0,3	V.A.A.
	A53	Demande le "dossier urgence" au patient 	T.1 Interagir avec le patient	I.1 "Dossier urgence"	Tch.1 Voix Tch.2 Cerveau	L.1 Cabine du triage	0,1	0,2	V.A.A.
	A54	Investigue la raison de la visite 	T.1 Discuter avec le patient T.2 Déterminer la raison de la visite	I.1 Verbalisation I.2 État physique du patient	Tch.1 Cerveau Tch.2 Voix	L.1 Cabine du triage	0,5	1,5	R.V.A.
	A55	Dresse le bilan médical du patient 	T.1 Traiter l'information T.2 Rédiger le bilan médical	I.1 Verbalisation et état physique du patient I.2 Normes de rédaction du bilan médical	Tch.1 Cerveau Tch.2 Logiciel informatique	L.1 Cabine du triage	0,5	1,5	V.A.A.
	A56	Entre les informations recueillies dans le système 	T.1 Rédiger les notes	I.1 Normes de rédaction des notes du triage I.2 Verbalisation et état physique du patient	Tch.1 Logiciel informatique Tch.2 Clavier	L.1 Cabine du triage	0,5	1,25	V.A.A.
	A57	Prend les signes vitaux du patients 	T.1 Prendre la température T.2 Prendre la pression	I.1 Corps humain du patient I.2 Connaissance de l'appareil	Tch.1 Appareil à signe vitaux Tch.2 Logiciel informatique	L.1 Cabine du triage	1,0	1,5	R.V.A.
	A58	Complète les données dans le système 	T.1 Lire les données du patient T.2 Traiter l'information T.3 Répondre aux exigences du système	I.1 Nature des données I.2 Connaissance du système Med-Urge I.3 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Logiciel informatique Tch.2 Clavier	L.1 Cabine du triage	0,3	0,5	V.A.A.
	A59	Valide la cote de priorité du patient 	T.1 Déterminer la validité de la cote de priorité	I.1 Connaissance des critères d'évaluation du triage I.2 Connaissance de l'échelle de priorités	Tch.1 Cerveau	L.1 Cabine du triage	0,1	0,2	R.V.A.
	A60	Sauvegarde le triage du patient 	T.1 Enregistrer le triage du patient	I.1 Connaissance du système Med-Urge	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Cabine du triage	0,1	0,1	V.A.A.
	A61	Imprime la feuille de triage du patient 	T.1 Imprimer la feuille de triage	I.1 Nature de la feuille de triage	Tch.1 Imprimante	L.1 Cabine du triage	0,1	0,2	V.A.A.
	A62	Joint la feuille au "dossier urgence" du patient 	T.1 Insérer la feuille de triage dans le "dossier urgence"	I.1 Nature des documents	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine du triage	0,1	0,3	V.A.A.
	A63	Met le bracelet d'identification au patient 	T.1 Mettre le bracelet au poignet du patient	I.1 Emplacement du bracelet	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine du triage	0,1	0,25	V.A.A.
	A64	Invite le patient à retourner à la salle d'attente 	T.1 Interagir avec le patient	I.1 Localisation de la salle d'attente I.2 Signalisation	Tch.1 Cerveau Tch.2 Voix	L.1 Cabine du triage	0,1	0,3	V.A.A.
	A65	Quitte la cabine du triage 	T.1 Se lever	I.1 Son nom I.2 Signalisation	Tch.1 Ambulant	L.1 Poste central de l'aire ambulatoire	0,2	0,3	V.A.A.
	A66	Se dirige vers le poste du leader clinique 	T.1 Aller à la cabine de triage	I.1 Localisation du Triage I.2 Signalisation	Tch.1 Ambulant	L.1 Poste du leader clinique	0,3	3,0	V.A.A.
A67	Dépose le "dossier urgence" dans son pigeonier 	T.1 Transmettre le "dossier urgence"	I.1 Nom du destinataire I.2 Localisation du pigeonier du leader	Tch.1 Manuel	L.1 Poste du leader clinique	0,1	0,2	V.A.A.	

Phase 2 : Prise en charge du patient									
Leader clinique	A68	Prend le "dossier urgence" dans le pigeonier	T.1 Sélectionner le dossier	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste du leader clinique	0,1	25,0	V.A.A.
				I.2 Nom du patient					
	A69	Prend connaissance du dossier	T.1 Lire la feuille de triage	I.1 Nature de la feuille de triage	Tch.1 Cerveau	L.1 Poste du leader clinique	1,0	3,0	V.A.A.
			T.2 Traiter l'information	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Cerveau				
	A70	Détermine l'ordre de consultation	T.1 Traiter l'information	I. Nature des dossiers	Tch.1 Cerveau	L.1 Poste du leader clinique	1,0	3,0	R.V.A.
			T.2 Déterminer l'ordonnancement	I.2 Connaissance de l'échelle de priorités					
	A71	Dépose le dossier sur le comptoir des médecins	T.1 Transmettre le "dossier urgence"	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des médecins	0,2	0,5	V.A.A.
				I.2 Localisation du comptoir des médecins					
A72	Regarde dans le système le statut des cabines d'examen	T.1 Cibler les cabines	I.1 Schéma des cabines	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Poste du leader clinique	1,0	3,0	V.A.A.	
			I.2 Statut des cabines	Tch.2 Cerveau					
A73	Attribue une cabine au patient	T.1 Identifier une cabine libre	I.1 Statut des cabines	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Poste du leader clinique	0,5	60,0	R.V.A.	
		T.2 Associer le patient à la cabine	I.2 Listes des patients						
A74	Inscrit le numéro de la cabine sur l'aide mémoire du "dossier urgence"	T.1 Écrire le numéro de la cabine	I.1 Numéro des cabines	Tch.1 Écriture	L.1 Poste du leader clinique	0,1	0,3	V.A.A.	
			I.2 Nature des "dossiers urgence"						
A75	Appelle le patient	T.1 Appeler le nom du patient	I.1 Nom du patient	Tch.1 Système d'intercom	L.1 Poste du leader clinique	0,1	5,0	R.V.A.	
				Tch.2 Voix					
Patient	A76	Se dirige vers la cabine désignée	T.1 Aller à la cabine d'examen	I.1 Localisation de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Salle d'attente	1,0	2,0	V.A.A.
				I.2 Signalisation					
A77	Prend place dans la cabine d'examen	T.1 Entrer dans la cabine d'examen	I.1 Numéro de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Cabine d'examen	0,5	1,0	V.A.A.	
		T.2 S'asseoir	I.2 Aménagement de la cabine						
Leader clinique	A78	Se rend à la cabine	T.1 Aller à la cabine d'examen	I.1 Localisation de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Poste central de l'aire ambulatoire	0,3	5,0	V.A.A.
									
	A79	S'assure que le patient est arrivé	T.1 Regarder si le patient est présent	I.1 Nom du patient	Tch.1 Cerveau	L.1 Cabine d'examen	0,1	0,2	V.A.A.
									
	A80	Évalue visuellement l'état du patient	T.1 Regarder le patient	I.1 État physique du patient	Tch.1 Cerveau	L.1 Cabine d'examen	0,2	0,2	V.A.A.
		T.2 Déceler des signes physiques							
A81	Demande au patient d'enfiler une jaquette d'hôpital	T.1 Inviter le patient à se changer	I.1 Emplacement des jaquettes	Tch.1 Voix	L.1 Cabine d'examen	0,25	5,0	V.A.A.	
			I.2 Nature du dossier						
A82	Retourne à son poste	T.1 Aller au poste du leader clinique	I.1 Localisation du poste du leader clinique	Tch.1 Ambulant	L.1 Poste central de l'aire ambulatoire	0,3	1,5	V.A.A.	
									
A83	Prend le "dossier urgence" du patient	T.1 Sélectionner le dossier	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des médecins	0,1	1,25	V.A.A.	
			I.2 Nom du patient						
A84	Prend connaissance du dossier	T.1 Lire le dossier	I.1 Nature du dossier	Tch.1 Cerveau	L.1 Poste des médecins	2,0	5,0	V.A.A.	
		T.2 Traiter l'information	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Cerveau					
A85	Prend en charge le patient	T.1 Sélectionner le patient	I.1 Nom du patient	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Poste des médecins	0,3	1,0	R.V.A.	
		T.2 Inscrire son nom dans la fiche du patient	I.2 Connaissance du système Med-Urge						

Médecin

A86	Se dirige vers la cabine d'examen	T.1 Aller à la cabine d'examen	I.1 Localisation de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Poste central de l'aire ambulatoire	0,3	1,5	V.A.A.
A87	Discute avec le patient de la raison de sa visite à l'urgence et de son historique médical	T.1 Discuter avec le patient	I.1 Verbalisation	Tch.1 Cerveau	L.1 Cabine d'examen	2,0	2,0	R.V.A.
		T.2 Déterminer la raison de la visite	I.2 État physique du patient	Tch.2 Voix				
		T.3 Dresser l'historique médical						
A88	Examine le patient	T.1 Regarder le patient	I.1 Verbalisation	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine d'examen	2,0	2,0	R.V.A.
		T.2 Décèler des signes physiques	I.2 État physique du patient	Tch.2 Appareil de diagnostic				
A89	Sort de la cabine	T.1 Quitter la cabine	I.1 Aménagement de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Cabine d'examen	0,1	0,3	V.A.A.
A90	Retourne à son poste de travail	T.1 Aller au poste des médecins	I.1 Localisation du poste des médecins	Tch.1 Ambulant	L.1 Poste central de l'aire ambulatoire	0,3	0,50	V.A.A.
A91	Complète ses notes au "dossier urgence"	T.1 Rédiger les notes	I.1 Normes de rédaction des notes d'examination	Tch.1 Écriture	L.1 Poste des médecins	0,75	1,25	S.V.A.
			I.2 Examen du patient					
A92	Entre ses notes dans le système informatique	T.1 Rédiger les notes	I.1 Nature des notes manuscrites	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Poste des médecins	0,75	1,5	V.A.A.
			I.2 Connaissance du système Med-Urge					
A93	Complète les différentes requêtes	T.1 Sélectionner les requêtes	I.1 Connaissance des différentes requêtes	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des médecins	0,5	1,0	V.A.A.
		T.2 Compléter les requêtes	I.2 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.2 Écriture				
		T.3 Inscrire son numéro de permis						
A94	Entre ses ordonnances dans le système	T.1 Rédiger les ordonnances	I.1 Nature des notes manuscrites	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Poste des médecins	0,75	1,25	V.A.A.
			I.2 Connaissance du système Med-Urge					
A95	Imprime la feuille d'ordonnances	T.1 Imprimer la feuille d'ordonnances	I.1 Nature de la feuille d'ordonnances	Tch.1 Imprimante	L.1 Poste des médecins	0,1	0,1	V.A.A.
A96	Récupère la feuille à l'imprimante	T.1 Sélectionner les impressions	I.1 Localisation de l'imprimante	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des médecins	0,1	0,2	V.A.A.
A97	Joint la feuille d'ordonnances au "dossier urgence" du patient	T.1 Insérer la feuille d'ordonnances dans le "dossier urgence"	I.1 Nature des documents	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des médecins	0,1	0,2	V.A.A.
A98	Dépose le dossier dans le pigeonier des infirmières	T.1 Transmettre le "dossier urgence"	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des infirmières	0,1	0,2	V.A.A.
			I.2 Localisation du pigeonier des infirmières					
A99	Prend le "dossier urgence" du patient	T.1 Sélectionner le dossier	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des infirmières	0,1	5,0	V.A.A.
			I.2 Nom du patient					
A100	Prend en charge le patient	T.1 Sélectionner le patient	I.1 Nom du patient	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Poste des infirmières	0,3	1,0	R.V.A.
		T.2 Inscrire son nom dans la fiche du patient	I.2 Connaissance du système Med-Urge					
A101	Prend connaissance du "dossier urgence", des requêtes et des ordonnances	T.1 Lire le dossier, les requêtes et les ordonnances	I.1 Nature du dossier, des requêtes et des ordonnances	Tch.1 Cerveau	L.1 Poste des infirmières	1,0	2,0	V.A.A.
		T.2 Traiter l'information	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Cerveau				
A102	Plaquer les requêtes	T.1 Insérer la carte d'hôpital	I.1 Carte de l'hôpital	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des infirmières	0,25	0,5	V.A.A.
		T.2 Plaquer les requêtes	I.2 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.2 Adressographe				
A103	Plaquer des étiquettes d'identification autocollantes	T.1 Insérer la carte d'hôpital	I.1 Carte de l'hôpital	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des infirmières	0,25	0,5	V.A.A.

		T.2 Plaquer les étiquettes	I.2 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.2 Adressographe				
A104	Remplie une requête de suivi de demandes d'analyses	T.1 Sélectionner la requête	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des infirmières	0,2	0,4	V.A.A.
		T.2 Compléter la requête						
A105	Se dirige vers la cabine d'examen	T.1 Aller à la cabine d'examen	I.1 Localisation de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Poste central de l'aire ambulatoire	0,3	0,75	V.A.A.
A106	Évalue l'état du patient	T.1 Discuter avec le patient	I.1 Verbalisation	Tch.1 Cerveau	L.1 Cabine d'examen	0,25	0,5	R.V.A.
		T.2 Déceler des signes physiques	I.2 État physique du patient					
A107	Informe le patient de son intervention	T.1 Discuter avec le patient	I.1 Nature de l'intervention	Tch.1 Voix	L.1 Cabine d'examen	0,5	0,75	R.V.A.
			I.2 Verbalisation					
A108	Prend le matériel approprié pour son intervention	T.1 Sélectionner le matériel	I.1 Nature de l'intervention	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine d'examen	0,3	0,5	V.A.A.
			I.2 Emplacement du matériel					
A109 a.1	Pique le patient	T.1 Désinfecter le site de perfusion	I.1 Techniques de perfusion	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine d'examen	0,5	1,0	V.A.A.
		T.2 Insérer l'aiguille						
A109 a.2	Prélève échantillon de sang du patient	T.1 Insérer les tubes de prélèvements	I.1 Techniques de prélèvement	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine d'examen	0,5	1,0	R.V.A.
		T.2 Prélever le sang du patient						
A109 a.3	Identifie les tubes de prélèvement	T.1 Sélectionner les tubes	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine d'examen	0,5	1,0	V.A.A.
		T.2 Coller une étiquette d'identification						
A109 a.4	Dépose les tubes dans un sac plastique	T.1 Insérer les tubes dans le sac	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine d'examen	0,2	0,3	V.A.A.
A109 a.5	Joint la requête aux tubes	T.1 Insérer la feuille d'ordonnances dans le "dossier urgence"	I.1 Nature des documents	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine d'examen	0,1	0,2	V.A.A.
A109 a.6	Informe le patient de la suite du processus	T.1 Discuter avec le patient	I.1 Nature du processus	Tch.1 Voix	L.1 Cabine d'examen	0,5	0,75	V.A.A.
			I.2 Verbalisation					
A109 a.7	Invite le patient à retourner à la salle d'attente	T.1 Interagir avec le patient	I.1 Localisation de la salle d'attente	Tch.1 Voix	L.1 Cabine d'examen	0,1	0,3	V.A.A.
			I.2 Signalisation					
A109 a.8	Sort de la cabine d'examen	T.1 Quitter la cabine	I.1 Aménagement de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Cabine d'examen	0,1	0,3	V.A.A.
A109 a.9	Met le sac dans une capsule de transport	T.1 Insérer le sac dans un capsule de transport	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir système d'envoi de capsule	0,3	0,75	V.A.A.
A109 a.10	Envoie la capsule au laboratoire	T.1 Insérer la capsule dans le système de conduit d'envoi	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir système d'envoi de capsule	0,1	0,2	V.A.A.
			I.1 Connaissance du système d'envoi	Tch.2 Système de conduits d'envoi de capsule				
A109 b.1	Identifie les tubes d'analyse d'urine	T.1 Sélectionner les tubes	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine d'examen	0,5	1,0	V.A.A.
		T.2 Coller une étiquette d'identification						
A109 b.2	Prend un verre et un sac de plastique	T.1 Sélectionner le matériel	I.1 Nature de l'intervention	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine d'examen	0,3	0,5	V.A.A.
			I.2 Emplacement du matériel					
A109 b.3	Remet le tout au patient	T.1 Remettre le matériel	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine d'examen	0,2	0,3	V.A.A.

