



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

Directeur d'Hôpital

Date du Jury : Décembre 2002

**De la performance de l'évaluation médicale à
l'évaluation de la performance hospitalière**

Marie-Christine DOURTHOUS

S o m m a i r e

Sommaire.....	1
INTRODUCTION.....	7
I .DE L'EVALUATION MEDICALE A LA PERFORMANCE HOSPITALIERE	9
1. Un bref historique sur des points de vue différents mais convergents	10
1.1. Les principales références de l'évaluation médicale.....	10
1.2. Quelques références à la qualité des soins	13
1.3. des points de vue différents mais convergents.....	14
2. Le cadre conceptuel et appliqué de la performance hospitalière.....	15
2.1. Approche de définition et cadre conceptuel de la performance.....	16
2.2. Une « infostructure » de la santé	18
2.3. Le cycle de mesure et de gestion de la performance.....	22
3. Le positionnement spécifique d'une démarche d'expérimentation.....	23
3.1. Quelques réflexions pour mener l'expérimentation	24
II. EXPERIMENTATION ET METHODE	24
1. Une démarche de recherche action.....	24
1.1. Les préalables internes	25
1.2. Les préalables méthodologiques.....	25
2. La constitution d'un groupe de réflexion.....	26
3. La méthodologie proposée	27
3.1. Définition d'un calendrier.....	27
3.2. Réflexion menée lors des réunions du groupe de travail.....	28
4. MODALITES DE L'EXPERIMENTATION	34
4.1. Détermination des indicateurs	34
4.2. Choix des services test.....	35
5. Résultats et analyse de l'expérimentation.....	35
5.1. Modalités pratiques de l'expérimentation.....	36
5.2. Commentaire et analyse des indicateurs dans le service de chirurgie viscérale.....	37
5.3. Commentaire et analyse de l'indicateur dans le service de médecine gériatrique	41
5.4. Commentaire et analyse de l'indicateur dans le service de gastrologie.....	43
5.5. Commentaire et analyse de l'indicateur dans le laboratoire de biologie.....	45
CONCLUSION INTERMEDIAIRE DE L'EXPERIMENTATION.....	48

III. DISCUSSION ET ELARGISSEMENT	49
1. Crédibilité et objectifs de la performance hospitalière	49
1.1. La réactivité en tant qu'objectif de performance selon l'OMS	49
2. L'évaluation comparative.....	52
2.1. La nécessité de se comparer.....	52
2.2. Des expériences d'approches comparatives	53
2.3. En l'absence d'indicateur universel reconnu	54
3. La prise en compte de certaines spécificités de l'activité hospitalière	56
4. Une approche du benchmarking par « groupes homogènes d'hôpitaux ».....	57
5. Quelles priorités pour la performance hospitalière dans l'organisation des hôpitaux ?...59	
5.1. Les quatre « dimensions » de la performance hospitalière.....	61
5.2. La capacité d'adaptation aux changements	61
5.3. L'importance de la cohésion sociale.....	63
CONCLUSION	67

Liste des sigles utilisés

AFNOR . Association française de normalisation

ANAES : Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé

ANDEM : Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale

CIHI : Canadian institute for health information

CCASS : Conseil canadien d'agrément des services de santé

CHU : Centre hospitalier universitaire

CME : Commission médicale d'établissement

DIM : Département d'informatique médicale

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EEG : électroencéphalogramme

HCFA : Agence fédérale de financement des soins de santé

HDJ : hôpital de jour

JCAHO : joint commission for the accreditation of healthcare organizations

MFQ : Mouvement français pour la qualité

RMO : référence médicale opposable

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé

UNAFORMEC : Union nationale des associations de formation médicale continue

USLD : Unité de soins de longue durée

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont facilité, d'une manière ou d'une autre, la finalisation de ce mémoire.

En priorité, Patrick Plassais qui m'a encouragée et sans lequel je n'aurais pas pu aboutir.

Ensuite tous les membres du groupe de réflexion du Centre hospitalier d'Argenteuil ainsi que d'autres personnes de cet établissement qui m'ont soutenu.

Enfin, certains contacts extérieurs, au premier rang desquels je place Dominique Baubeau qui sait, avec un talent inégalable, faire partager son enthousiasme.

Je n'oublie pas non plus les personnes qui, dans la sphère de ma vie privée, m'ont épaulée.

**« La connaissance seule ne suffit pas ; il faut l'appliquer.
La volonté seule ne suffit pas ; il faut agir »
Goethe**

INTRODUCTION

Les systèmes de santé des pays développés sont en proie à des difficultés dont les sources sont bien connues. Les patients sont de plus en plus exigeants et les besoins de la population, liés entre autre au vieillissement, augmentent. La nécessaire maîtrise des dépenses de santé redistribue des moyens qui deviennent insuffisants pour répondre aux attentes. Les percées technologiques en médecine accentuent la pression pour disposer des équipements et des traitements les plus récents.

Ces constats sont partagés au niveau international et font l'objet de débats qui amènent les responsables de la santé à s'intéresser de plus près à la façon d'encourager les systèmes de santé à améliorer leur performance. Le grand défi est de réduire, ou de tenter de réguler, les tensions entre une demande croissante et des ressources limitées. C'est ainsi que la performance hospitalière investit le domaine public et devient un sujet au cœur de la démocratie sanitaire.