Patient	A109 b.4	Demande au patient de produire un échantillon et l'informe de la suite du processus 	T.1 Discuter avec le patient	I.1 Nature du processus	Tch.1 Voix	L.1 Cabine d'examen	0,5	0,75	V.A.A.
				I.2 Verbalisation					
	A109 b.5	Invite le patient à aller aux toilettes 	T.1 Interagir avec le patient	I.1 Localisation des toilettes	Tch.1 Voix	L.1 Cabine d'examen	0,1	0,3	V.A.A.
				I.2 Signalisation					
	A109 b.6	Sort de la cabine 	T.1 Quitter la cabine	I.1 Aménagement de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Cabine d'examen	0,2	0,4	V.A.A.
	A109 b.7	Produit l'échantillon 	T.1 Uriner dans le pot T.2 Transférer l'urine dans les tubes d'analyse	I.1 Nature de la procédure	Tch.1 Manuel	L.1 Toilettes visiteur de l'urgence	0,5	10,0	V.A.A.
	A109 b.8	Retourne à la salle d'attente 	T.1 Aller à la salle d'attente	I.1 Localisation à la salle d'attente	Tch.1 Ambulant	L.1 Comptoir de l'inscription	0,5	1,5	V.A.A.
A109 b.9	Remet l'échantillon à la commis de l'inscription 	T.1 Remettre l'échantillon	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Salle d'attente	0,2	1,0	V.A.A.	
Commis à l'inscription	A109 b.10	Réception de l'échantillon 	T.1 Sélectionner l'échantillon	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,2	V.A.A.
				I.2 Nom du patient					
	A109 b.11	Va porter l'échantillon au poste des infirmières 	T.1 Remettre l'échantillon	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Ambulant	L.1 Poste central de l'aire ambulatoire	0,5	1,0	S.V.A.
				I.2 Localisation du comptoir des infirmières					
Infirmière de l'aire ambulatoire	A109 b.12	Réception de l'échantillon 	T.1 Sélectionner l'échantillon	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des infirmières	0,1	0,2	S.V.A.
				I.2 Nom du patient					
	A109 b.13	Insère la requête dans le sac de l'échantillon 	T.1 Insérer la feuille d'ordonnances dans le "dossier urgence"	I.1 Nature des documents	Tch.1 Manuel	L.1 Poste central de l'aire ambulatoire	0,2	0,3	S.V.A.
	A109 b.14	Met le sac dans une capsule de transport 	T.1 Insérer le sac dans une capsule de transport	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir système d'envoi de capsule	0,3	1,0	V.A.A.
	A109 b.15	Envoie la capsule au laboratoire 	T.1 Insérer la capsule dans le système de conduit d'envoi	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir système d'envoi de capsule	0,1	0,2	V.A.A.
				I.1 Connaissance du système d'envoi	Tch.2 Système de conduits d'envoi de capsule				
	A109 c.1	Informe le patient qu'il fera l'objet d'un examen médical 	T.1 Discuter avec le patient	I.1 Nature de l'examen médical	Tch.1 Voix	L.1 Cabine d'examen	0,2	0,4	V.A.A.
				I.2 Verbalisation					
	A109 c.2	Explique le fonctionnement d'un examen médical 	T.1 Informer le patient sur le déroulement de l'examen	I.1 Nature de l'examen médical	Tch.1 Voix	L.1 Cabine d'examen	0,5	0,75	V.A.A.
				I.2 Verbalisation					
A109 c.3	Invite le patient à retourner à la salle d'attente 	T.1 Interagir avec le patient	I.1 Localisation de la salle d'attente	Tch.1 Voix	L.1 Cabine d'examen	0,1	0,3	V.A.A.	
			I.2 Signalisation						
A109 c.4	Sort de la cabine d'examen 	T.1 Quitter la cabine	I.1 Aménagement de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Cabine d'examen	0,1	0,3	V.A.A.	
A110	Retourne à son poste de travail 	T.1 Aller au poste des infirmières	I.1 Localisation du poste des infirmières	Tch.1 Ambulant	L.1 Poste des infirmières	0,3	0,75	V.A.A.	
A111	Complète ses notes sur le formulaire «notes d'évolution de l'infirmière» 	T.1 Rédiger les notes	I.1 Normes de rédaction des notes d'évolution de l'infirmière	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des infirmières	0,5	1,0	V.A.A.	
			I.2 Nature de l'évaluation du patient						
A112	Joint le formulaire au "dossier urgence" du patient 	T.1 Insérer le formulaire dans le "dossier urgence"	I.1 Nature des documents	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des infirmières	0,1	0,2	V.A.A.	

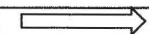
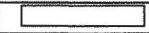

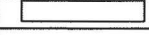

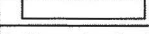
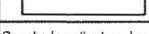
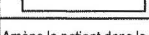
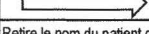

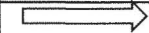
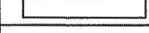


	A113	Dépose le "dossier urgence" dans le pigeonier "attente d'examen"	T.1 Déposer le dossier	I.1 Localisation du pigeonier "attente d'examen"	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des infirmières	0,1	0,3	V.A.A.
	A114	Retire informatiquement le patient de la cabine dans le système	T.1 Retirer le patient de la cabine	I.1 Connaissance du système Med-Urge I.2 Nom du patient	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Poste des infirmières	0,2	0,3	V.A.A.
	A115	Informe le leader clinique	T.1 Interagir avec le leader clinique	I.1 Localisation du leader clinique	Tch.1 Voix	L.1 Poste du leader clinique	0,3	0,5	V.A.A.
	A116	Remet à la commis de l'aire ambulatoire le suivi des demandes d'analyse / requête d'examen	T.1 Transmettre les documents	I.1 Nom du destinataire I.2 Localisation du poste de la commis de laire ambulatoire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,1	0,3	V.A.A.
Phase 3 : Suivi du patient									
Commis à l'aire ambulatoire	A117	Réception des documents	T.1 Sélectionner les documents	I.1 Nom du destinataire I.2 Nom du patient	Tch.1 Manuel	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,1	0,2	V.A.A.
	A118	Prend connaissance des documents	T.1 Lire les documents T.2 Traiter l'information	I.1 Nature des documents I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Cerveau Tch.1 Cerveau	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,2	0,3	V.A.A.
	A119	Entre les données dans le système informatique	T.1 Retranscrire les données	I.1 Norme de rédaction du dossier patient I.2 Connaissance du système Med-Urge	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,5	1,0	V.A.A.
	A120 a.1	Assure le suivi des demandes de laboratoires	T.1 Faire le suivi de demandes	I.1 Connaissance des éléments nécessaires I.2 Nature des demandes	Tch.1 Cerveau	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,1	0,1	V.A.A.
	A120 a.2	Récupère les résultats au télécopieur	T.1 Sélectionner les télécopies	I.1 Localisation du télécopieur	Tch.1 Manuel	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,2	40,0	R.V.A.
	A120 a.3	Joint les résultats à la feuille de suivi des demandes d'analyse	T.1 Joindre les résultats à la feuille de suivi des demandes d'analyse	I.1 Nature des résultats	Tch.1 Manuel	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,1	0,2	V.A.A.
	A120 a.4	Coche les laboratoires complétés	T.1 Cocher la feuille de suivi	I.1 Nature des résultats	Tch.1 Écriture	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,1	0,2	V.A.A.
	A120 b.1	Inscrit le patient au registre des examens	T.1 Inscire le nom du patient au registre des examens	I.1 Nature de l'examen médical I.2 Nature du registre des examens	Tch.1 Écriture	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,2	0,3	V.A.A.
	A120 b.2	Dépose la requête d'examen dans le pigeonier de la commissionnaire	T.1 Transmettre la requête	I.1 Nom du destinataire I.2 Localisation du pigeonier de la commissionnaire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste de la commissionnaire	0,2	0,4	S.T.A.
	Commissionnaire	A120 b.3	Réception de la requête	T.1 Sélectionner la requête	I.1 Nom du destinataire I.2 Nom du patient	Tch.1 Manuel	L.1 Poste de la commissionnaire	0,1	10,0
A120 b.4		Prend connaissance de la requête	T.1 Lire la requête T.2 Traiter l'information	I.1 Nature de la requête I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Cerveau Tch.1 Cerveau	L.1 Poste de la commissionnaire	0,2	0,3	S.T.A.
A120 b.5		Apporte la requête au département concerné	T.1 Transmettre la requête	I.1 Nom du destinataire I.2 Localisation du poste de la commis du département	Tch.1 Manuel	L.1 Accueil du département	1,0	3,0	S.T.A.
ament	A120 b.6	Réception de la requête	T.1 Sélectionner la requête	I.1 Nom du destinataire I.2 Nom du patient	Tch.1 Manuel	L.1 Accueil du département	0,1	0,2	V.A.A.
	A120 b.7	Prend connaissance de la requête	T.1 Lire la requête	I.1 Nature de la requête	Tch.1 Cerveau	L.1 Accueil du département	0,2	0,3	V.A.A.

Commis du départ	A120 b.8	Attribue un rendez-vous au patient	T.2 Traiter l'information	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Cerveau					
			T.1 Sélectionner un plage libre	I.1 Plage horaire	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Accueil du département	0,5	1,0	R.V.A.	
Commis de l'aire ambulatoire	A120 b.9	Appelle la commis de l'aire ambulatoire	T.2 Enregistrer le rendez-vous au nom du patient	I.2 Nature de la requête						
			T.1 Communiquer le moment du rendez-vous	I. Numéro de téléphone de la commis de l'aire ambulatoire	Tch.1 Service de téléphonie	L.1 Accueil du département	0,25	0,5	S.V.A.	
Commis de l'aire ambulatoire	A120 b.10	Repond à l'appel ou prend le message	T.1 Recevoir l'information	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Service de téléphonie	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,25	0,5	S.V.A.	
				I.2 Nom du patient						
	A120 b.11	Inscrit l'heure du rendez-vous au registre des examens	T.1 Inscire l'heure du rendez-vous au registre des examens	I.1 Nom du patient	Tch.1 Écriture	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,2	0,3	S.V.A.	
Commis de l'aire ambulatoire	A120 b.12	Informe l'infirmière de l'aire ambulatoire	T.1 Interagir avec le l'infirmière	I.1 Localisation de l'infirmière	Tch.1 Voix	L.1 Poste des infirmières	0,3	1,0	S.V.A.	
Infirmière de l'aire ambulatoire	A120 b.13	Prend le "dossier urgence" du patient	T.1 Sélectionner le dossier	I.1 Nom du patient	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des infirmières	0,1	0,3	S.V.A.	
	A120 b.14	Demande à un préposé d'amener le patient à son examen	T.1 Interagir avec le préposé aux bénéficiaires	I.1 Localisation du préposé aux bénéficiaires	Tch.1 Voix	L.1 Poste central de l'aire ambulatoire	0,25	1,0	S.V.A.	
Infirmière de l'aire ambulatoire	A120 b.15	Remet le dossier au préposé aux bénéficiaires	T.1 Remettre le "dossier urgence"	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste central de l'aire ambulatoire	0,1	0,2	S.V.A.	
Préposé aux bénéficiaires	A120 b.16	Prend le "dossier urgence" du patient	T.1 Recevoir le dossier	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste central de l'aire ambulatoire	0,1	0,2	S.V.A.	
	A120 b.17	Prend connaissance du dossier	T.1 Lire le dossier	I.1 Nom du patient	Tch.1 Cerveau	L.1 Poste central de l'aire ambulatoire	0,25	0,4	S.V.A.	
				T.2 Traiter l'information	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Cerveau				
	A120 b.18	Va à la rencontre du patient	T.1 Aller à la salle d'attente	I.1 Localisation à la salle d'attente	Tch.1 Ambulant	L.1 Salle d'attente	0,5	1,0	S.V.A.	
				I.2 Localisation du patient						
Préposé aux bénéficiaires	A120 b.19	Amène le patient à son examen médical	T.1 Conduire, accompagner le patient jusqu'au département	I.1 Localisation du département	Tch.1 Ambulant	L.1 Pavillon Marcel-Lamoureux	1,0	3,0	S.V.A.	
	A120 b.20	Informe le patient de la suite des procédures	T.1 Discuter avec le patient	I.1 Nature du processus	Tch.1 Voix	L.1 Pavillon Marcel-Lamoureux	0,25	0,5	S.V.A.	
Préposé aux bénéficiaires				I.2 Verbalisation						
	A120 b.21	Remet le dossier urgence au patient	T.1 Remettre le "dossier urgence"	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Pavillon Marcel-Lamoureux	0,1	0,2	S.V.A.	
Patient	A120 b.22	Passé son examen	T.1 Collaborer à l'exécution de son examen	I.1 Nature de l'examen	Tch.1 appareil de diagnostic	L.1 Département	10,0	20,0	R.V.A.	
					Tch.2 Corps humain					
	A120 b.23	Retourne à l'inscription de l'urgence	T.1 Aller à l'inscription de l'urgence	I.1 Localisation de l'inscription de l'urgence	Tch.1 Ambulant	L.1 Pavillon Marcel-Lamoureux	1,0	3,0	V.A.A.	
Patient	A120 b.24	Remet son dossier à la commis à l'inscription	T.1 Remettre le "dossier urgence"	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir de l'inscription	0,2	1,0	V.A.A.	
				I.2 Localisation du poste de la commis à l'inscription						
a l'inscription	A120 b.25	Réception du "dossier urgence" du patient	T.1 Recevoir le dossier	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,2	V.A.A.	
a l'inscription	A120 b.26	Dépose le "dossier urgence" dans le pigeonnier "attente d'examen"	T.1 Déposer le dossier	I.1 Localisation du pigeonnier "attente d'examen"	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des infirmières	0,5	1,0	S.V.A.	

Commis	A120 b.27	Informe la commis de l'aire ambulatoire du retour du patient	T.1 Interagir avec la commis de l'aire ambulatoire	I.1 Localisation de la commis de l'aire ambulatoire	Tch.1 Voix	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,2	0,3	V.A.A.	
	A120 b.28	Retire le patient du registre d'examen	T.1 Rayer le nom du patient du registre	I.1 Nom du patient I.2 Nature du registre des examens	Tch.1 Manuel	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,2	0,3	V.A.A.	
Commis de l'aire ambulatoire	A120 b.29	Vérifie dans le système l'entrée des résultats	T.1 Cibler l'entrée de résultats T.2 Traiter l'information	I.1 Connaissance du système Med-Urge	Tch.1 Cerveau Tch.2 Logiciel informatique	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,5	1,5	V.A.A.	
	A120 b.30	Imprime les résultats de l'examen médical	T.1 Imprimer les résultats d'examen médical	I.1 Nature des résultats d'examen médical	Tch.1 Imprimante	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,1	0,2	R.V.A.	
	A121	Regroupe l'ensemble des résultats	T.1 Sélectionner les résultats T.2 Mettre un trombone	I.1 Nature des documents I.2 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Manuel	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,1	0,2	V.A.A.	
	A122	Récupère le "dossier urgence" du patient	T.1 Sélectionner le "dossier urgence"	I.1 Localisation du pigeonier "attente d'examen" I.2 Nom du patient	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des infirmières	0,2	0,4	V.A.A.	
	A123	Joint les résultats au dossier	T.1 Insérer les résultats dans le "dossier urgence"	I.1 Nature des documents	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des infirmières	0,1	0,2	V.A.A.	
	A124	Dépose le dossier dans le pigeonier "patient à revoir" du leader clinique	T.1 Transmettre le "dossier urgence"	I.1 Nom du destinataire I.2 Localisation du pigeonier du leader	Tch.1 Manuel	L.1 Poste du leader clinique	0,2	0,4	V.A.A.	
	Phase 4 : Congé du patient									
	Leader clinique	A125	Prend le "dossier urgence" dans le pigeonier	T.1 Sélectionner le dossier	I.1 Nom du destinataire I.2 Nom du patient	Tch.1 Manuel	L.1 Poste du leader clinique	0,1	3,0	V.A.A.
A126		Prend connaissance du dossier et des résultats	T.1 Lire le dossier et les résultats T.2 Traiter l'information	I.1 Nature du dossier et des résultats I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Cerveau Tch.1 Cerveau	L.1 Poste du leader clinique	0,25	0,5	V.A.A.	
A127		Détermine l'ordre de consultation	T.1 Traiter l'information T.2 Déterminer l'ordonnancement	I. Nature des dossiers I.2 Connaissance de l'échelle de priorités	Tch.1 Cerveau	L.1 Poste du leader clinique	1,0	3,0	R.V.A.	
A128		Dépose le dossier sur le comptoir des médecins	T.1 Transmettre le "dossier urgence"	I.1 Nom du destinataire I.2 Localisation du comptoir des médecins	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des médecins	0,2	0,5	V.A.A.	
A129		Regarde dans le système le statut des cabines d'examen	T.1 Cibler les cabines	I.1 Schéma des cabines I.2 Statut des cabines	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Poste du leader clinique	0,5	2,0	V.A.A.	
A130		Attribue une cabine au patient	T.1 Identifier une cabine libre T.2 Associer le patient à la cabine	I.1 Statut des cabines I.2 Listes des patients	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Poste du leader clinique	0,5	30,0	R.V.A.	
A131		Inscrit le numéro de la cabine sur la requête de suivi de demandes d'analyses	T.1 Écrire le numéro de la cabine	I.1 Numéro des cabines I.2 Nature des "dossiers urgence"	Tch.1 Manuel	L.1 Poste du leader clinique	0,1	0,3	V.A.A.	
A132		Appelle le patient	T.1 Appeler le nom du patient	I.1 Nom du patient	Tch.1 Système d'intercom	L.1 Poste du leader clinique	0,1	0,5	R.V.A.	
Patient		A133	Se dirige vers la cabine désignée	T.1 Aller à la cabine d'examen	I.1 Localisation de la cabine I.2 Signalisation	Tch.1 Ambulant	L.1 Salle d'attente	1,0	2,0	V.A.A.
		A134	Prend place dans la cabine d'examen	T.1 Entrer dans la cabine d'examen	I.1 Numéro de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Cabine d'examen	0,5	1,0	V.A.A.

Leader clinique	A135	Se rend à la cabine	T.1 Aller à la cabine d'examen	I.1 Localisation de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Poste central de l'aire ambulatoire	0,3	2,0	V.A.A.
	A136	S'assure que le patient est arrivé	T.1 Regarder si le patient est présent	I.1 Nom du patient	Tch.1 Cerveau	L.1 Cabine d'examen	0,1	0,2	V.A.A.
	A137	Examine visuellement le patient	T.1 Regarder le patient T.2 Décélérer des signes physiques	I.1 État physique du patient	Tch.1 Cerveau	L.1 Cabine d'examen	0,2	0,2	V.A.A.
	A138	Retourne à son poste	T.1 Aller au poste du leader clinique	I.1 Localisation du poste du leader clinique	Tch.1 Ambulant	L.1 Poste central de l'aire ambulatoire	0,3	0,5	V.A.A.
	A139	Prend le "dossier urgence" du patient	T.1 Sélectionner le dossier	I.1 Nom du destinataire I.2 Nom du patient	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des médecins	0,1	1,25	V.A.A.
Médecin	A140	Prend connaissance des résultats	T.1 Lire le dossier et les résultats T.2 Traiter l'information	I.1 Nature du dossier et des résultats I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Cerveau Tch.1 Cerveau	L.1 Poste des médecins	1,5	3,0	V.A.A.
	A141	Se dirige vers la cabine d'examen	T.1 Aller à la cabine d'examen	I.1 Localisation de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Poste central de l'aire ambulatoire	0,3	0,75	V.A.A.
	A142	Discute avec le patient des résultats	T.1 Discuter avec le patient	I.1 Verbalisation I.2 Nature des résultats	Tch.1 Voix	L.1 Cabine d'examen	0,8	1,5	R.V.A.
	A143	Examine le patient	T.1 Regarder le patient T.2 Décélérer des signes physiques	I.1 Nature des résultats I.2 État physique du patient	Tch.1 Manuel Tch.2 Appareil de diagnostic	L.1 Cabine d'examen	2,0	2,0	R.V.A.
	A144	Pose un diagnostic	T.1 Traiter l'information	I.1 Nature des résultats I.2 Examen du patient	Tch.1 Cerveau	L.1 Cabine d'examen	0,1	0,1	R.V.A.
	A145	Informe le patient de sa décision	T.1 Discuter avec le patient	I.1 Nature du diagnostic I.2 Verbalisation	Tch.1 Voix	L.1 Cabine d'examen	0,5	0,75	V.A.A.
	A146	Sort de la cabine	T.1 Quitter la cabine	I.1 Aménagement de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Cabine d'examen	0,1	0,3	V.A.A.
	A147	Retourne à son poste de travail	T.1 Aller au poste des médecins	I.1 Localisation du poste des médecins	Tch.1 Ambulant	L.1 Poste central de l'aire ambulatoire	0,3	0,75	V.A.A.
	A148	Complète ses notes au "dossier urgence"	T.1 Rédiger les notes	I.1 Normes de rédaction des notes d'examen I.2 Examen du patient	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des médecins	0,75	1,25	R.V.A.
	A149	Écrit sa prescription	T.1 Rédiger les ordonnances	I.1 Nature du diagnostic	Tch.1 Écriture	L.1 Poste des médecins	0,5	1,0	R.V.A.
	A150	Entre ses notes dans le système informatique	T.1 Rédiger les notes	I.1 Nature des notes manuscrites I.2 Connaissance du système Med-Urge	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Poste des médecins	0,5	1,0	V.A.A.
	A151	Joint la feuille de prescription au "dossier urgence" du patient	T.1 Insérer la feuille de prescription dans le "dossier urgence"	I.1 Nature des documents	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des médecins	0,1	0,2	V.A.A.
	A152	Dépose le dossier dans le pigeonier des infirmières	T.1 Transmettre le "dossier urgence"	I.1 Nom du destinataire I.2 Localisation du pigeonier des infirmières	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des infirmières	0,1	0,3	V.A.A.
Aire de	A153	Prend connaissance de la prescription	T.1 Sélectionner le dossier	I.1 Nom du destinataire I.2 Nom du patient	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des infirmières	1,0	2,0	V.A.A.

Infirmière de ambulatoire	A154 a.1	Demande à la commis de l'aire ambulatoire de prendre un rendez-vous de suivi pour le patient	T.1 Interagir avec la commis de l'aire ambulatoire	I.1 Localisation de la commis de l'aire ambulatoire	Tch.1 Voix	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,25	1,0	V.A.A.
				I.1 Nature du rendez-vous					
Commis de l'aire ambulatoire	A154 a.2	Entre dans le dossier informatique du patient	T.1 Sélectionner le patient	I.1 Nom du patient	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,2	0,4	V.A.A.
				I.2 Connaissance du système Med-Urge					
	A154 a.3	Prend un rendez-vous	T.1 Sélectionner un plage libre	I.1 Plage horaire	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,2	0,4	R.V.A.
			T.2 Enregistrer le rendez-vous au nom du patient	I.2 Nature de la prescription					
	A154 a.4	Inscrit l'heure et la date sur une feuille de rendez-vous	T.1 Inscire l'heure et la date du rendez-vous	I.1 Nom du patient	Tch.1 Manuel	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,2	0,4	V.A.A.
			I.2 Connaissance du système Med-Urge						
A154 a.5	Remet la feuille de rendez-vous à l'infirmière	T.1 Remettre la feuille de rendez-vous	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,1	0,2	V.A.A.	
Infirmière de l'aire ambulatoire	A154 a.6	Prend la feuille de rendez-vous	T.1 Recevoir feuille rendez-vous	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des infirmières	0,1	0,2	V.A.A.
				I.2 Nom du patient					
	A154 a.7	Se dirige vers la cabine d'examen	T.1 Aller à la cabine d'examen	I.1 Localisation de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Poste central de l'aire ambulatoire	0,3	0,75	V.A.A.
A154 a.8	Informe le patient de son congé et de son rendez-vous de suivi en clinique externe	T.1 Discuter avec le patient	I.1 Renseignement sur le rendez-vous	Tch.1 Voix	L.1 Cabine d'examen	0,5	0,75	R.V.A.	
			I.2 Verbalisation						
Patient	A154 a.9	Sort de la cabine	T.1 Quitter la cabine	I.1 Aménagement de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Cabine d'examen	0,2	0,4	V.A.A.
A154 a.10	Quitte l'urgence	T.1 Partir de l'hôpital	I.1 Signalisation	Tch.1 Ambulant	L.1 Sortie de l'urgence	1,0	3,0	R.V.A.	
Infirmière de l'aire ambulatoire	A154 a.11	Sort de la cabine	T.1 Quitter la cabine	I.1 Aménagement de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Cabine d'examen	0,1	0,3	V.A.A.
Commis de l'aire ambulatoire	A154 a.12	Remet le dossier à la commis de l'aire ambulatoire	T.1 Transmettre le "dossier urgence"	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,1	0,3	V.A.A.
				I.2 Localisation du poste de la commis de l'aire ambulatoire					
	A154 a.13	Prend le dossier	T.1 Sélectionner le dossier	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,1	0,3	V.A.A.
			I.2 Nom du patient						
A154 a.14		S'assure que l'ensemble des informations soient inscrites dans le dossier informatique du patient	T.1 Valider l'ensemble des informations	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Cerveau	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	1,0	2,0	V.A.A.
			I.2 Nom du patient	Tch.2 Logiciel informatique					
A154 a.15	Retire le nom du patient de la cabine et de la liste des patients de l'aire ambulatoire	T.1 Retirer le patient de la cabine	I.1 Connaissance du système Med-Urge	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,1	0,3	V.A.A.	
		T.2 Supprimer le patient du système	I.2 Nom du patient						
Infirmière de l'aire ambulatoire	A154 b.1	Se dirige vers la cabine d'examen	T.1 Aller à la cabine d'examen	I.1 Localisation de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Poste central de l'aire ambulatoire	0,3	0,75	S.I.A.
	A154 b.2	Informe le patient de son transfert dans un autre secteur de l'urgence	T.1 Discuter avec le patient	I.1 Renseignement sur le transfert	Tch.1 Voix	L.1 Cabine d'examen	0,5	0,75	S.I.A.
				I.2 Verbalisation					
	A154 b.3	Sort de la cabine	T.1 Quitter la cabine	I.1 Aménagement de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Cabine d'examen	0,1	0,3	S.I.A.

Infin	A154 b.4	Remet le "dossier urgence" au leader clinique	T.1 Transmettre le "dossier urgence"	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste du leader clinique	0,5	1,0	V.A.A.
				I.2 Localisation du poste du leader					
Leader clinique	A154 b.5	Prend le dossier	T.1 Sélectionner le dossier	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste du leader clinique	1,0	5,0	V.A.A.
				I.2 Nom du patient					
	A154 b.6	Prend connaissance de la demande de transfert	T.1 Lire la demande de transfert	I.1 Nature de la demande de transfert	Tch.1 Cerveau	L.1 Poste du leader clinique	0,3	1,0	V.A.A.
			T.2 Traiter l'information	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Cerveau				
A154 b.7	Appelle l'assistante infirmière chef	T.1 Communiquer le besoin d'une civière	I. Numéro de téléphone de l'assistante infirmière chef	Tch.1 Service de téléphonie	L.1 Poste du leader clinique	0,5	1,0	V.A.A.	
									
Assistante infirmière chef	A154 b.8	Répond à l'appel	T.1 Recevoir l'information	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Service de téléphonie	L.1 Bureau de l'assistante infirmière chef	0,2	0,2	V.A.A.
				I.2 Nom du patient					
A154 b.9	Attribue une civière au patient	T.1 Identifier une civière libre	I.1 Statut des civières	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Bureau de l'assistante infirmière chef	0,5	60,0	R.V.A.	
		T.2 Associer le patient à la civière	I.2 Listes des patients						
Leader clinique	A154 b.10	Demande à un préposé aux bénéficiaires de transférer le patient	T.1 Interagir avec le préposé aux bénéficiaires	I.1 Localisation du préposé aux bénéficiaires	Tch.1 Voix	L.1 Poste central de l'aire ambulatoire	0,25	2,0	V.A.A.
									
Préposé aux bénéficiaires	A154 b.11	Va chercher la civière dans le secteur	T.1 Aller dans le secteur désigné	I.1 Localisation de la civière	Tch.1 Ambulant	L.1 Secteur de l'urgence	1,0	2,5	V.A.A.
				I.2 Localisation du secteur					
	A154 b.12	Se dirige vers la cabine du patient	T.1 Aller à la cabine d'examen	I.1 Localisation de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Secteur de l'urgence	1,0	2,5	V.A.A.
									
A154 b.13	Couche le patient sur la civière	T.1 Installer le patient sur la civière	I.1 Technique de mobilisation	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine d'examen	2,0	4,0	R.V.A.	
									
A154 b.14	Amène le patient dans le secteur désigné	T.1 Aller dans le secteur désigné	I.1 Localisation de l'emplacement de la civière	Tch.1 Ambulant	L.1 Secteur de l'urgence	1,0	2,5	V.A.A.	
			I.2 Localisation du secteur	Tch.2 Manuel					
Leader clinique	A154 b.15	Retire le nom du patient de la cabine et de la liste des patients de l'aire ambulatoire et le transfert à la civière du secteur désigné	T.1 Retirer le patient de la cabine	I.1 Connaissance du système Med-Urge	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Poste du leader clinique	0,2	0,3	V.A.A.
			T.2 Supprimer le patient du système	I.2 Nom du patient					
A154 b.16	Remet le dossier à la commis de l'aire ambulatoire	T.1 Transmettre le "dossier urgence"	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,1	0,3	V.A.A.	
			I.2 Localisation du poste de la commis de l'aire ambulatoire						
Commis de l'aire ambulatoire	A154 b.17	Prend le dossier	T.1 Sélectionner le dossier	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,1	0,3	V.A.A.
				I.2 Nom du patient					
	A154 b.18	S'assure que l'ensemble des informations soient inscrites dans le dossier informatique du patient	T.1 Valider l'ensemble des informations	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Cerveau	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	1,0	3,0	V.A.A.
				I.2 Nom du patient	Tch.2 Logiciel informatique				
A155	Dépose le "dossier urgence" dans le pigeonnier des archives ou transfert le dossier dans le secteur désigné	T.1 Transmettre le dossier	I.1 Localisation du pigeonnier des archives	Tch.1 Manuel	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,25	0,5	V.A.A.	
									

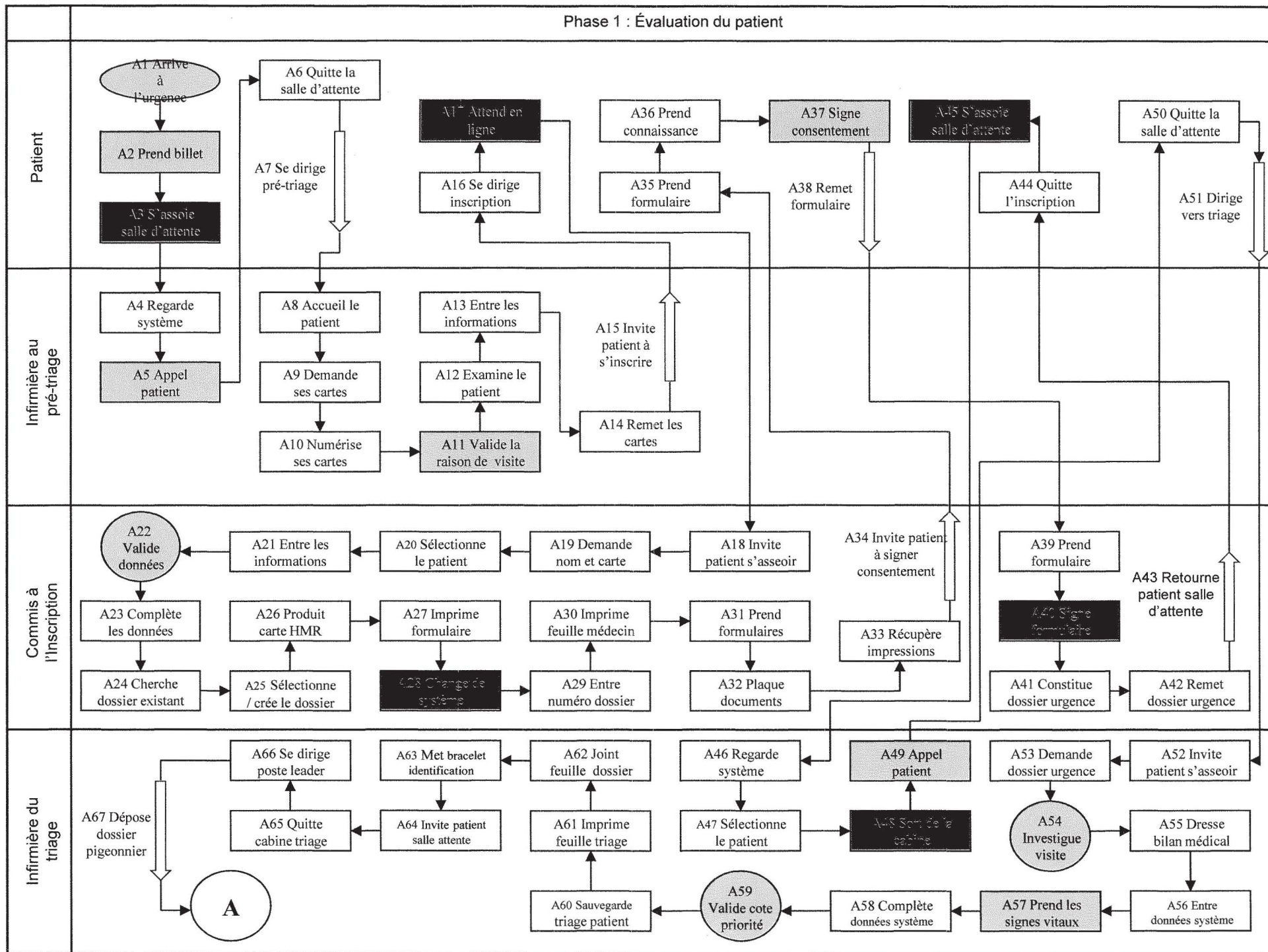
Ratio

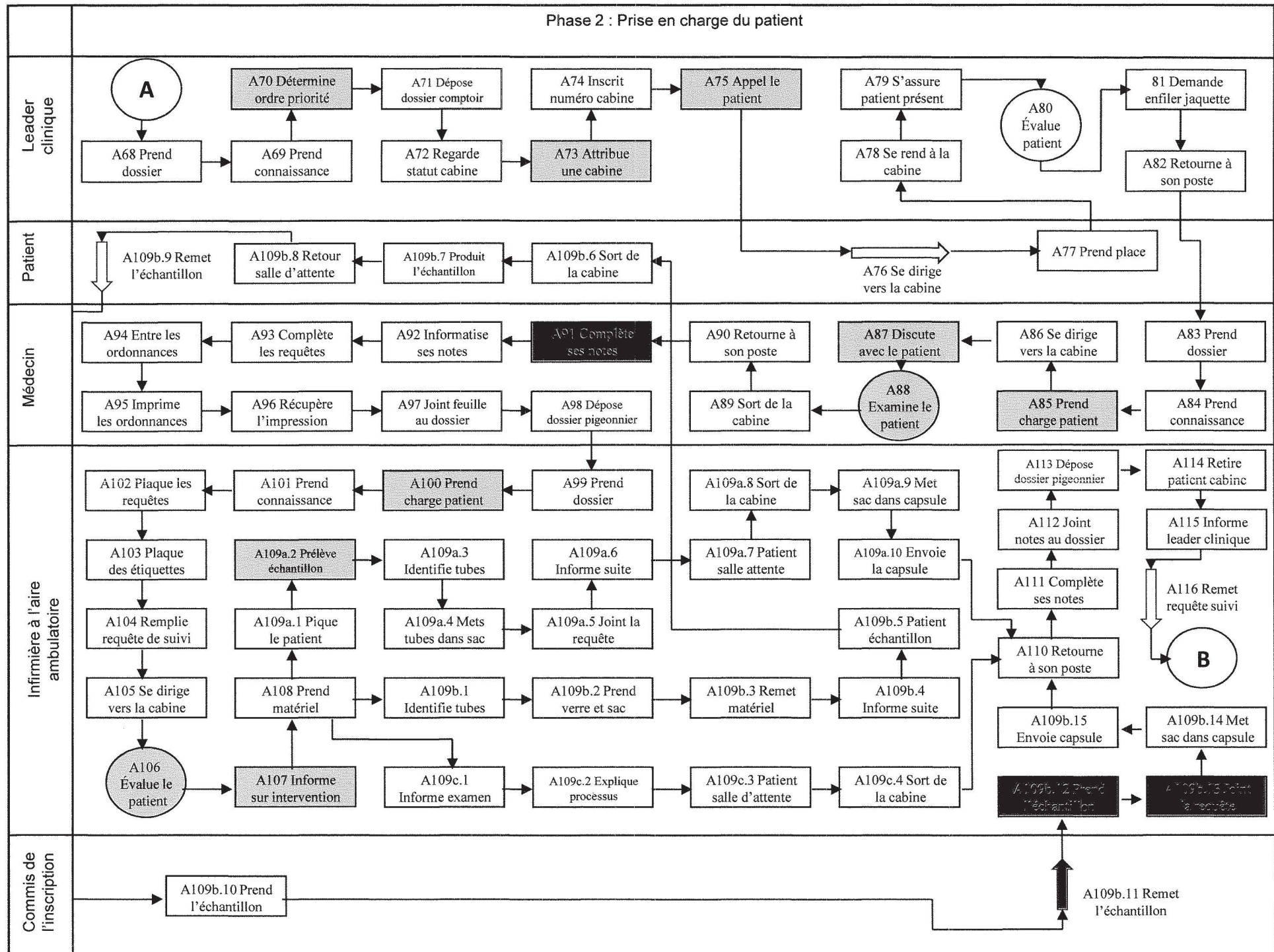
Prélèvement sanguin	56	321	0,1755
Analyse d'urine	58	334	0,1729
Examen	73	329	0,2215
Congé du patient	4	11	0,4159
Transfert du patient	11	88	0,1229