« Comme le fait observer la juriste D. Cristol (1998), l'ensemble des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés à but lucratifs, assurent un « service d'intérêt social ». Dès lors il est légitime que la collectivité soit informée régulièrement de leur fonction et des services rendus. »¹

En France, jusque dans un passé récent, les média grand public qui se sont montrés les plus concernés par ce sujet. Mais aujourd'hui la prise en conscience est incontestable d'un fort besoin de mieux comprendre et maîtriser les tenants et les aboutissants de la performance hospitalière. Comme de nombreux pays, la France examine et élabore un dispositif de mesure en ce sens pour tenter de répondre à la question centrale « à quoi servent les systèmes de santé ? ».

Nous allons tenter, au travers de ce mémoire, de démontrer que le concept de performance hospitalière est en train de devenir une perspective majeure de l'évolution de notre système hospitalier.

¹ Beye S « L'économie et la santé dans une perspective managériale ». Edition l'Harmattan. 1999

Cette notion prend sa source dans la notion d'évaluation médicale et l'un des textes de référence en la matière s'intitule « Evaluation : mode ou raison ? » (F. Steudler). A l'heure actuelle, tout porte à croire que cette question est dépassée et que l'évaluation devient une nécessité, non seulement pour anticiper sur les demandes des consommateurs que deviennent de plus en plus les patients mais aussi et surtout pour se conformer aux nouvelles normes hospitalières de performance que la société est en droit d'imposer à l'hôpital.

Ce mémoire, dans une large mesure, s'est ouvert à la discussion et aux nombreuses interrogations de la mise en pratique du concept de performance hospitalière (III). Cependant, notre approche tente d'établir, dans un premier temps, quelques notions de bases et fait un rappel historique (I). L'aspect le plus innovant de notre travail reste la démarche de recherche-action, menée au Centre Hospitalier d'Argenteuil, dont l'objectif était d'expérimenter une démarche pragmatique d'évaluation médicale et organisationnelle (II).

I .DE L'ÉVALUATION MEDICALE A LA PERFORMANCE HOSPITALIERE

Ouvrir le champ de la performance hospitalière implique de bien cerner certains préalables, dont en particulier celui de l'évaluation médicale et celui de la qualité des soins. En effet, comme nous aurons la possibilité de le rappeler, l'évaluation médicale en a jeté les premières bases de conceptualisation. Le préalable indispensable à la performance est de savoir évaluer.

De leur côté, les démarches Qualité et accréditation ont permis de nombreux progrès dans la prise en charge des patients et la prise de conscience de la dimension soignante. En particulier, elles ont apporté une plus grande reconnaissance des bonnes pratiques professionnelles.

Pour imaginer le passage actuel de l'évaluation médicale à la performance hospitalière, en passant par la Qualité des soins, on peut faire appel à la référence d'une « fusée à trois étages ».

- Le premier étage serait celui de l'évaluation médicale,
- Le deuxième étage celui de la qualité des soins et de l'accréditation,
- Le troisième celui de la performance hospitalière.

Les trois étages sont parties intégrantes d'un même projet et les deux premiers étages sont indispensables pour que le troisième puisse atteindre son objectif.

Après un rappel historique sur le contexte de cette évolution, nous allons dans cette première partie définir des notions de base de la performance hospitalière et voir dans quelle mesure cette approche nous guide pour déterminer la problématique de notre expérimentation.

1. Un bref historique sur des points de vue différents mais convergents

1.1. Les principales références de l'évaluation médicale

Dans leur livre intitulé « L'évaluation médicale : du concept à la pratique », les Professeurs Yves Matillon et Pierre Durieux présentent une approche historique de l'évaluation médicale.

- Les années 70 marquent les premières initiatives et conceptualisation

En 1966, Avedis Donabedian a jeté les bases conceptuelles de l'évaluation en médecine et défini ses champs d'application. Il a été l'un des premiers experts à en établir une classification. Son approche distingue trois champs essentiels qui peuvent être soumis à l'évaluation médicale. Il s'agit,

- des structures et des organisations sanitaires,
- des procédures et
- des résultats.

D'après A. Donabedian le champs sur les structures et les organisations sanitaires aborde les moyens mis en œuvre pour soigner les malades : personnels, organisations hospitalières (locaux, plateaux techniques, lits ...), moyens financiers, système d'information. Ainsi que l'accessibilité...

Les gestionnaires sont les premiers concernés par ce domaine car les objets de l'évaluation peuvent aussi être l'organisation des services d'urgence, le dossier médical, la sécurité des équipements ou des laboratoires, la gestion du risque, la lutte contre les infections nosocomiales ...

Quant aux procédures et stratégies médicales, elles correspondent à l'ensemble des activités destinées directement ou indirectement aux soins des malades. On peut différencier les procédures organisationnelles (organisation de l'accueil des patients, de la gestion du dossier médical, ...) et les procédures cliniques de soins. Pour ces dernières, les médecins cliniciens (ainsi qu'épidémiologistes ...) sont les premiers concernés.

Les recommandations pour la pratique clinique (initialement développées dans un but d'aide à la décision) ont tendance à avoir de plus en plus un objectif de contrôle des pratiques ; exemple des références médicales opposables (RMO).