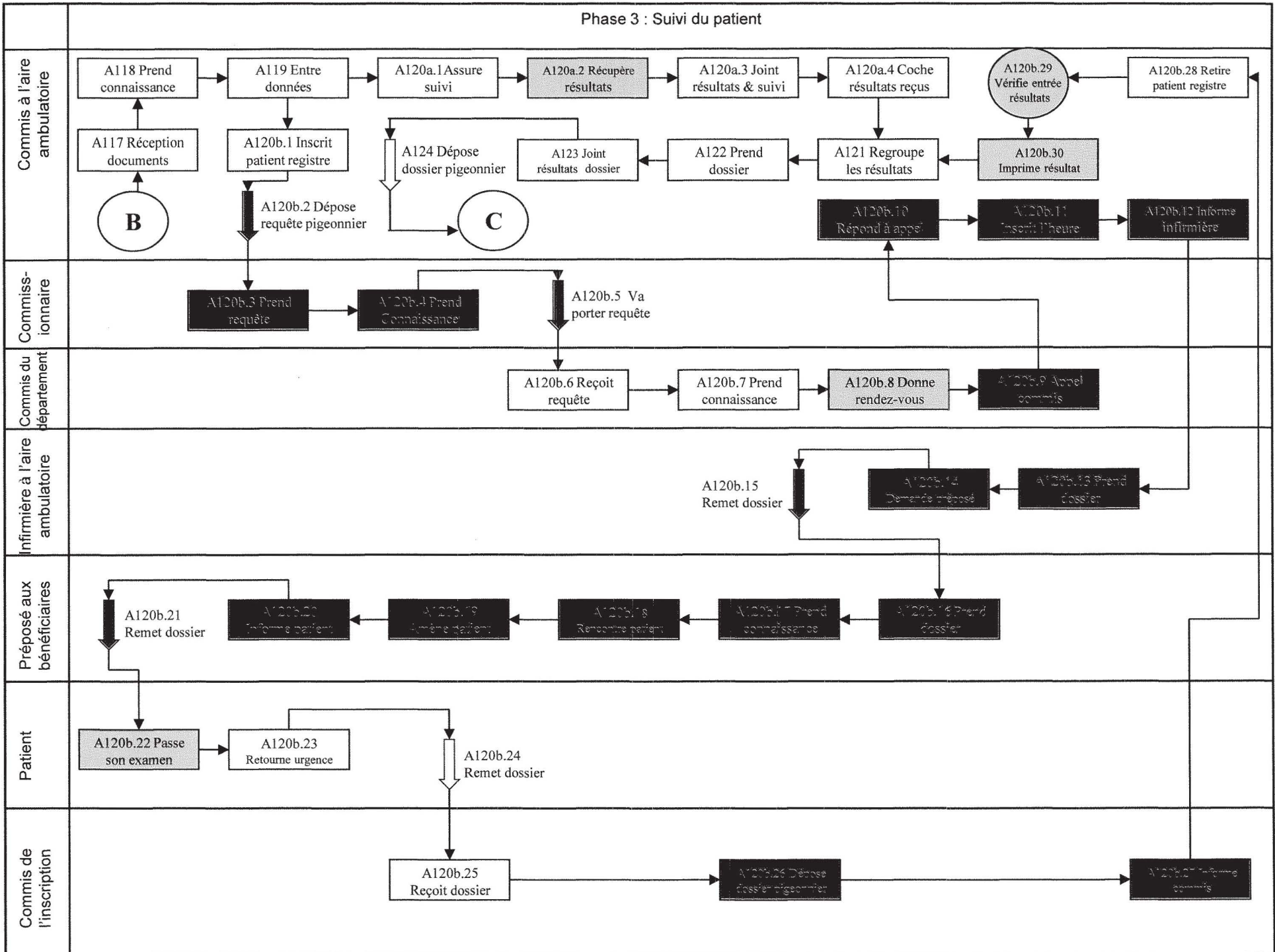
Annexe IV - Logigramme normatif d'analyse des processus actuels

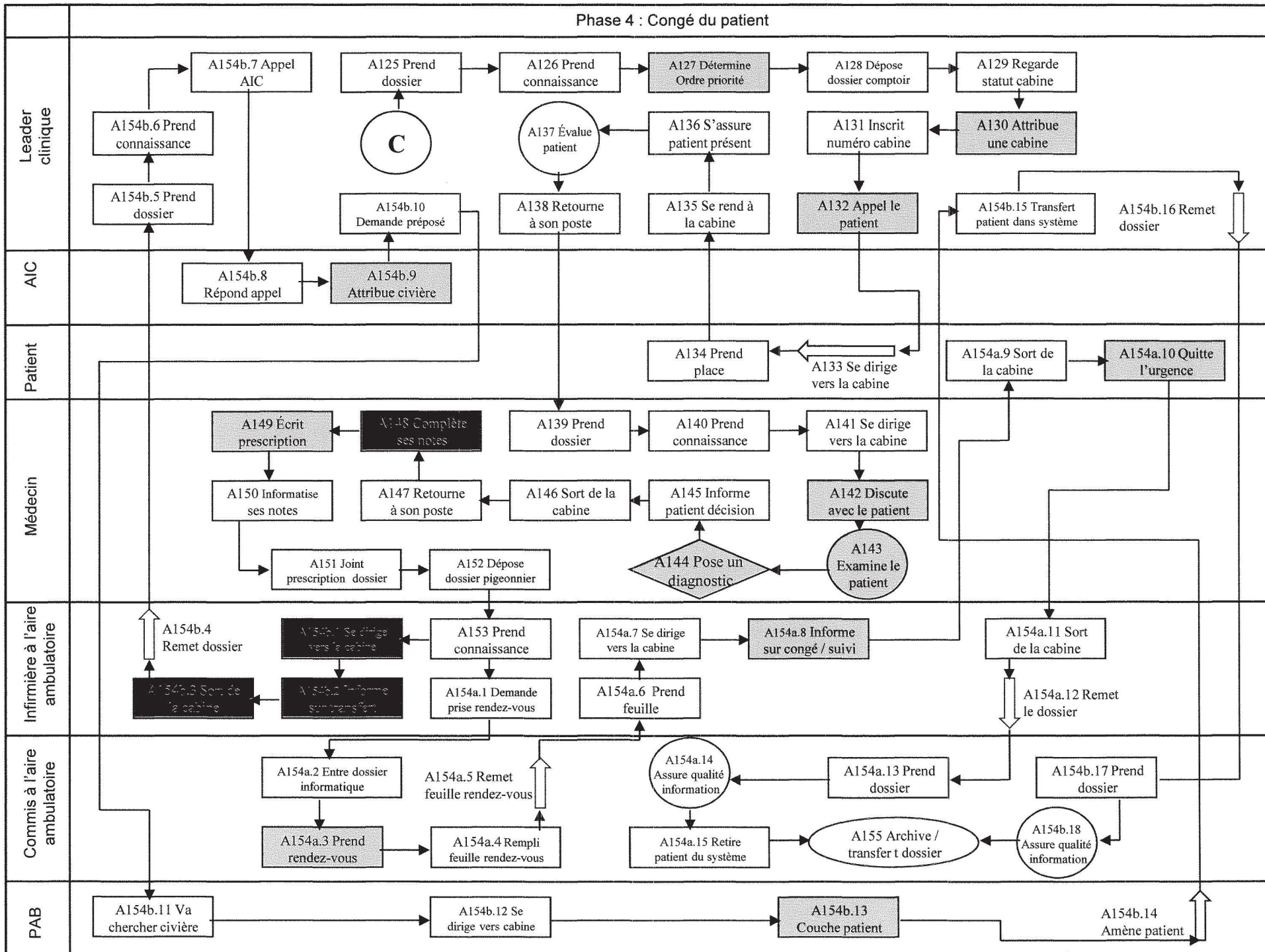
Logigramme normatif d'analyse des processus actuels - Fluidité générale de la trajectoire de la clientèle dans l'aire ambulatoire

Phase 1 : Évaluation du patient









Annexe V

Tableau des causes directes (S.V.A.)

Causes directes	Activités S.V.A. affectées	Solution
Attente	A3, A17, A45	Réduire le plus possible les délais
Procédure administrative inutile	A40, A120b.2, A120b.9, A120b.10, A120b.11, A120b.12, A120b.26	Instauration de procédures standardisées
Déplacement inutile	A48	Supprimer le déplacement en reliant le poste téléphonique du triage à l'intercom
Redondance	A91, A148, A154b.1, A154b.2, A154b.3	Éliminer le dédoublement des tâches Éliminer les notes manuscrites Éliminer l'intervention redondante
Excès d'intervenants intermédiaires	A109b.11, A109b.12, A109b.13, A120b.3, A120b.4, A120b.5, A120b.13, A120b.14, A120b.15, A120b.16, A120b.17, A120b.18, A120b.19, A120b.20, A120b.21	Abolition des intermédiaires

Annexe VI

Tableau des causes indirectes (V.A.A.)

Causes indirectes	Activités V.A.A. affectées	Impacts sur le processus	Solution
Respect de la conformité Procédure administrative Procédure établie	A4 Regarde dans le système A24 Regarde si patient possède un dossier médical à HMR A46 Regarde dans le système A72 Regarde dans le système le statut des cabines d'examen A120a.1 Assure le suivi des demandes de laboratoires A120b.29 Vérifie dans le système l'entrée des résultats A120a.4 Coche les laboratoires complétés A129 Regarde dans le système le statut des cabines d'examen	Perte de temps/délai Ralentissement du processus	Positive : Limiter les déplacements S'assurer que le personnel demeure le plus possible à leur poste
Procédure établie Respect de la conformité	A6 Quitte la salle d'attente A44 Quitte l'inscription A50 Quitte la salle d'attente A65 Quitte la cabine du triage A89 Sort de la cabine A109a.8 Sort de la cabine d'examen A109.b6 Sort de la cabine A109c.4 Sort de la cabine d'examen	Perte de temps/délai Impact sur processus	Positive : Limiter les déplacements Faciliter les déplacements

	A146 Sort de la cabine A154a.9 Sort de la cabine A154a.11 Sort de la cabine		
Procédure établie Respect de la conformité	A7 Se dirige vers le pré-triage A16 Se dirige vers l'inscription A51 Se dirige vers le triage A66 Se dirige vers le poste du leader clinique A76 Se dirige vers la cabine désignée A78 Se rend à la cabine A82 Retourne à son poste A86 Se dirige vers la cabine d'examen A90 Retourne à son poste de travail A105 Se dirige vers la cabine d'examen A109b.8 Retourne à la salle d'attente A110 Retourne à son poste de travail A120b.23 Retourne à l'inscription de l'urgence A133 Se dirige vers la cabine désignée A135 Se rend à la cabine A138 Retourne à son poste A141 Se dirige vers la cabine d'examen A147 Retourne à son poste de travail A154a.7 Se dirige vers la cabine d'examen A154b.12 Se dirige vers la cabine du patient	Perte de temps/délai Impact sur processus	Positive : Limiter les déplacements Faciliter les déplacements Améliorer la signalisation
Procédure établie Respect de la conformité Procédure administrative	A9 Demande son billet et ses cartes A19 Demande au patient ses cartes et son nom A34 Demande au patient de signer le consentement	Perte de temps/délai Impact sur processus	Positive : Standardiser les demandes Informers les patients des éléments requis afin qu'ils

	(formulaire AH-280) A53 Demande le "dossier urgence" au patient A81 Demande au patient d'enfiler une jaquette d'hôpital A109b.4 Demande au patient de produire un échantillon et l'informe de la suite du processus A154a.1 Demande au commis de l'aire ambulatoire de prendre un rendez-vous de suivi pour le patient A154b.10 Demande à un préposé aux bénéficiaires de transférer le patient		puissent se préparer d'avance
Procédure établie Respect de la conformité Procédure administrative	A10 Numérise le billet et ses cartes ou entre les données du patient A13 Entre les informations dans le système A21 Entre les informations requises par le système A23 Corrige ou complète les données du patient A29 Entre le numéro de dossier du patient A56 Entre les informations recueillies dans le système A58 Complète les données dans le système A92 Entre ses notes dans le système informatique A94 Entre ses ordonnances dans le système A119 Entre les données dans le système informatique A150 Entre ses notes dans le système informatique A154a.2 Entre dans le dossier informatique du patient	Déroulement du processus Circulation de l'information Normalisation du processus	Positive : Modifier les documents selon les normes, les critères et les règles
Procédure préétablie Procédure administrative	A14 Remet les cartes au patient A38 Remet le formulaire au commis de l'inscription A42 Remet le "dossier urgence" au patient A67 Dépose le "dossier urgence" dans son pigeonier A71 Dépose le dossier sur le comptoir des médecins	Délai dans le traitement du dossier Lourdeur administrative Absence de technologie Perte de temps/délai Perte de documents et	Positive : Enregistrer le document à la source Utiliser des dossiers informatiques partagés sécurisés

	<p>A98 Dépose le dossier dans le pigeonier des infirmières</p> <p>A109a.4 Dépose les tubes dans un sac plastique</p> <p>A109a.9 Met le sac dans une capsule de transport</p> <p>A109b.3 Remet le tout au patient</p> <p>A109b.9 Remet l'échantillon au commis de l'inscription</p> <p>A109b.14 Met le sac dans une capsule de transport</p> <p>A113 Dépose le "dossier urgence" dans le pigeonier "attente d'examen"</p> <p>A116 Remet à la commis de l'aire ambulatoire le suivi des demandes d'analyse / requête d'examen</p> <p>A120b.24 Remet son dossier à la commis à l'inscription</p> <p>A124 Dépose le dossier dans le pigeonier "patient à revoir" du leader clinique</p> <p>128 Dépose le dossier sur le comptoir des médecins</p> <p>A152 Dépose le dossier dans le pigeonier des infirmières</p> <p>A154a.5 Remet la feuille de rendez-vous à l'infirmière</p> <p>A154a.12 Remet le dossier à la commis de l'aire ambulatoire</p> <p>A154b.4 Remet le "dossier urgence" au leader clinique</p> <p>A154b.16 Remet le dossier au commis de l'aire ambulatoire</p> <p>A155 Dépose le "dossier urgence" dans le pigeonier des archives ou transfert le dossier dans le secteur désigné</p>	<p>encombrement</p> <p>Impact sur processus</p>	<p>Diminuer le temps d'envoi</p>
<p>Procédure établie</p> <p>Respect de la conformité</p>	<p>A15 Invite le patient à aller s'inscrire</p> <p>A18 Invite le patient à s'asseoir</p> <p>A43 Invite le patient à retourner dans la salle d'attente</p> <p>A52 Invite le patient à s'asseoir</p>	<p>Circulation de l'information</p> <p>Déroulement du processus</p>	<p>Positive :</p> <p>Impliquer et informer les intervenants pendant le processus</p>

	<p>A64 Invite le patient à retourner à la salle d'attente</p> <p>A109a.7 Invite le patient à retourner à la salle d'attente</p> <p>A109b.5 Invite le patient à aller aux toilettes</p> <p>A109c.3 Invite le patient à retourner à la salle d'attente</p>		
<p>Respect de la conformité</p> <p>Procédure préétablie</p> <p>Procédure administrative</p>	<p>A20 Sélectionne le patient dans le système</p> <p>A25 Sélectionne le dossier dans le système ou crée un nouveau numéro de dossier</p> <p>A47 Sélectionne le premier patient en attente</p> <p>A114 Retire informatiquement le patient de la cabine dans le système</p> <p>A120b.28 Retire le patient du registre d'examen</p> <p>A154a.15 Retire le nom du patient de la cabine et de la liste des patients de l'aire ambulatoire</p> <p>A154b.15 Retire le nom du patient de la cabine et de la liste des patients de l'aire ambulatoire et le transfert à la civière du secteur désigné</p>	Pertes de temps/délai	<p>Positive :</p> <p>Standardiser la procédure</p> <p>Sensibiliser le personnel</p> <p>S'assurer que ce soit la bonne personne qui effectue l'activité (diminution des délais)</p>
<p>Respect de la conformité</p> <p>Paperasserie</p> <p>Procédure préétablie</p>	<p>A26 Produit une carte HMR au patient</p> <p>A27 Imprime le formulaire AH-280</p> <p>A30 Imprime la feuille du médecin</p> <p>A61 Imprime la feuille de triage du patient</p> <p>A95 Imprime la feuille d'ordonnances</p>	Pertes de temps/délai	<p>Négative :</p> <p>Lire le document directement sur l'ordinateur</p> <p>Utiliser des bases de données électroniques</p>
<p>Procédure établie</p> <p>Paperasserie</p>	<p>A31 Prend d'autres formulaires</p> <p>A33 Récupère les impressions</p> <p>A35 Prend le formulaire</p> <p>A39 Reprend le formulaire</p> <p>A68 Prend le "dossier urgence" dans le pigeonier</p> <p>A83 Prend le "dossier urgence" du patient</p> <p>A96 Récupère la feuille à l'imprimante</p>	<p>Circulation de l'information interrompue ou en attente de réception</p> <p>Perte de temps/délai</p> <p>Délai dans le traitement du dossier</p> <p>Absence de technologie</p>	<p>Positive :</p> <p>Enregistrer le document à la source</p> <p>Utiliser des dossiers informatiques partagés sécurisés</p>

	<p>A99 Prend le "dossier urgence" du patient</p> <p>A109b.10 Réception de l'échantillon</p> <p>A117 Réception des documents</p> <p>A120a.6 Réception de la requête</p> <p>A120b.25 Réception du "dossier urgence" du patient</p> <p>A122 Récupère le "dossier urgence" du patient</p> <p>A125 Prend le "dossier urgence" dans le pigeonnier</p> <p>A139 Prend le "dossier urgence" du patient</p> <p>A154a.6 Prend la feuille de rendez-vous</p> <p>A154a.13 Prend le dossier</p> <p>A154b.5 Prend le dossier</p> <p>A154b.17 Prend le dossier</p>	Perte de documents et encombrement	
<p>Respect de la conformité</p> <p>Procédure préétablie</p> <p>Procédure administrative</p>	<p>A32 Plaque les différents documents</p> <p>A102 Plaque les requêtes</p> <p>A103 Plaque des étiquettes d'identification autocollantes</p>	Perte de temps/délai	<p>Positive :</p> <p>Limiter les déplacements</p> <p>Utiliser les adressographes disponibles à même la cabine</p>
<p>Procédure administrative</p> <p>Respect de la conformité</p>	<p>A36 Prend connaissance du formulaire</p> <p>A69 Prend connaissance du dossier</p> <p>A84 Prend connaissance du dossier</p> <p>A101 Prend connaissance du "dossier urgence", des requêtes et des ordonnances</p> <p>A118 Prend connaissance des documents</p> <p>A120a.7 Prend connaissance de la requête</p> <p>A126 Prend connaissance du dossier et des résultats</p> <p>A140 Prend connaissance des résultats</p> <p>A153 Prend connaissance de la prescription</p> <p>A154b.6 Prend connaissance de la demande de transfert</p>	<p>Meilleure connaissance du dossier</p> <p>Délai dans le traitement du dossier</p> <p>Absence de technologie</p> <p>Perte de temps/délai</p>	<p>Positive :</p> <p>Utiliser un document informatique partagé sécurisé</p> <p>Lire le document directement sur l'ordinateur</p>

Respect de la conformité Paperasserie Procédure préétablie	A41 Regroupe l'ensemble des documents qui constitue le "dossier urgence" du patient A121 Regroupe l'ensemble des résultats	Lourdeur administrative Pertes de temps/délai	Négative : Utiliser des bases de données électroniques Enregistrer le document à la source
Respect de la conformité Procédure préétablie	A55 Dresse le bilan médical du patient	Déroulement du processus	Positive : Entrer les données directement dans le système informatique
Procédure préétablie Procédure administrative	A60 Sauvegarde le triage du patient	Déroulement du processus	Positive : Enregistrer le document à la source
Respect de la conformité Paperasserie Procédure préétablie	A62 Joint la feuille au "dossier urgence" du patient A97 Joint la feuille d'ordonnances au "dossier urgence" du patient A109a.5 Joint la requête aux tubes A112 Joint le formulaire au "dossier urgence" du patient A120a.3 Joint les résultats à la feuille de suivi des demandes d'analyse A123 Joint les résultats au dossier A151 Joint la feuille de prescription au "dossier urgence" du patient	Lourdeur administrative Pertes de temps/délai	Négative : Utiliser des bases de données électroniques Enregistrer le document à la source Numériser les documents
Respect de la conformité Procédure préétablie	A63 Met le bracelet d'identification au patient A109a.1 Pique le patient A109b.7 Produit l'échantillon	Déroulement du processus	Positive : S'assurer que le matériel nécessaire soit disponible à portée de mains
Respect de la conformité Procédure administrative	A74 Inscrit le numéro de la cabine sur l'aide mémoire du "dossier urgence" A131 Inscrit le numéro de la cabine sur la requête de suivi de demandes d'analyses A154a.4 Inscrit l'heure et la date sur une feuille de	Perte de temps/délai Ralentissement du processus Absence de technologie	Négative : Utiliser des bases de données électroniques Enregistrer le document à la

	rendez-vous		source Imprimer le document
Respect de la conformité Procédure préétablie	A77 Prend place dans la cabine d'examen A134 Prend place dans la cabine d'examen	Déroulement du processus Perte de temps/délai	Positive : Diminuer le temps d'attente en appelant le patient lorsque l'équipe est prête à le rencontrer
Respect de la conformité Procédure administrative	A79 S'assure que le patient est arrivé A136 S'assure que le patient est arrivé A154a.14 S'assure que l'ensemble des informations soient inscrites dans le dossier informatique du patient A54b.18 S'assure que l'ensemble des informations soient inscrites dans le dossier informatique du patient	Perte de temps/délai Ralentissement du processus Normalisation du processus	Positive : Assurer la présence du bon patient Faire respecter les normes, les critères et les règles établis.
Respect de la conformité Procédure administrative	A80 Évalue visuellement l'état du patient A137 Examine visuellement le patient	Perte de temps/délai Ralentissement du processus Normalisation du processus	Positive : Faire respecter les normes, les critères et les règles établies.
Respect de la conformité Procédure administrative	A104 Remplie une requête de suivi de demandes d'analyses	Normalisation du processus	Positive : Utiliser les logiciels informatisés
Respect de la conformité Procédure préétablie	A108 Prend le matériel approprié pour son intervention A109b.2 Prend un verre et un sac de plastique	Déroulement du processus	Positive : S'assurer que le matériel nécessaire soit disponible à portée de mains
Respect de la conformité Procédure préétablie	A109a.3 Identifie les tubes de prélèvement A109b.1 Identifie les tubes d'analyse d'urine	Déroulement du processus Normalisation du processus	Positive : Limiter les déplacements Procéder à même la cabine

Procédure administrative		Lourdeur administrative	d'examen
Hiérarchie Procédure administrative	A109a.6 Informe le patient de la suite du processus A109c.1 Informe le patient qu'il fera l'objet d'un examen médical A109c.2 Explique le fonctionnement d'un examen médical A115 Informe le leader clinique A120b.27 Informe la commis de l'aire ambulatoire du retour du patient A145 Informe le patient de sa décision	Circulation de l'information Déroulement du processus Prise de décision pour le processus	Positive : Impliquer et informer les intervenants pendant le processus
Respect de la conformité Procédure administrative	A111 Complète ses notes sur le formulaire «notes d'évolution de l'infirmière»	Déroulement du processus Circulation de l'information Normalisation du processus	Positive : Utiliser les logiciels informatisés
Procédure administrative	A154b.7 Appelle l'assistante infirmière chef A154b.8 Répond à l'appel	Délai dans le traitement du dossier Circulation de l'information Prise de décision pour le processus	Positive : Impliquer et informer les intervenants pendant le processus
Respect de la conformité Procédure préétablie	A154b.11 Va chercher la civière dans le secteur A154b.14 Amène le patient dans le secteur désigné	Déroulement du processus Perte de temps/délai	Positive : Limiter les déplacements

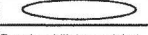
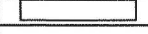
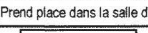
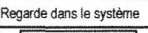
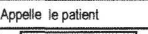

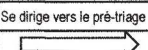
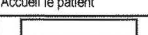
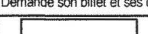
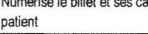


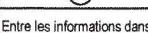
Annexe VII

Diagramme d'analyse des processus optimisés - Fluidité générale de la trajectoire de la clientèle dans l'aire ambulatoire

Diagramme d'analyse de processus

Analyse des processus optimisés - Fluidité générale de la trajectoire de la clientèle dans l'aire ambulatoire

LIMITE DU PROCESSUS

Org.	Intervenants	PH I : Activités/Symboles	PH II : Tâches/Opérations	PH III : Flux d'information	PH IV : Technologies	PH V : Lieux d'activités	PH VI : Temps alloués		PH VII : Résultats / RVA	
							TR (minutes)	TG (minutes)		
Phase 1: Évaluation du patient										
Patient	A1	Arrive à l'urgence de l'hôpital 	T.1 Entrer dans l'urgence	I.1 Signalisation	Tch.1 Ambulant	L.1 Entrée de l'urgence	0,0	0,0	R.V.A.	
	A2	Prend un billet au guichet 	T.1 Appuyer sur l'écran tactile	I.1 Signalisation	Tch.1 Billetterie informatisé	L.1 Entrée de l'urgence	0,25	1,0	R.V.A.	
					Tch.2 Manuel					
A3	Prend place dans la salle d'attente 	T.1 Aller dans la salle d'attente	I.1 Signalisation	Tch.1 Ambulant	L.1 Salle d'attente	0,5	5,0	S.V.A.		
		T.2 S'asseoir								
Infirmière du pré-triage	A4	Regarde dans le système 	T.1 Cibler les numéros en attente	I.1 Liste des numéros	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Cabine pré-triage	0,1	0,5	V.A.A.	
					Tch.2 Cerveau					
A5	Appelle le patient 	T.1 Appeler un numéro	I.1 Liste des numéros	Tch.1 Cerveau	L.1 Salle d'attente	0,1	0,1	R.V.A.		
				Tch.2 Voix						
Patient	A6	Quitte la salle d'attente 	T.1 Se lever	I.1 Son numéro	Tch.1 Ambulant	L.1 Salle d'attente	0,25	0,5	V.A.A.	
				I.2 Signalisation						
A7	Se dirige vers le pré-triage 	T.1 Aller à la cabine pré-triage	I.1 Localisation du pré-triage	Tch.1 Ambulant	L.1 Salle d'attente	0,25	1,0	V.A.A.		
				I.2 Signalisation						
Infirmière du pré-triage	A8	Accueil le patient 	T.1 Saluer le patient	I.1 Courtoisie, bienséance	Tch.1 Cerveau	L.1 Cabine du pré-triage	0,1	0,2	V.A.A.	
	A9	Demande son billet et ses cartes 	T.1 Interagir avec le patient	I.1 Billet	Tch.1 Voix	L.1 Cabine du pré-triage	0,1	0,3	V.A.A.	
					I.2 Cartes assurance-maladie et d'hôpital	Tch.2 Cerveau				
	A10	Numérise le billet et ses cartes ou entre les données du patient 	T.1 Prendre le billet et les cartes	I.1 Billet	Tch.1 Lecteur optique	L.1 Cabine du pré-triage	0,25	0,5	V.A.A.	
			T.2 Numériser le billet et les cartes	I.1 Carte d'assurance maladie	Tch.2 Logiciel informatique					
	A11	Valide la raison de la visite 	T.1 Discuter avec le patient	I.1 Verbalisation	Tch.1 Cerveau	L.1 Cabine du pré-triage	0,5	1,3	R.V.A.	
			T.2 Déterminer la raison de la visite	I.2 État physique du patient	Tch.2 Voix					
	A12	Examine visuellement le patient 	T.1 Regarder le patient	I.1 État physique du patient	Tch.1 Cerveau	L.1 Cabine du pré-triage	0,25	0,4	V.A.A.	
			T.2 Décélérer des signes physiques							
	A13	Entre les informations dans le système 	T.1 Rédiger les notes	I.1 Normes de rédaction des notes du pré-triage	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Cabine du pré-triage	0,5	1,0	V.A.A.	
					I.2 Verbalisation et état physique du patient	Tch.2 Clavier				
					I.3 Connaissance des éléments nécessaires					

	Patient	A14	Remet les cartes au patient 	T.1 Remettre les cartes	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine du pré-triage	0,2	0,2	V.A.A.
		A15	Invite le patient à aller s'inscrire 	T.1 Interagir avec le patient	I.1 Localisation de l'inscription	Tch.1 Cerveau	L.1 Cabine du pré-triage	0,1	0,1	V.A.A.
Commis à l'inscription	Patient	A16	Se dirige vers l'inscription 	T.1 Aller à l'inscription	I.1 Localisation de l'inscription	Tch.1 Ambulant	L.1 Comptoir de l'inscription	0,5	0,5	V.A.A.
		A17	Attend en ligne 	T.1 Patienter	I.1 Localisation de la ligne d'attente	Tch.1 Ambulant	L.1 Comptoir de l'inscription	1,0	1,0	S.V.A.
		A18	Invite le patient à s'asseoir 	T.1 Interagir avec le patient	I.1 Destinataire	Tch.1 Voix	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,2	V.A.A.
		A19	Demande au patient ses cartes et son nom 	T.1 Interagir avec le patient	I.1 Cartes assurance-maladie et d'hôpital	Tch.1 Voix	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,2	V.A.A.
		A20	Sélectionne le patient dans le système 	T.1 Sélectionner le patient	I.1 Nom du patient	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,2	V.A.A.
		A21	Entre les informations requises par le système 	T.1 Répondre aux exigences du système	I.1 Connaissance du système Med-Urge	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,25	V.A.A.
				T.2 Questionner le patient	I.2 Verbalisation	Tch.2 Clavier				
					I.3 Connaissance des éléments nécessaires					
		A22	Valide les données du patient 	T.1 Discuter avec le patient	I.1 Verbalisation	Tch.1 Cerveau	L.1 Comptoir de l'inscription	0,25	0,4	R.V.A.
		A23	Corrige ou complète les données du patient 	T.1 Lire les données du patient	I.1 Nature des données	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Comptoir de l'inscription	0,25	0,4	V.A.A.
				T.2 Interagir avec le patient	I.2 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.2 Voix				
				T.3 Rédiger les données	I.3 Verbalisation	Tch.3 Cerveau				
		A24	Regarde si patient possède un dossier médical à HMR 	T.1 Lire les données du patient	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,2	V.A.A.
					I.2 Données du patient	Tch.2 Cerveau				
A25	Sélectionne le dossier dans le système ou crée un nouveau numéro de dossier 	T.1 Sélectionner / Créer le dossier	I.1 Nom du patient	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,3	V.A.A.		
			I.2 Connaissance du système Med-Urge							
A26	Produit une carte HMR au patient 	T.1 Activer la production de la carte	I.1 Connaissance du système Med-Urge	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,1	V.A.A.		
A27	Imprime le formulaire AH-280 	T.1 Imprimer le formulaire AH-280	I.1 Nature du formulaire AH-280	Tch.1 Imprimante	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,1	V.A.A.		
									Tch.2 Embosseuse	
A28	Entre le numéro de dossier du patient 	T.1 Transcrire le numéro	I.1 Numéro de dossier	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,2	V.A.A.		
			I.2 Connaissance du système Vision	Tch.2 Clavier						
A29	Imprime la feuille du médecin 	T.1 Imprimer la feuille du médecin	I.1 Nature de la feuille du médecin	Tch.1 Imprimante	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,2	V.A.A.		
A30	Prend d'autres formulaires 	T.1 Sélectionner les formulaires	I.1 Connaissance des formulaires nécessaires	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir de l'inscription	0,2	0,3	V.A.A.		
			I.2 Emplacement des formulaires							
A31	Plaqué les différents documents 	T.1 Insérer la carte d'hôpital	I.1 Carte de l'hôpital	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir de l'inscription	0,25	0,5	V.A.A.		
		T.2 Plaquer les documents	I.2 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.2 Adressographe						

	A32	Récupère les impressions 	T.1 Sélectionner les impressions	I.1 Localisation de l'imprimante	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,2	V.A.A.
	A33	Demande au patient de signer le consentement (formulaire AH-280) 	T.1 Remettre le formulaire de consentement	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,2	V.A.A.
Patient	A34	Prend le formulaire 	T.1 Recevoir le formulaire	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,1	V.A.A.
	A35	Prend connaissance du formulaire 	T.1 Lire le formulaire	I.1 Nature du formulaire	Tch.1 Cerveau	L.1 Comptoir de l'inscription	0,3	0,3	V.A.A.
	A36	Signe le formulaire 	T.1 Inscription de sa signature	I.1 Formulaire de consentement	Tch.1 Écriture	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,2	R.V.A.
	A37	Remet le formulaire à la commis de l'inscription 	T.1 Remettre le formulaire de consentement	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,2	V.A.A.
Commis à l'inscription	A38	Reprend le formulaire 	T.1 Recevoir le formulaire	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,1	V.A.A.
	A39	Regroupe l'ensemble de document qui constitue le "dossier urgence" du patient 	T.1 Constituer le "dossier urgence" T.2 Mettre un trombone	I.1 Nature des documents I.2 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Cerveau Tch.2 Trombone	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,2	V.A.A.
	A40	Remet le "dossier urgence" au patient 	T.1 Remettre le "dossier urgence"	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,2	V.A.A.
	A41	Invite le patient à retourner dans la salle d'attente 	T.1 Interagir avec le patient	I.1 Localisation de la salle d'attente I.2 Signalisation	Tch.1 Cerveau Tch.2 Voix	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,1	V.A.A.
Patient	A42	Quitte l'inscription 	T.1 Se lever	I.1 Localisation de la salle d'attente I.2 Signalisation	Tch.1 Ambulant	L.1 Salle d'attente	0,2	0,5	V.A.A.
	A43	Retourne s'asseoir dans la salle d'attente 	T.1 Aller à la salle d'attente T.2 S'asseoir	I.1 Localisation de la salle d'attente I.2 Signalisation	Tch.1 Ambulant	L.1 Salle d'attente	0,3	8,0	S.T.A.
Infirmière du triage	A44	Regarde dans le système 	T.1 Cibler les patients à être triés	I.1 Liste des patients I.2 Statut du patient	Tch.1 Logiciel informatique Tch.2 Cerveau	L.1 Cabine du triage	0,1	1,0	V.A.A.
	A45	Sélectionne le premier patient en attente 	T.1 Sélectionner le patient	I.1 Ordre chronologique I.2 Connaissance du système Med-Urge	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Cabine du triage	0,1	0,2	V.A.A.
	A46	Appelle le patient 	T.1 Appeler le nom du patient	I.1 Nom du patient	Tch.1 Voix Tch.2 Système d'intercom	L.1 Salle d'attente	0,1	0,1	R.V.A.
Patient	A47	Quitte la salle d'attente 	T.1 Se lever	I.1 Son nom I.2 Signalisation	Tch.1 Ambulant	L.1 Salle d'attente	0,5	0,5	V.A.A.
	A48	Se dirige vers le triage 	T.1 Aller à la cabine de triage	I.1 Localisation du Triage I.2 Signalisation	Tch.1 Ambulant	L.1 Salle d'attente	0,5	0,5	V.A.A.