De plus, il faut aussi s'assurer que la réalité est conforme à ce qu'elle devrait être. Pour la médecine, la technique de l'audit clinique consiste à analyser les écarts entre la pratique observée et la théorie (l'idéal attendu). Cette analyse permet de trouver des solutions pour diminuer ces écarts afin d'améliorer la qualité des soins.

Il est intéressant de remarquer que, si les deux premiers points ont fait l'objet de nombreux travaux de réflexion et expériences pratiques, il n'en n'est pas de même pour le troisième champs sur l'évaluation des résultats.

- Les années 80 renforcent la tendance

Pendant cette période, une mission dirigée par le Professeur Emile Papiernik a proposé des procédures d'évaluation, notamment la réalisation d'un programme national de conférences de consensus.

C'est ensuite Mme Michèle Barzach, Ministre déléguée à la santé et à la famille, qui a été à l'origine de la création du Comité national d'évaluation médicale, présidé par le Président du conseil national de l'Ordre des médecins en 1987.

En 1988, Monsieur Claude Evin, ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, a sollicité le Docteur Jean-François Armogathe, président de l'UNAFORMEC, pour animer un groupe de travail qui a conduit à la publication d'un rapport « Pour le développement de l'évaluation médicale ». Ce document est à l'origine de la création en 1989 de l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) qui deviendra plus tard l'ANAES.

- Pendant les années 90

La création de l'ANDEM a permis de structurer deux missions principales. Il s'agissait

- d'établir l'état des connaissances avec l'aide des professionnels dans le domaine de la santé,
- de développer et expérimenter des méthodes permettant d'évaluer la qualité des pratiques professionnelles et de favoriser l'émergence d'une approche pragmatique sur la qualité des soins.

La loi hospitalière de 1991 a ensuite attribué explicitement à l'évaluation un rôle dans la promotion de la qualité des services de soins.

Dans le même temps, depuis 1990, l'évaluation des pratiques médicales est devenue une réalité en médecine générale. Si des facteurs économiques et facteurs conventionnels ont accéléré le mouvement, il est important de constater que la prise de conscience de la dimension évaluative de l'exercice médical ambulatoire a, avant même ces contraintes, touché tous les professionnels de santé responsables et le généraliste dans son cabinet.

En France, l'ordonnance de 1996 a établi, pour la pratique libérale comme pour la pratique hospitalière, un mécanisme d'incitation externe : l'accréditation des établissements de santé publics et privés. Il s'agit d'une démarche indépendante d'évaluation externe, effectuée par des professionnels en exercice. Son objectif est de s'assurer que la qualité et la sécurité des soins sont les meilleures possibles.

Cette démarche, qui produit de façon incontestable une forte dynamique interne dans les hôpitaux qui se préparent à l'accréditation, présente cependant une limite majeure. En effet, l'accréditation est un « cliché » de l'organisation et du fonctionnement de l'hôpital en un temps ponctuel mais n'établit pas un suivi précis de son évolution et de sa dynamique interne .

Par ailleurs et de façon concomitante, d'autres références ont connu un fort développement. C'est ainsi que pour renforcer la fonction de surveillance et de veille sanitaire, plusieurs structures publiques ont été créées au début des années 90 : Etablissement français des greffes, Agence française du sang, Agence française du médicament.

L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments ont été créées par la loi du 1^{er} juillet 1998. L'institut de veille sanitaire, succédant au Réseau national de santé publique a complété le dispositif.

Cette sensibilisation et cette démarche concernent la plupart des pays européens. En effet, ces problématiques sont largement partagées sur le plan communautaire et dans l'ensemble des pays anglo-saxons situés en dehors de l'Europe.

Elle a touché les principaux pays industrialisés. Les grands principes décrits par Donabedian ont trouvé leur application en Angleterre où en 1977, le Royal College of General practitioners a mis l'évaluation des pratiques en tête de ses préoccupations. Par exemple, en 1991, un document du General Medical Service Committee « building your own future » sensibilisait tous les généralistes anglais à la méthodologie de l'audit médical et à l'évaluation des pratiques.

1.2. Quelques références à la qualité des soins

Yves Matillon et Pierre Durieux dans leur ouvrage affirment que « la qualité des soins n'a pas été un concept facile à faire adopter par les professionnels de santé. La plupart d'entre eux considèrent que la qualité est un prétexte pour dissimuler l'approche des contraintes économiques et la maîtrise des dépenses dans le système de santé. »

En effet, l'introduction de la notion de qualité a effectivement coïncidé, dans le temps, avec la prise de conscience de la nécessité de maîtriser la croissance des dépenses de santé.

A la différence du secteur industriel qui a intégré la qualité sous la pression de la concurrence internationale (japonaise en particulier), le secteur de la santé a commencé à se tourner vers les concepts de qualité pour

- mieux maîtriser ses dépenses,
- justifier son action. En effet, l'allongement de l'espérance de vie, résultat le plus probant des progrès de la médecine, reste un critère qui doit être justifié. La qualité devient donc utile à la régulation du système de santé.