Infirmière du triage	A49	Invite le patient à s'asseoir 	T.1 Interagir avec le patient	I.1 Nom du patient	Tch.1 Voix	L.1 Cabine du triage	0,1	0,3	V.A.A.
	A50	Demande le "dossier urgence" au patient 	T.1 Interagir avec le patient	I.1 "Dossier urgence"	Tch.1 Voix Tch.2 Cerveau	L.1 Cabine du triage	0,1	0,2	V.A.A.
	A51	Investigue la raison de la visite 	T.1 Discuter avec le patient T.2 Déterminer la raison de la visite	I.1 Verbalisation I.2 État physique du patient	Tch.1 Cerveau Tch.2 Voix	L.1 Cabine du triage	0,5	1,5	R.V.A.
	A52	Dresse le bilan médical du patient 	T.1 Traiter l'information T.2 Rédiger le bilan médical	I.1 Verbalisation et état physique du patient I.2 Normes de rédaction du bilan médical	Tch.1 Cerveau Tch.2 Logiciel informatique	L.1 Cabine du triage	0,5	1,5	V.A.A.
	A53	Entre les informations recueillies dans le système 	T.1 Rédiger les notes	I.1 Normes de rédaction des notes du triage I.2 Verbalisation et état physique du patient	Tch.1 Logiciel informatique Tch.2 Clavier	L.1 Cabine du triage	0,5	1,25	V.A.A.
	A54	Prend les signes vitaux du patients 	T.1 Prendre la température T.2 Prendre la pression	I.1 Corps humain du patient I.2 Connaissance de l'appareil	Tch.1 Appareil à signe vitaux Tch.2 Logiciel informatique	L.1 Cabine du triage	1,0	1,5	R.V.A.
	A55	Complète les données dans le système 	T.1 Lire les données du patient T.2 Traiter l'information T.3 Répondre aux exigences du système	I.1 Nature des données I.2 Connaissance du système Med-Urge I.3 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Logiciel informatique Tch.2 Clavier	L.1 Cabine du triage	0,3	0,5	V.A.A.
	A56	Valide la cote de priorité du patient 	T.1 Déterminer la validité de la cote de priorité	I.1 Connaissance des critères d'évaluation du triage I.2 Connaissance de l'échelle de priorités	Tch.1 Cerveau	L.1 Cabine du triage	0,1	0,2	R.V.A.
	A57	Sauvegarde le triage du patient 	T.1 Enregistrer le triage du patient	I.1 Connaissance du système Med-Urge	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Cabine du triage	0,1	0,1	V.A.A.
	A58	Imprime la feuille de triage du patient 	T.1 Imprimer la feuille de triage	I.1 Nature de la feuille de triage	Tch.1 Imprimante	L.1 Cabine du triage	0,1	0,2	V.A.A.
	A59	Joint la feuille au "dossier urgence" du patient 	T.1 Insérer la feuille de triage dans le "dossier urgence"	I.1 Nature des documents	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine du triage	0,1	0,3	V.A.A.
	A60	Met le bracelet d'identification au patient 	T.1 Mettre le bracelet au poignet du patient	I.1 Emplacement du bracelet	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine du triage	0,1	0,25	V.A.A.
	A61	Invite le patient à retourner à la salle d'attente 	T.1 Interagir avec le patient	I.1 Localisation de la salle d'attente I.2 Signalisation	Tch.1 Cerveau Tch.2 Voix	L.1 Cabine du triage	0,1	0,3	V.A.A.
	A62	Quitte la cabine du triage 	T.1 Se lever	I.1 Son nom I.2 Signalisation	Tch.1 Ambulant	L.1 Poste central de l'aire ambulatoire	0,2	0,3	V.A.A.
	A63	Se dirige vers le poste du leader clinique 	T.1 Aller à la cabine de triage	I.1 Localisation du Triage I.2 Signalisation	Tch.1 Ambulant	L.1 Poste du leader clinique	0,3	1,5	V.A.A.
	A64	Dépose le "dossier urgence" dans son pigeonier 	T.1 Transmettre le "dossier urgence"	I.1 Nom du destinataire I.2 Localisation du pigeonier du leader	Tch.1 Manuel	L.1 Poste du leader clinique	0,1	0,2	V.A.A.

Phase 2 : Prise en charge du patient









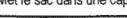
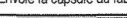
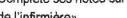
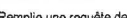
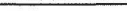



Leader clinique	A65	Prend le "dossier urgence" dans le pigeonier	T.1 Sélectionner le dossier	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste du leader clinique	0,1	10,0	V.A.A.
				I.2 Nom du patient					
	A66	Prend connaissance du dossier	T.1 Lire la feuille de triage	I.1 Nature de la feuille de triage	Tch.1 Cerveau	L.1 Poste du leader clinique	1,0	3,0	V.A.A.
			T.2 Traiter l'information	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Cerveau				
	A67	Détermine l'ordre de consultation	T.1 Traiter l'information	I. Nature des dossiers	Tch.1 Cerveau	L.1 Poste du leader clinique	1,0	3,0	R.V.A.
			T.2 Déterminer l'ordonnancement	I.2 Connaissance de l'échelle de priorités					
	A68	Dépose le dossier sur le comptoir des médecins	T.1 Transmettre le "dossier urgence"	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des médecins	0,2	0,5	V.A.A.
			I.2 Localisation du comptoir des médecins						
A69	Regarde dans le système le statut des cabines d'examen	T.1 Cibler les cabines	I.1 Schéma des cabines	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Poste du leader clinique	1,0	3,0	V.A.A.	
			I.2 Statut des cabines	Tch.2 Cerveau					
A70	Attribue une cabine au patient	T.1 Identifier une cabine libre	I.1 Statut des cabines	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Poste du leader clinique	0,5	30,0	R.V.A.	
		T.2 Associer le patient à la cabine	I.2 Listes des patients						
A71	Inscrit le numéro de la cabine sur l'aide mémoire du "dossier urgence"	T.1 Écrire le numéro de la cabine	I.1 Numéro des cabines	Tch.1 Écriture	L.1 Poste du leader clinique	0,1	0,3	V.A.A.	
			I.2 Nature des "dossiers urgence"						
Médecin + infirmière	A72	Preennent le "dossier urgence" du patient	T.1 Sélectionner le dossier	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des médecins	0,1	1,25	V.A.A.
				I.2 Nom du patient					
	A73	Preennent connaissance du dossier	T.1 Lire le dossier	I.1 Nature du dossier	Tch.1 Cerveau	L.1 Poste des médecins	2,0	5,0	V.A.A.
			T.2 Traiter l'information	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Cerveau				
A74	Preennent en charge le patient	T.1 Sélectionner le patient	I.1 Nom du patient	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Poste des médecins	0,3	1,0	R.V.A.	
		T.2 Inscrire son nom dans la fiche de patient	I.2 Connaissance du système Med-Urge						
A75	Infirmière appelle le patient	T.1 Appeler le nom du patient	I.1 Nom du patient	Tch.1 Système d'intercom	L.1 Poste du leader clinique	0,1	1,0	R.V.A.	
				Tch.2 Voix					
Patient	A76	Se dirige vers la cabine désignée	T.1 Aller à la cabine d'examen	I.1 Localisation de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Salle d'attente	1,0	2,0	V.A.A.
				I.2 Signalisation					
A77	Prend place dans la cabine d'examen	T.1 Entrer dans la cabine d'examen	I.1 Numéro de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Cabine d'examen	0,5	1,0	V.A.A.	
		T.2 S'asseoir	I.2 Aménagement de la cabine						
Infirmière	A78	Se rend à la cabine	T.1 Aller à la cabine d'examen	I.1 Localisation de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Poste central de l'aire ambulatoire	0,3	3,0	V.A.A.
									
	A79	Évalue l'état du patient	T.1 Discuter avec le patient	I.1 Verbalisation	Tch.1 Cerveau	L.1 Cabine d'examen	0,25	0,5	R.V.A.
A80	Prépare le patient à l'évaluation médicale	T.2 Déceler des signes physiques	I.2 État physique du patient						
			T.1 Demande au patient d'enfiler un jaquette d'hospital	I.1 Emplacement des jaquettes	Tch.1 Cerveau	L.1 Cabine d'examen	0,1	0,2	V.A.A.
A81	Se dirige vers la cabine d'examen		T.2 Inviter le patient à se changer	I.2 Nature du dossier	Tch.2 Voix				
			T.1 Aller à la cabine d'examen	I.1 Localisation de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Poste central de l'aire ambulatoire	0,3	1,5	V.A.A.
A82	Discute avec le patient de la raison de sa visite à l'urgence et de son historique médical	T.1 Discuter avec le patient	I.1 Verbalisation	Tch.1 Cerveau	L.1 Cabine d'examen	2,0	2,0	R.V.A.	
			T.2 Déterminer la raison de la visite	I.2 État physique du patient	Tch.2 Voix				
			T.3 Dresser l'historique médical						
A83	Examine le patient	T.1 Regarder le patient	I.1 Verbalisation	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine d'examen	2,0	2,0	R.V.A.	
			T.2 Déceler des signes physiques	I.2 État physique du patient	Tch.2 Appareil de diagnostic				

Médecin

A84	Entre ses notes dans le système informatique à même la cabine	T.1 Rédiger les notes	I.1 Nature des notes manuscrites	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Cabine d'examen	0,75	1,5	V.A.A.
			I.2 Connaissance du système Med-Urge					
A85	Complète les différentes requêtes à même la cabine	T.1 Sélectionner les requêtes	I.1 Connaissance des différentes requêtes	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine d'examen	0,5	1,0	V.A.A.
		T.2 Compléter les requêtes	I.2 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.2 Écriture				
		T.3 Inscrire son numéro de permis						
A86	Entre ses ordonnances dans le système à même la cabine	T.1 Rédiger les ordonnances	I.1 Nature des notes manuscrites	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Cabine d'examen	0,75	1,25	V.A.A.
			I.2 Connaissance du système Med-Urge					
A87	Sort de la cabine	T.1 Quitter la cabine	I.1 Aménagement de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Cabine d'examen	0,1	0,3	V.A.A.
A88	Retourne à son poste de travail	T.1 Aller au poste des médecins	I.1 Localisation du poste des médecins	Tch.1 Ambulant	L.1 Poste central de l'aire ambulatoire	0,3	0,50	V.A.A.
A89	Imprime la feuille d'ordonnances	T.1 Imprimer la feuille d'ordonnances	I.1 Nature de la feuille d'ordonnances	Tch.1 Imprimante	L.1 Poste des médecins	0,1	0	V.A.A.
A90	Récupère la feuille à l'imprimante	T.1 Sélectionner les impressions	I.1 Localisation de l'imprimante	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des médecins	0,1	0	V.A.A.
A91	Joint la feuille d'ordonnance au "dossier urgence" du patient	T.1 Insérer la feuille d'ordonnances dans le "dossier urgence"	I.1 Nature des documents	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des médecins	0,1	0	V.A.A.
A92	Dépose le dossier dans le pigeonier des infirmières	T.1 Transmettre le "dossier urgence"	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des infirmières	0,1	0	V.A.A.
			I.2 Localisation du pigeonier des infirmières					
A93	Informe le patient de son intervention	T.1 Discuter avec le patient	I.1 Nature de l'intervention	Tch.1 Voix	L.1 Cabine d'examen	0,5	0,75	R.V.A.
			I.2 Verbalisation					
A94	Prend le matériel approprié pour son intervention	T.1 Sélectionner le matériel	I.1 Nature de l'intervention	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine d'examen	0,3	0,5	V.A.A.
			I.2 Emplacement du matériel					
A95 a.1	Pique le patient	T.1 Désinfecter le site de perfusion	I.1 Techniques de perfusion	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine d'examen	0,5	1,0	V.A.A.
		T.2 Insérer l'aiguille						
A95 a.2	Prélève échantillon de sang du patient	T.1 Insérer les tubes de prélèvements	I.1 Techniques de prélèvement	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine d'examen	0,5	1,0	R.V.A.
		T.2 Prélever le sang du patient						
A95 a.3	Informe le patient de la suite du processus	T.1 Discuter avec le patient	I.1 Nature du processus	Tch.1 Voix	L.1 Cabine d'examen	0,5	0,75	V.A.A.
			I.2 Verbalisation					
A95 a.4	Invite le patient à retourner à la salle d'attente	T.1 Interagir avec le patient	I.1 Localisation de la salle d'attente	Tch.1 Voix	L.1 Cabine d'examen	0,1	0,3	V.A.A.
			I.2 Signalisation					
A95 b.1	Plaqué la requête et les étiquettes d'identification à même la cabine	T.1 Insérer la carte d'hôpital	I.1 Carte de l'hôpital	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine d'examen	0,25	0,5	V.A.A.
		T.2 Plaquer les requêtes	I.2 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.2 Adressographe				
A95 b.2	Identifie les tubes d'analyse d'urine	T.1 Sélectionner les tubes	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine d'examen	0,5	1,0	V.A.A.
		T.2 Coller une étiquette d'identification						
A95 b.3	Prend un verre et un sac de plastique	T.1 Sélectionner le matériel	I.1 Nature de l'intervention	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine d'examen	0,3	0,5	V.A.A.
			I.2 Emplacement du matériel					
A95 b.4	Remet le matériel et la requête	T.1 Remettre le matériel	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine d'examen	0,2	0,3	V.A.A.

Infirmière

Patient	A95 b.5	Demande au patient de produire un échantillon et l'informe de la suite du processus	T.1 Discuter avec le patient	I.1 Nature du processus	Tch.1 Voix	L.1 Cabine d'examen	0,5	0,75	V.A.A.
				I.2 Verbalisation					
Patient	A95 b.6	Invite le patient à aller aux toilettes	T.1 Interagir avec le patient	I.1 Localisation des toilettes	Tch.1 Voix	L.1 Cabine d'examen	0,1	0,3	V.A.A.
				I.2 Signalisation					
Patient	A95 b.7	Sort de la cabine	T.1 Quitter la cabine	I.1 Aménagement de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Cabine d'examen	0,2	0,4	V.A.A.
Patient	A95 b.8	Produit l'échantillon	T.1 Uriner dans le pot	I.1 Nature de la procédure	Tch.1 Manuel	L.1 Toilettes visiteur de l'urgence	0,5	10,0	V.A.A.
			T.2 Transférer l'urine dans les tubes d'analyse						
Patient	A95 b.9	Retourne à la salle d'attente	T.1 Aller à la salle d'attente	I.1 Localisation à la salle d'attente	Tch.1 Ambulant	L.1 Salle d'attente	0,5	1,5	V.A.A.
Patient	A95 b.10	Remet le sac contenant l'échantillon	T.1 Remettre l'échantillon	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir de l'inscription	0,2	1,0	V.A.A.
Commis à l'inscription	A95 b.11	Reception du sac contenant l'échantillon et la requête	T.1 Sélectionner l'échantillon	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,2	V.A.A.
				I.2 Nom du patient					
Commis à l'inscription	A95 b.12	Met le sac dans une capsule de transport	T.1 Insérer le sac dans un capsule de transport	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir système d'envoi de capsule	0,3	1,0	V.A.A.
Commis à l'inscription	A95 b.13	Envoie la capsule au laboratoire	T.1 Insérer la capsule dans le système de conduit d'envoi	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir système d'envoi de capsule	0,1	0,2	V.A.A.
				I.1 Connaissance du système d'envoi	Tch.2 Système de conduits d'envoi de capsule				
Infirmière	A95 c.1	Informe le patient qu'il fera l'objet d'un examen médical	T.1 Discuter avec le patient	I.1 Nature de l'examen médical	Tch.1 Voix	L.1 Cabine d'examen	0,2	0,4	V.A.A.
				I.2 Verbalisation					
Infirmière	A95 c.2	Plaqué la requête à même la cabine d'examen	T.1 Insérer la carte d'hôpital	I.1 Carte de l'hôpital	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine d'examen	0,25	0,5	V.A.A.
			T.2 Plaquer les requêtes	I.2 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.2 Adressographe				
Infirmière	A95 c.3	Explique le fonctionnement d'un examen médical et lui remet la requête d'examen	T.1 Informer le patient sur le déroulement de l'examen	I.1 Nature de l'examen médical	Tch.1 Voix	L.1 Cabine d'examen	0,5	0,75	V.A.A.
				I.2 Verbalisation					
Infirmière	A95 c.4	Invite le patient à se rendre à son examen	T.1 Interagir avec le patient	I.1 Localisation de la salle d'attente	Tch.1 Voix	L.1 Cabine d'examen	0,1	0,3	V.A.A.
				I.2 Signalisation					
Patient	A95 c.5	Se dirige vers son examen	T.1 Aller au département	I.1 Localisation du département	Tch.1 Ambulant	L.1 Pavillon Marcel-Lamoureux	1,0	3,0	V.A.A.
Patient	A95 c.6	Remet la requête à la commis du département	T.1 Transmettre la requête	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Accueil du département	0,2	1,0	V.A.A.
				I.2 Localisation du poste de la commis du département					
Commis du département	A95 c.7	Réception de la requête	T.1 Sélectionner la requête	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Accueil du département	0,1	0,2	V.A.A.
				I.2 Nom du patient					
Commis du département	A95 c.8	Prend connaissance de la requête	T.1 Lire la requête	I.1 Nature de la requête	Tch.1 Cerveau	L.1 Accueil du département	0,2	0,3	V.A.A.
			T.2 Traiter l'information	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Cerveau				
Commis du département	A95 c.9	Attribue un rendez-vous au patient	T.1 Sélectionner un plage libre	I.1 Plage horaire	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Accueil du département	0,5	1,0	R.V.A.
			T.2 Enregistrer le rendez-vous au nom du patient	I.2 Nature de la requête					
Commis du département	A95 c.10	Passé son examen	T.1 Collaborer à l'exécution de son examen	I.1 Nature de l'examen	Tch.1 appareil de diagnostic	L.1 Département	10,0	20,0	R.V.A.
					Tch.2 Corps humain				

Patient	A95 c.11	Retourne à l'inscription de l'urgence 	T.1 Aller à l'inscription de l'urgence	I.1 Localisation de l'inscription de l'urgence	Tch.1 Ambulant	L.1 Pavillon Marcel-Lamoureux	1,0	3,0	V.A.A.
	A95 c.12	Remet sa confirmation d'examen à la commis à l'inscription 	T.1 Remettre le "dossier urgence"	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir de l'inscription	0,2	1,0	V.A.A.
Infirmière	A96	Sort de la cabine d'examen 	T.1 Quitter la cabine	I.1 Aménagement de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Cabine d'examen	0,1	0,3	V.A.A.
	A97	Retourne à son poste de travail 	T.1 Aller au poste des infirmières	I.1 Localisation du poste des infirmières	Tch.1 Ambulant	L.1 Poste central de l'aire ambulatoire	0,3	0,75	V.A.A.
	A98	Prend le "dossier urgence" du patient 	T.1 Sélectionner le dossier	I.1 Nom du destinataire I.2 Nom du patient	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des infirmières	0,1	5,0	V.A.A.
	A99	Plaque les requêtes et les étiquettes d'identification 	T.1 Insérer la carte d'hôpital	I.1 Carte de l'hôpital	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des infirmières	0,25	0,5	V.A.A.
			T.2 Plaquer les requêtes et les étiquettes	I.2 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.2 Adressographe				
	A99 .1	Identifie les tubes de prélèvement 	T.1 Sélectionner les tubes T.2 Coller une étiquette d'identification	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des infirmières	0,5	1,0	V.A.A.
	A99 .2	Dépose les tubes et la requête dans un sac plastique 	T.1 Insérer les tubes dans le sac	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine d'examen	0,2	0,3	V.A.A.
	A99 .3	Met le sac dans une capsule de transport 	T.1 Insérer le sac dans une capsule de transport	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir système d'envoi de capsule	0,3	0,75	V.A.A.
	A99 .4	Envoie la capsule au laboratoire 	T.1 Insérer la capsule dans le système de conduit d'envoi	I.1 Connaissance des éléments nécessaires I.1 Connaissance du système d'envoi	Tch.1 Manuel Tch.2 Système de conduits d'envoi de capsule	L.1 Comptoir système d'envoi de capsule	0,1	0,2	V.A.A.
	A100	Complète ses notes sur le formulaire «notes d'évolution de l'infirmière» 	T.1 Rédiger les notes	I.1 Normes de rédaction des notes d'évolution de l'infirmière I.2 Nature de l'évaluation du patient	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des infirmières	0,5	1,0	V.A.A.
	A101	Remplie une requête de suivi de demandes d'analyses 	T.1 Sélectionner la requête T.2 Compléter la requête	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des infirmières	0,2	0,4	V.A.A.
	A102	Joint le formulaire au "dossier urgence" du patient 	T.1 Insérer le formulaire dans le "dossier urgence"	I.1 Nature des documents	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des infirmières	0,1	0,2	V.A.A.
	A103	Dépose le "dossier urgence" dans le pigeonnier "attente d'examen" 	T.1 Déposer le dossier	I.1 Localisation du pigeonnier "attente d'examen"	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des infirmières	0,1	0,3	V.A.A.
	A104	Retire informatiquement le patient de la cabine dans le système 	T.1 Retirer le patient de la cabine	I.1 Connaissance du système Med-Urge I.2 Nom du patient	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Poste des infirmières	0,2	0,3	V.A.A.
	A105	Remet à la commis de l'aire ambulatoire le suivi des demandes d'analyse / requête d'examen 	T.1 Transmettre les documents	I.1 Nom du destinataire I.2 Localisation du poste de la commis de l'aire ambulatoire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,1	0,3	V.A.A.

Phase 3 : Suivi du patient

Commis à l'aire ambulatoire	A106	Reception des documents	T.1 Sélectionner les documents	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,1	0,2	V.A.A.		
				I.2 Nom du patient							
	A107	Prend connaissance des documents	T.1 Lire les documents	I.1 Nature des documents	Tch.1 Cerveau	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,2	0,3	V.A.A.		
			T.2 Traiter l'information	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Cerveau						
	A108	Entre les données dans le système informatique	T.1 Retranscrire les données	I.1 Norme de rédaction du dossier patient	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,5	1,0	V.A.A.		
				I.2 Connaissance du système Med-Urge							
	A109 a.1	Assure le suivi des demandes de laboratoires	T.1 Faire le suivi de demandes	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Cerveau	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,1	0,1	V.A.A.		
				I.2 Nature des demandes							
	A109 a.2	Récupère les résultats au télécopieur	T.1 Sélectionner les télécopiers	I.1 Localisation du télécopieur	Tch.1 Manuel	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,2	40,0	R.V.A.		
A109 a.3	Joint les résultats à la feuille de suivi des demandes d'analyse	T.1 Joindre les résultats à la feuille de suivi des demandes d'analyse	I.1 Nature des résultats	Tch.1 Manuel	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,1	0,2	V.A.A.			
A109 a.4	Coche les laboratoires complétés	T.1 Cocher la feuille de suivi	I.1 Nature des résultats	Tch.1 Écriture	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,1	0,2	V.A.A.			
A109 b.1	Inscrit le patient au registre des examens	T.1 Inscrire le nom du patient au registre des examens	I.1 Nature de l'examen médical	Tch.1 Écriture	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,2	0,3	V.A.A.			
			I.2 Nature du registre des examens								
Commis à l'inscription	A109 b.2	Reception de la confirmation d'examen du patient	T.1 Recevoir le dossier	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Comptoir de l'inscription	0,1	0,2	V.A.A.		
A109 b.3	Remet la confirmation d'examen à la commis de l'aire ambulatoire	T.1 Interagir avec la commis de l'aire ambulatoire	I.1 Localisation de la commis de l'aire ambulatoire	Tch.1 Voix	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,2	0,3	V.A.A.			
Commis de l'aire ambulatoire	A109 b.4	Retire le patient du registre d'examen	T.1 Rayer le nom du patient du registre	I.1 Nom du patient	Tch.1 Manuel	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,2	0,3	V.A.A.		
				I.2 Nature du registre des examens							
	A109 b.5	Vérifie dans le système l'entrée des résultats	T.1 Cibler l'entrée de résultats	I.1 Connaissance du système Med-Urge	Tch.1 Cerveau	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,5	1,5	V.A.A.		
			T.2 Traiter l'information		Tch.2 Logiciel informatique						
	A109 b.6	Imprime les résultats de l'examen médical	T.1 Imprimer les résultats d'examen médical	I.1 Nature des résultats d'examen médical	Tch.1 Imprimante	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,1	0,2	R.V.A.		
	A110	Regroupe l'ensemble des résultats	T.1 Sélectionner les résultats	I.1 Nature des documents	Tch.1 Manuel	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,1	0,2	V.A.A.		
		T.2 Mettre un trombone	I.2 Connaissance des éléments nécessaires								
A111	Récupère le "dossier urgence" du patient	T.1 Sélectionner le "dossier urgence"	I.1 Localisation du pigeonnier "attente d'examen"	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des infirmières	0,2	0,4	V.A.A.			
			I.2 Nom du patient								
A112	Joint les résultats au dossier	T.1 Insérer les résultats dans le "dossier urgence"	I.1 Nature des documents	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des infirmières	0,1	0,2	V.A.A.			
A113	Dépose le dossier dans le pigeonnier "patient à revoir" du leader clinique	T.1 Transmettre le "dossier urgence"	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste du leader clinique	0,2	0,4	V.A.A.			
			I.2 Localisation du pigeonnier du leader								

Phase 4 : Congé du patient

Leader clinique	A114	Prend le "dossier urgence" dans le pigeonier	T.1 Sélectionner le dossier	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste du leader clinique	0,1	3,0	V.A.A.
				I.2 Nom du patient					
	A115	Prend connaissance du dossier et des résultats	T.1 Lire le dossier et les résultats	I.1 Nature du dossier et des résultats	Tch.1 Cerveau	L.1 Poste du leader clinique	0,25	0,5	V.A.A.
			T.2 Traiter l'information	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Cerveau				
	A116	Détermine l'ordre de consultation	T.1 Traiter l'information	I. Nature des dossiers	Tch.1 Cerveau	L.1 Poste du leader clinique	1,0	3,0	R.V.A.
			T.2 Déterminer l'ordonnancement	I.2 Connaissance de l'échelle de priorités					
	A117	Dépose le dossier sur le comptoir des médecins	T.1 Transmettre le "dossier urgence"	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des médecins	0,2	0,5	V.A.A.
			I.2 Localisation du comptoir des médecins						
A118	Regarde dans le système le statut des cabines d'examen	T.1 Cibler les cabines	I.1 Schéma des cabines	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Poste du leader clinique	0,5	2,0	V.A.A.	
			I.2 Statut des cabines						
A119	Attribue une cabine au patient	T.1 Identifier une cabine libre	I.1 Statut des cabines	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Poste du leader clinique	0,5	30,0	R.V.A.	
		T.2 Associer le patient à la cabine	I.2 Listes des patients						
A120	Inscrit le numéro de la cabine sur la requête de suivi de demandes d'analyses	T.1 Écrire le numéro de la cabine	I.1 Numéro des cabines	Tch.1 Manuel	L.1 Poste du leader clinique	0,1	0,3	V.A.A.	
			I.2 Nature des "dossiers urgence"						
Médecin + infirmière	A121	Prennent le "dossier urgence" du patient	T.1 Sélectionner le dossier	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des médecins	0,1	1,25	V.A.A.
				I.2 Nom du patient					
	A122	Prennent connaissance des résultats	T.1 Lire le dossier	I.1 Nature du dossier	Tch.1 Cerveau	L.1 Poste des médecins	2,0	5,0	R.V.A.
		T.2 Traiter l'information	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Cerveau					
A123	Infirmière appelle le patient	T.1 Appeler le nom du patient	I.1 Nom du patient	Tch.1 Système d'intercom Tch.2 Voix	L.1 Poste du leader clinique	0,1	5,0	R.V.A.	
Patient	A124	Se dirige vers la cabine désignée	T.1 Aller à la cabine d'examen	I.1 Localisation de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Salle d'attente	1,0	2,0	V.A.A.
				I.2 Signalisation					
A125	Prend place dans la cabine d'examen	T.1 Entrer dans la cabine d'examen	I.1 Numéro de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Cabine d'examen	0,5	1,0	V.A.A.	
		T.2 S'asseoir	I.2 Aménagement de la cabine						
Infirmière	A126	Se rend à la cabine	T.1 Aller à la cabine d'examen	I.1 Localisation de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Poste central de l'aire ambulatoire	0,3	2,0	V.A.A.
									
	A127	S'assure que le patient est arrivé	T.1 Regarder si le patient est présent	I.1 Nom du patient	Tch.1 Cerveau	L.1 Cabine d'examen	0,1	0,2	V.A.A.
									
	A128	Examine visuellement le patient	T.1 Regarder le patient	I.1 État physique du patient	Tch.1 Cerveau	L.1 Cabine d'examen	0,2	0,2	V.A.A.
		T.2 Déceler des signes physiques							
A129	Retourne à son poste de travail	T.1 Aller au poste des infirmières	I.1 Localisation du poste des infirmières	Tch.1 Ambulant	L.1 Poste central de l'aire ambulatoire	0,3	0,75	V.A.A.	
									
A130	Se dirige vers la cabine d'examen	T.1 Aller à la cabine d'examen	I.1 Localisation de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Poste central de l'aire ambulatoire	0,3	0,75	V.A.A.	
									
	A131	Discute avec le patient des résultats	T.1 Discuter avec le patient	I.1 Verbalisation	Tch.1 Voix	L.1 Cabine d'examen	0,8	1,5	R.V.A.
				I.2 Nature des résultats					
A132	Examine le patient	T.1 Regarder le patient	I.1 Nature des résultats	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine d'examen	2,0	2,0	R.V.A.	
		T.2 Déceler des signes physiques	I.2 État physique du patient	Tch.2 Appareil de diagnostic					
A133	Pose un diagnostic	T.1 Traiter l'information	I.1 Nature des résultats	Tch.1 Cerveau	L.1 Cabine d'examen	0,1	0,1	R.V.A.	
			I.2 Examen du patient						