« Cette prise de conscience, collective, institutionnelle, a été favorisée par l'émergence d'une maladie telle que le Sida et par les réactions et réorganisations engendrées par les problèmes de la transfusion sanguine. L'approche multidisciplinaire a montré que la qualité impliquait tous les acteurs du système ; professionnels de santé, « décideurs », patients, consommateurs ».³

Cependant, aujourd'hui encore il existe plusieurs conceptions de ce que devraient être des soins de santé de grande qualité, et la plupart des définitions illustrent des points de vue différents sur cette question complexe. Les approches peuvent être résumées comme suit :

- La qualité du point de vue du professionnel inclut le respect de l'éthique de la profession, ce qui comprend la compétence technique, l'atteinte des objectifs cliniques fixés et le désir d'accroître ses connaissances médicales.
- La qualité du point de vue du gestionnaire dépend d'éléments comme l'utilisation appropriée des ressources, la conformité avec les standards organisationnels, la reconnaissance et la gestion des risques, ainsi que la participation au développement des services.
- La qualité du point de vue du patient, inclut un accès rapide aux soins, le sentiment que le personnel soignant est attentif et empathique envers lui, une bonne communication, une

³ « The quality imperative : Measurement and management of quality in healthcare » de John Kimberly et Etienne Minvielle. Editions imperial college press. 2000

information claire, un traitement approprié, un soulagement des symptômes et une amélioration de l'état de santé (Birch et al. 2000).

1.3. des points de vue différents mais convergents

Comme nous venons de le voir, la notion de la qualité des soins peut être abordée selon différents points de vue : médical, économique, éthique.

Il en est de même de celui d'évaluation médicale. Le point de vue du médecin est le plus souvent technique : il désire le meilleur équipement, le meilleur hôpital. C'est lui le « capitaine de l'équipe » qui décide des examens, d'une hospitalisation, d'une intervention.

Cependant, l'ensemble de ces points de vue doit être considéré au regard de trois éléments complémentaires :

- le premier est la volonté de plus en plus grande des patients d'être informés et éclairés sur les choix médicaux.
- Le deuxième est une considération économique. Dans nombre de cas, la maîtrise des dépenses de santé n'est pas en contradiction avec l'intérêt du patient ; supprimer un examen, c'est éviter un gaspillage et en même temps choisir la meilleure stratégie médicale et offrir une prise en charge de qualité.
- Le troisième porte sur l'équité. Il n'est pas évident, en effet, qu'une augmentation exponentielle des dépenses de santé, entraîne automatiquement une répartition équitable des moyens. Ce point de vue doit être pris en considération à la fois au regard d'une répartition géographique ainsi que des besoins et attentes spécifiques des patients.

C'est ainsi que, face à ces différents enjeux, la nécessité d'évaluer s'impose pour tenter de rationaliser et de trouver la réponse la plus appropriée. En effet, l'évaluation est le point de convergence d'intérêts apparemment contradictoires puisqu'elle permet d'établir un ordre de priorité et des références communes pour l'action. En ce sens elle n'est ni une spécialité nouvelle, ni une doctrine, mais un ensemble de méthodes réunies pour aider les professionnels à faire des choix à tous les niveaux de soins.

Une politique d'évaluation devrait permettre d'établir des critères de sélection des priorités et ainsi d'éclairer le processus de prise de décision. Evaluer c'est faire des choix pour des raisons médicales et scientifiques mais aussi pour des raisons économiques, sociales, voire éthiques. Le choix des critères d'évaluation devient en soi un enjeu fort et décisif de la prise de décision.

Pour ce qui concerne l'approche qualité, John Kimberly et Etienne Minvielle dans leur livre « Measurement and management of Quality in healthcare »⁴ affirment, en introduction de leur livre que le monde hospitalier ne peut plus rester à l'écart du mouvement de la qualité et doit s'adapter et rendre des comptes à la société. « This confrontation raises the question of national priorities ».

De son côté, la qualité des soins a été définie par l'ANDEM – ANAES par « la capacité à organiser le processus de soins de façon à ce qu'il aboutisse à une augmentation de la probabilité d'une réponse favorable, tout en diminuant la probabilité de ses effets négatifs potentiels. »

L'idée essentielle à retenir de cette convergence de points de vue est qu'il devient indispensable, à l'heure actuelle, de se préoccuper des objectifs aussi bien de l'évaluation que de la qualité pour qu'ils deviennent des références et outils d'aide à la décision. En effet, les décideurs nationaux et locaux ont plus que jamais besoins d'outils de pilotage et les résultats de l'activité hospitalière, que se soit au niveau national ou local, devraient être analysés au regard des objectifs fixés et reconnus.

C'est dans cette perspective que se place le concept de la performance hospitalière.

2. Le cadre conceptuel et appliqué de la performance hospitalière

Il semble qu'aujourd'hui un consensus se dégage pour considérer que l'amélioration de la performance hospitalière est une priorité. Cette notion de performance apparaît comme un concept plus large que celui de l'évaluation médicale, de la qualité et de l'accréditation en ce sens qu'elle se préoccupe aussi des résultats et de la satisfaction des patients.

Cependant, le consensus est fragile dès que l'on aborde les méthodes et les définitions utilisées. Nous allons tout d'abord évoquer des aspects de sa définition puis présenter une approche fondamentale d'un « cycle » de mesure et d'appréciation. .