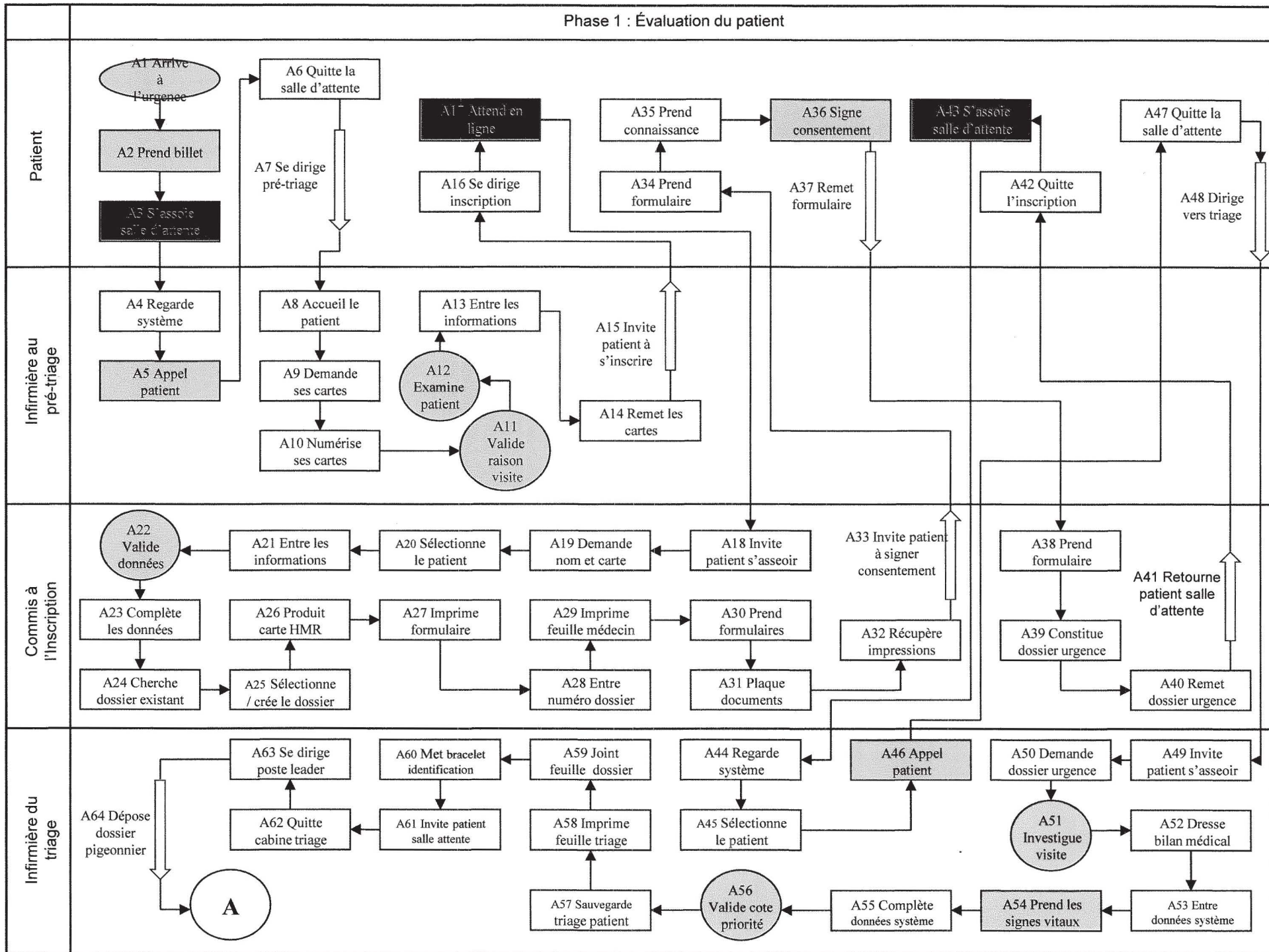
Médecin	A134	Informe le patient de sa décision []	T.1 Discuter avec le patient	I.1 Nature du diagnostic I.2 Verbalisation	Tch.1 Voix	L.1 Cabine d'examen	0,5	0,75	V.A.A.
	A135	Entre ses notes dans le système informatique à même la cabine []	T.1 Rédiger les notes	I.1 Nature des notes manuscrites I.2 Connaissance du système Med-Urge	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Cabine d'examen	0,5	1,0	V.A.A.
	A136	Écrit sa prescription même la cabine []	T.1 Rédiger les ordonnances	I.1 Nature du diagnostic	Tch.1 Écriture	L.1 Cabine d'examen	0,5	1,0	R.V.A.
	A137	Sort de la cabine []	T.1 Quitter la cabine	I.1 Aménagement de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Cabine d'examen	0,1	0,3	V.A.A.
	A138	Remet la prescription et le dossier à l'infirmière []	T.1 Transmettre la prescription et le "dossier urgence"	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des infirmières	0,1	0,3	V.A.A.
Infirmière de l'aire ambulatoire	A139	Prend connaissance de la prescription []	T.1 Sélectionner le dossier	I.1 Nom du destinataire I.2 Nom du patient	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des infirmières	1,0	2,0	V.A.A.
	A140 a.1	Demande à la commis de l'aire ambulatoire de prendre un rendez-vous de suivi pour le patient []	T.1 Interagir avec la commis de l'aire ambulatoire	I.1 Localisation de la commis de l'aire ambulatoire I.1 Nature du rendez-vous	Tch.1 Voix	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,25	1,0	V.A.A.
Commis de l'aire ambulatoire	A140 a.2	Entre dans le dossier informatique du patient []	T.1 Sélectionner le patient	I.1 Nom du patient I.2 Connaissance du système Med-Urge	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,2	0,4	V.A.A.
	A140 a.3	Prend un rendez-vous []	T.1 Sélectionner un plage libre T.2 Enregistrer le rendez-vous au nom du patient	I.1 Plage horaire I.2 Nature de la prescription	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,2	0,4	R.V.A.
	A140 a.4	Inscrit l'heure et la date sur une feuille de rendez-vous []	T.1 Inscire l'heure et la date du rendez-vous	I.1 Nom du patient I.2 Connaissance du système Med-Urge	Tch.1 Manuel	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,2	0,4	V.A.A.
	A140 a.5	Remet la feuille de rendez-vous à l'infirmière []	T.1 Remettre la feuille de rendez-vous	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,1	0,2	V.A.A.
	A140 a.6	Prend la feuille de rendez-vous []	T.1 Recevoir feuille rendez-vous	I.1 Nom du destinataire I.2 Nom du patient	Tch.1 Manuel	L.1 Poste des infirmières	0,1	0,2	V.A.A.
Infirmière de l'aire ambulatoire	A140 a.7	Se dirige vers la cabine d'examen []	T.1 Aller à la cabine d'examen	I.1 Localisation de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Poste central de l'aire ambulatoire	0,3	0,75	V.A.A.
	A140 a.8	Informe le patient de son congé et de son rendez-vous de suivi en clinique externe []	T.1 Discuter avec le patient	I.1 Renseignement sur le rendez-vous I.2 Verbalisation	Tch.1 Voix	L.1 Cabine d'examen	0,5	0,75	R.V.A.
Patient	A140 a.9	Sort de la cabine []	T.1 Quitter la cabine	I.1 Aménagement de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Cabine d'examen	0,2	0,4	V.A.A.
	A140 a.10	Quitte l'urgence []	T.1 Partir de l'hôpital	I.1 Signalisation	Tch.1 Ambulant	L.1 Sortie de l'urgence	1,0	3,0	R.V.A.
Infirmière de l'aire ambulatoire	A140 a.11	Sort de la cabine []	T.1 Quitter la cabine	I.1 Aménagement de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Cabine d'examen	0,1	0,3	V.A.A.
	A140 a.12	Remet le dossier à la commis de l'aire ambulatoire []	T.1 Transmettre le "dossier urgence"	I.1 Nom du destinataire I.2 Localisation du poste de la commis de l'aire ambulatoire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,1	0,3	V.A.A.
Infirmière de l'aire ambulatoire	A140 a.13	Prend le dossier []	T.1 Sélectionner le dossier	I.1 Nom du destinataire I.2 Nom du patient	Tch.1 Manuel	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,1	0,3	V.A.A.
	A140 a.14	S'assure que l'ensemble des informations soient inscrites dans le dossier informatique du patient	T.1 Valider l'ensemble des informations	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Cerveau	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	1,0	2,0	V.A.A.

Commis de				I.2 Nom du patient	Tch.2 Logiciel informatique				
	A140 a.15	Retire le nom du patient de la cabine et de la liste des patients de l'aire ambulatoire	T.1 Retirer le patient de la cabine	I.1 Connaissance du système Med-Urge	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,1	0,3	V.A.A.
Infirmière de l'aire ambulatoire	A140 b.1	Remet le "dossier urgence" au leader clinique	T.1 Transmettre le "dossier urgence"	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste du leader clinique	0,5	1,0	V.A.A.
				I.2 Localisation du poste du leader					
Leader clinique	A140 b.2	Prend le dossier	T.1 Sélectionner le dossier	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste du leader clinique	1,0	5,0	V.A.A.
				I.2 Nom du patient					
	A140 b.3	Prend connaissance de la demande de transfert	T.1 Lire la demande de transfert	I.1 Nature de la demande de transfert	Tch.1 Cerveau	L.1 Poste du leader clinique	0,3	1,0	V.A.A.
			T.2 Traiter l'information	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Cerveau				
A140 b.4	Appelle l'assistante infirmière chef	T.1 Communiquer le besoin d'une civière	I. Numéro de téléphone de l'assistante infirmière chef	Tch.1 Service de téléphonie	L.1 Poste du leader clinique	0,5	1,0	V.A.A.	
Assistante infirmière chef	A140 b.5	Répond à l'appel	T.1 Recevoir l'information	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Service de téléphonie	L.1 Bureau de l'assistante infirmière chef	0,2	0,2	V.A.A.
				I.2 Nom du patient					
A140 b.6	Attribue une civière au patient	T.1 Identifier une civière libre	I.1 Statut des civières	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Bureau de l'assistante infirmière chef	0,5	30,0	R.V.A.	
			T.2 Associer le patient à la civière	I.2 Listes des patients					
Leader clinique	A140 b.7	Demande à un préposé aux bénéficiaires de transférer le patient	T.1 Interagir avec le préposé aux bénéficiaires	I.1 Localisation du préposé aux bénéficiaires	Tch.1 Voix	L.1 Poste central de l'aire ambulatoire	0,25	2,0	V.A.A.
Préposé aux bénéficiaires	A140 b.8	Va chercher la civière dans le secteur	T.1 Aller dans le secteur désigné	I.1 Localisation de la civière	Tch.1 Ambulant	L.1 Secteur de l'urgence	1,0	2,5	V.A.A.
				I.2 Localisation du secteur					
	A140 b.9	Se dirige vers la cabine du patient	T.1 Aller à la cabine d'examen	I.1 Localisation de la cabine	Tch.1 Ambulant	L.1 Secteur de l'urgence	1,0	2,5	V.A.A.
A140 b.10	Couche le patient sur la civière	T.1 Installer le patient sur la civière	I.1 Technique de mobilisation	Tch.1 Manuel	L.1 Cabine d'examen	2,0	4,0	R.V.A.	
A140 b.11	Amène le patient dans le secteur désigné	T.1 Aller dans le secteur désigné	I.1 Localisation de l'emplacement de la civière	Tch.1 Ambulant	L.1 Secteur de l'urgence	1,0	2,5	V.A.A.	
				I.2 Localisation du secteur	Tch.2 Manuel				
Leader clinique	A140 b.12	Retire le nom du patient de la cabine et de la liste des patients de l'aire ambulatoire et le transfert à la civière du secteur désigné	T.1 Retirer le patient de la cabine	I.1 Connaissance du système Med-Urge	Tch.1 Logiciel informatique	L.1 Poste du leader clinique	0,2	0,3	V.A.A.
			T.2 Supprimer le patient du système	I.2 Nom du patient					
A140 b.13	Remet le dossier à la commis de l'aire ambulatoire	T.1 Transmettre le "dossier urgence"	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,1	0,3	V.A.A.	
				I.2 Localisation du poste de la commis de l'aire ambulatoire					
Commis de l'aire ambulatoire	A140 b.14	Prend le dossier	T.1 Sélectionner le dossier	I.1 Nom du destinataire	Tch.1 Manuel	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,1	0,3	V.A.A.
				I.2 Nom du patient					
	A140 b.15	S'assure que l'ensemble des informations soient inscrites dans le dossier informatique du patient	T.1 Valider l'ensemble des informations	I.1 Connaissance des éléments nécessaires	Tch.1 Cerveau	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	1,0	3,0	V.A.A.
				I.2 Nom du patient	Tch.2 Logiciel informatique				
141	Dépose le "dossier urgence" dans le pigeonier des archives ou transfert le dossier dans le secteur désigné	T.1 Transmettre le dossier	I.1 Localisation du pigeonier des archives	Tch.1 Manuel	L.1 Poste de la commis de l'aire ambulatoire	0,25	0,5	V.A.A.	
Ratio									

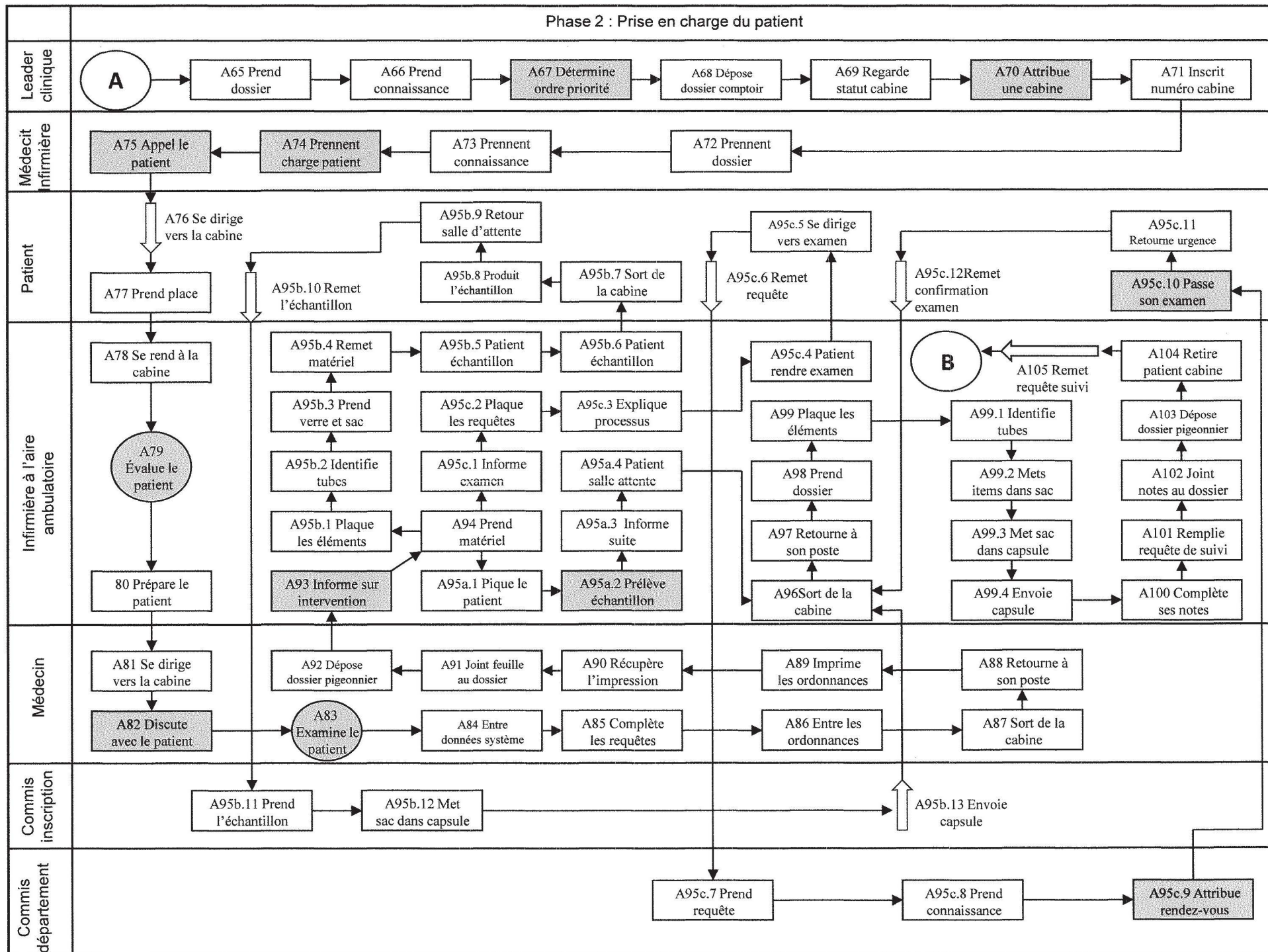
Prélèvement sanguin	50	240	0,2089
Analyse d'urine	51	247	0,2063
Examen	62	223	0,2792
Congé du patient	4	11	0,4159
Transfert du patient	10	56	0,1720

Annexe VIII - Logigramme normatif d'analyse des processus optimisés

Logigramme normatif d'analyse des processus optimisés - Fluidité générale de la trajectoire de la clientèle dans l'aire ambulatoire



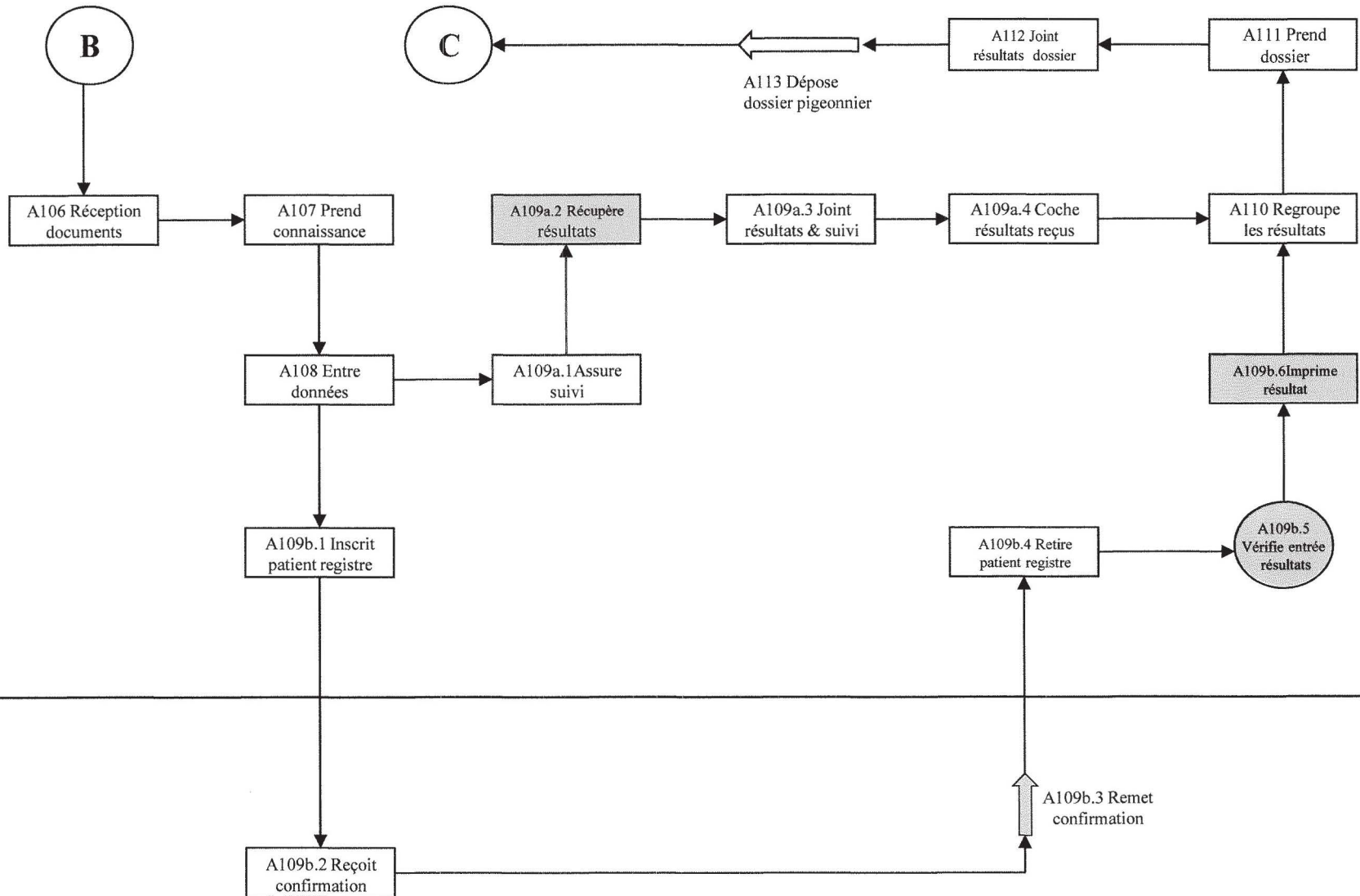
Phase 2 : Prise en charge du patient



Phase 3 : Suivi du patient

Commis à l'aire ambulatoire

Commis de l'inscription



Phase 4 : Congé du patient