⁴ John Kimberly et Etienne Minvielle « The quality imperative : Measurement and management of quality in healthcare ». Editions imperial college press. 2000

2.1. Approche de définition et cadre conceptuel de la performance

Nous avons recueilli, pour les besoins du mémoire, diverses définitions de la performance hospitalière :

- Pour D. Baubeau de la DREES, la notion de performance est plus large que celle de qualité. Elle se préoccupe de savoir ce qu'est un « bon hôpital » (même si à l'heure actuelle, cette notion n'a pas de réponse claire). La performance englobe l'obtention de résultats et la satisfaction des patients
- C'est la mesure de la capacité d'un établissement de santé d'atteindre des objectifs ; d'après G. de Pourville de l'INSERM, la performance hospitalière est « un concept qui renvoie, fondamentalement, à l'atteinte d'objectifs ».

Nous insistons donc sur la nécessité de fixer des objectifs pour pouvoir ensuite évaluer des résultats mais cette évidence peut s'avérer particulièrement délicate à développer car elle fait appel à un niveau politique.

Par ailleurs, à l'heure où il devient essentiel de réfléchir aux objectifs inhérents à notre système de santé, la performance comporte une dimension « relative » selon laquelle la performance devrait se mesurer en tenant compte des ressources investies et du niveau de développement de la population desservie.

D'autres approches de définition existent comme par exemple celle d'une performance multidimensionnelle (Ruptures, 1999, C. Sicotte, 1999)⁵. D'après les auteurs de cet article, la performance organisationnelle la plus largement adoptée relève de tensions contradictoires, en ce sens qu'une organisation peut être en même temps performante selon un critère ou une vision de la performance tout en étant non performante selon d'autres critères de performance (Quinn, 1988) .

Les auteurs proposent un consensus qui se présente ainsi :

- Des modèles différents reflètent différentes dimensions de la performance, donc la performance d'une organisation est le résultat de compromis et de tensions entre ces différentes dimensions.
- Différentes dimensions peuvent être valorisées différemment par les divers acteurs qui interagissent dans l'organisation ainsi que par ceux qui, dans l'environnement, sont

⁵ C Sicotte, F Chamapagne et A-P Contandriopoulos « La performance organisationnelle des organismes publics de santé » article dans la revue Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol. 6, n°1, 1999, p34 à 46.

concernés par elle, c'est-à-dire par tous les groupes d'intérêts gravitant autour et à l'intérieur des organisations.

- Les tentatives qui pourraient être entreprises pour développer un indice synthétique unique mesurant la performance dans toutes ses dimensions sont illusoirs.
- La performance est un concept complexe, et même paradoxal, en ce sens qu'une organisation ne peut être performante en fonction de toutes les dimensions en même temps. La poursuite de l'excellence en se concentrant uniquement sur une dimension, par exemple sur l'atteinte des buts, sans se préoccuper des autres, par exemple l'adaptation à l'environnement, peut, à terme, entraîner des dysfonctionnements graves dans l'organisation, voire même sa survie.⁶

Les auteurs de cet article proposent un modèle intégrateur d'analyse et de gestion de la performance, malgré la complexité du sujet. Ils en distinguent quatre fonctions essentielles :

- l'atteinte des buts (la capacité de l'organisation à atteindre ses buts),
- l'adaptation (la métaphore organisationnelle est ici celle d'un organisme vivant qui doit trouver dans son environnement les ressources pour survivre tout en s'adaptant à un environnement dynamique),
- la production (on touche ici le noyau technique de l'organisation),
- le maintien des valeurs et climat organisationnel (la performance de toute organisation est fortement tributaire des valeurs partagées ou non par les différents acteurs œuvrant dans l'organisation).

La performance hospitalière est une recherche de l'équilibre entre ces quatre dimensions.

Une autre approche de la performance est développée dans un des « Dossiers solidarité et santé » de la DREES⁷. A la question « qu'appelle-t-on performance hospitalière ? », le dossier en détaille les divers champs et en propose une approche pragmatique selon trois directions :

- l'atteinte des buts,
- l'utilisation optimale des moyens et
- la capacité d'adaptation aux changements.

Ces trois dimensions requièrent, de plus, une dimension commune et une organisation qui facilitent les pratiques collectives.

Quand on aborde le premier niveau à savoir l'évaluation des performances « cliniques » pour les individus pris en charge, on se trouve face à une multitude de possibilités de jugement mettant en cause les caractéristiques de l'hôpital. Le dossier distingue trois domaines d'appréciation :

⁶ Idem

⁷ Dossiers solidarité et santé ; éléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers. N° 2 – avril – juin 2001

- les structures de l'hôpital (performance des équipements, qualité et niveau des ressources humaines),
- les procédures de soins, actes ou ensemble d'actes mis en œuvre,
- les résultats obtenus en termes cliniques (guérison, rémission, récupération fonctionnelle) ou
- en terme de perception par les patients (perception de leur état de santé, satisfaction de leur prise en charge).

« Les appréciations portées dans chaque domaine exigent la mise au point d'indicateurs pour mesurer les variations au cours du temps ou entre les établissements ».⁸

L'analyse de certains indicateurs de performance fera l'objet d'un élargissement dans la troisième partie du mémoire. Cependant, il est important de réfléchir sur ce point dès la définition du cadre d'analyse de la performance, dans la perspective de l'expérimentation. Plus encore, en terme d'application, la gestion de la performance passe par l'élaboration de systèmes d'informations adaptés.

2.2. Une « infostructure » de la santé

Aujourd'hui, la plupart des débats qui ont lieu sur la performance hospitalière se déroulent sur l'élaboration et le positionnement d'indicateurs.

Il faut cependant se rendre à l'évidence, les normes pour bâtir des indicateurs existent, de nombreuses expériences ont été menées, des résultats d'indicateurs ont déjà pu être analysés et pourtant certains blocages persistent pour en obtenir la généralisation, hormis des références telles que le PMSI et la SAE qui sont imposées par l'approche socio-économique de l'organisation hospitalière.

Dans un souci de présenter une vision large des bases conceptuelles de la performance, nous avons effectué une recherche spécifique sur la documentation théorique qui permet d'élaborer des indicateurs dit « de performance ». Les sources sont multiples et force est de constater qu'il serait plutôt nécessaire de sélectionner et de tester celles qui existent déjà plutôt que d'en chercher de nouvelles.

Parmi les références que nous avons recueillies, sont disponibles :

- La norme X50-171 de l'Association française de normalisation (AFNOR) « indicateurs et tableaux de bord qualité ». Cette norme reste très orientée sur l'entreprise. Mais, une norme sur « l'identification des critères de qualité pour les établissements de santé : choix mise en

⁸ Idem

place et suivis d'indicateurs qualité » est en phase d'élaboration. Dans la norme initiale, l'AFNOR présente certaines caractéristique d'un « bon indicateur » qui doit être pertinent, opérationnel et valide.

- De son coté, le Mouvement français pour la qualité (MFQ) a élaboré deux fiches ; l'une sur les indicateurs qualité, l'autre sur les tableaux de bord qualité. Ces documents orientés vers l'entreprise peuvent cependant servir de référence.
- Au Canada, l'organisme chargé de l'agrément des services de santé (Conseil canadien d'agrément des services de santé : CCASS) propose des ateliers relatifs à l'élaboration d'indicateurs de rendement (ou indicateurs de résultats).

Le CCASS s'intéresse principalement au processus d'élaboration des indicateurs : constitution d'une équipe, sélection des priorités de mesure en fonction des objectifs sur service et des besoins / attentes des usagers, planification et mise en œuvre des indicateurs, évaluation de ceux-ci ... L'intérêt est d'aider les équipes à développer les outils utiles à l'amélioration de leurs résultats, mais aussi de disposer d'indicateurs dont l'utilisation et la pertinence pourront être discutées dans le cadre de la visite d'agrément.

D'autres sources sont disponibles, en particulier celles de :

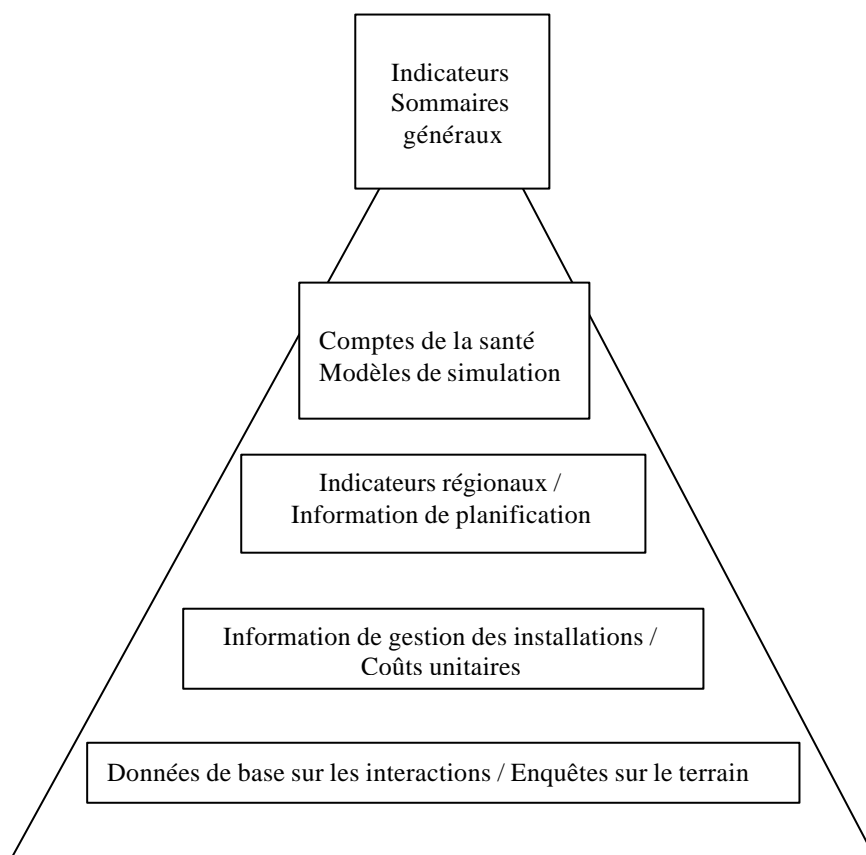
- « L'évaluation de la pratique médicale par des pairs »⁹ qui présente une grille d'évaluation qui sert de base au médecin évaluateur libéral qui rend visite à un des ses confrères volontaires.
- « L'aide méthodologique à l'évaluation de la télé médecine »¹⁰ avec des facteurs expérimentaux et concrets de réussite de l'expérience.

⁹ article dans « La revue du praticien – médecine générale ». Tome 15. N° 549 du 15 octobre 2001

¹⁰ CREDES et Direction des hôpitaux. Mars 2000.

Mais, au delà du débat légitime sur les « bons indicateurs », le véritable enjeu de l'échange d'informations est plutôt, à l'heure actuelle, sur l'élaboration et la réalisation d'un véritable système d'information cohérent et intégré, élément majeur de l'infrastructure. Car il faut s'interroger sur l'adaptation des indicateurs en fonction de l'évolution et des capacités des système d'information. Les deux aspect (indicateurs et systèmes doivent avancer en même temps et se compléter.

Dans le chapitre 7 du dossier OCDE¹¹, une vision sommaire de cette structure est présentée et commentée sous forme de pyramide



La structure pyramidale a pour but de décrire le caractère hiérarchique d'un tel système d'information ;

- La base est constituée de deux éléments ; d'une part des données administratives de base concernant les interactions entre les individus et le système de santé et, d'autre part, des résultats d'un ensemble systématique de sondages sur la santé dépassant largement le seul aspect des maladies cliniques, afin d'obtenir de l'information sur le statut socioéconomique et sur un éventail de facteurs de risque.

- Les données de type administratif doivent se révéler directement utiles aux nombreux fournisseurs de soins, sans quoi ceux-ci seront peu motivés à recueillir et à fournir des données de qualité.
- Les informations doivent pouvoir circuler de façon ascendante afin qu'elles soient utiles aux niveaux local, régional, provincial, et finalement national.
- Au sommet de la pyramide doit de trouver un nombre restreints d'indicateurs sommaires, valides et pertinents concernant le système pris dans sa globalité et permettant de mesurer la santé de la population et sa distribution, ainsi que les dépenses et les ressources reliées au système.
- L'information doit aussi pouvoir circuler du haut vers le bas. En effet, un isolement total des indicateurs sommaires se trouvant au sommet les priverait de toute utilité. Il ne doivent pas être déconnectés de l'information nécessaire aux prises de décisions politiques
- Donc le système d'information doit être doté d'un mécanisme qui permette à l'information de voyager de son sommet vers la base. Il doit aussi pouvoir fournir une rétroaction sur les résultats obtenus.

Dans une perspective stratégique de développement de ce système d'information, il sera certainement indispensable de prendre en compte un nombre important et complexe de paramètre. Pour développer un système de données administratives, il faudra

- Trouver un consensus sur quelques indicateurs qu'il faudra ensuite faire vivre,
- Etablir une (ou des bases de données) électronique sur des informations patients qui respecte la confidentialité,
- Mettre au point un cadre statistique,
- Prendre en considération l'aspect organisationnel et accompagnement du changement,
- Accentuer la fonction de veille internationale pour tirer profit de l'expérience des autres.

Outre la conception du système d'information, l'aspect logistique de ce dispositif représente pour les années à venir un investissement lourd en terme de moyens matériels et financiers, Cet investissement est cependant un préalable indispensable à la fonctionnalité d'un système de mesure de la performance hospitalière.

Dans cette perspective, il sera nécessaire de s'interroger sur l'investissement en fonction des objectifs de chaque niveau. En effet, les moyens logistiques mis dans une banque de données nationales seront mutualisés alors que chaque hôpital devra disposer de son propre système de recueil d'informations de bases.

Si la circulation et le partage d'informations sont des enjeux majeurs pour relever le défi de la performance des systèmes de santé, celui de l'analyse systémique en est un autre.

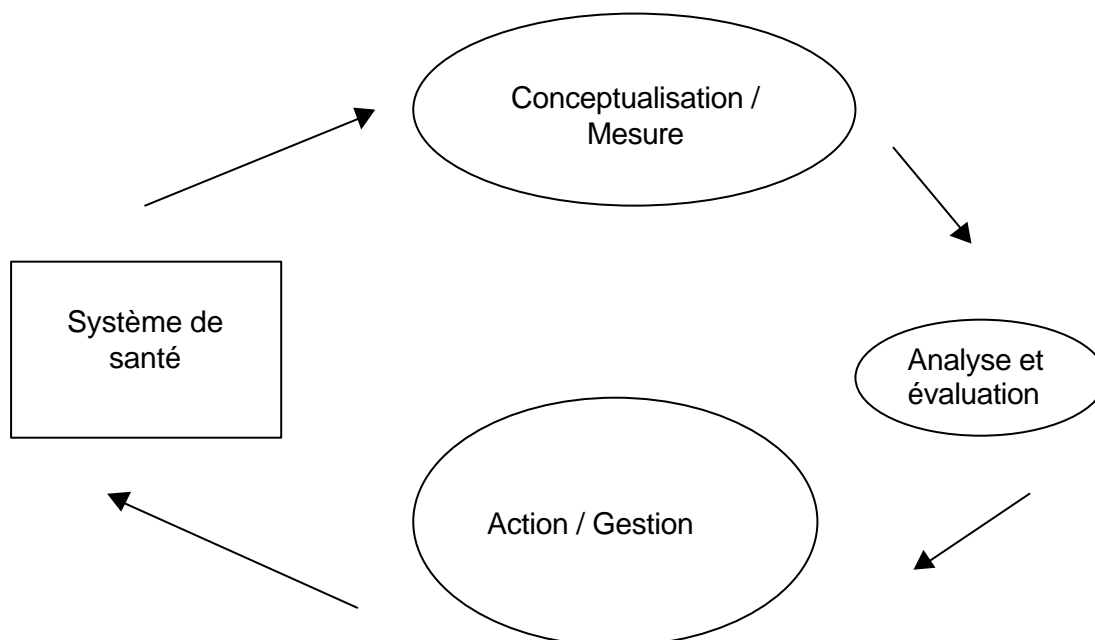
¹¹ OCDE « Etre à la hauteur : mesurer et évaluer la performance des systèmes de santé dans les pays de

2.3. Le cycle de mesure et de gestion de la performance

Un peu similaire à la « Roue de Deming » qui est l'un des fondements conceptuel des démarches d'amélioration de la Qualité, la performance peut être analysée par une approche systémique qui donne à la fois du sens, dynamise le concept et permettra, à terme, de bâtir des plans d'action récurrents.

Il faut cependant remarquer que ce schéma s'inscrit dans une perspective macro et devra donc être adaptée, dans un second temps, à chaque organisation hospitalière.

Source : d'après Nutley et Smith, 1998



Les commentaires de ce schéma sont repris du rapport OCDE¹² (chapitre 2, page 41). La gauche du diagramme représente le système de santé dont on cherche à améliorer la performance. Les insuffisances identifiées par les décideurs et les gestionnaires varieront selon les systèmes.

La partie supérieure du diagramme (conceptualisation et mesure) implique de définir clairement les objectifs du système de santé et de mesurer les aspects pertinents de la réussite au regard de ces objectifs pour être en mesure de prendre des dispositions pour améliorer la performance. De plus, pour déterminer les leviers potentiels du changement, il est également souhaitable de mesurer les structures et les procédures qui font la différence dans la réalisation des objectifs.

l'OCDE ». Rapport 2002

En ce qui concerne « analyse et évaluation », l'évaluation ex ante est souhaitable pour définir, en particulier, les raisons aux insuffisances de la performance et le rapport coût - efficacité des dispositions susceptibles de les résoudre. Elle l'est aussi ex post pour surveiller et évaluer les résultats des mesures appliquées pour étoffer la « base factuelle » en vue de décisions ultérieures.

La partie inférieure du diagramme est consacrée aux actions. Les systèmes de santé comportent plusieurs groupes d'acteurs dont les « consommateurs », les prestataires de soins, les gestionnaires. Selon le problème à résoudre, il conviendra de prendre des décisions ou de tenter de modifier les comportements de certains groupes.

Il est important de noter que cette approche par « cycle » peut servir à décrire les dispositions qu'il convient de prendre dans le cadre de projets cliniques aussi bien que pour récapituler les dispositions pertinentes qu'il s'agit d'intégrer aux projets de gestion et de politiques sanitaires visant à améliorer la performance.

3. Le positionnement spécifique d'une démarche d'expérimentation

Dans le cadre du mémoire, et en considérant les réflexions précédentes, il semble impossible d'aborder toutes les dimensions de la performance en une seule expérimentation.

Nous avons volontairement écarté les aspects de l'évaluation clinique in extenso.

En revanche, nous avons souhaité, dès le début, que l'expérimentation porte sur l'élaboration d'indicateurs tangibles.

De plus, nous avons choisi de mener une démarche de recherche-action avec un groupe de travail par une approche exploratoire qui prend en compte le plus possible les décisions du groupe sans imposer des solutions.

Notre hypothèse de base repose sur le fait que la performance hospitalière peut être considérée sous un angle organisationnel dont il est possible d'évaluer certains résultats qui concourent à l'évaluation globale de la performance hospitalière de la structure.

Au départ, notre volonté a été de proposer une démarche participative pour évaluer l'organisation médicale productrice de soins. Ainsi, les deux notions qui ont guidé notre démarche sont celles d'évaluation médicale et d'organisation.

¹² Rapport OCDE 2002 : chapitre 2, p 41.

En effet, on peut légitimement considérer que certains aspects du « comportement organisationnel » des structures hospitalières ont des répercussions sur leur niveau global de performance.

3.1. Quelques réflexions pour mener l'expérimentation

Certains préalables ont permis de guider l'expérimentation, sans toutefois être des références méthodologiques. On retrouve :

- La dimension organisationnelle de l'activité médicale. Par exemple, l'indicateur du taux de césariennes est souvent évoqué pour cerner la performance des hôpitaux qui ont une activité de maternité. Or de nombreux facteurs non médicaux font varier ce taux. Ainsi, plusieurs études ont montré l'impact de la gestion et de l'organisation au travers de facteurs tels que les modalités des gardes des obstétriciens, l'organisation du travail de l'équipe anesthésiste, la localisation de la salle de césarienne (Naiditch 1997 ; Rabilloud, 1997).
- La dimension « intermédiaire » de l'évaluation qui doit rester relative et ne peut devenir une fin en soi. Il est fortement souhaitable que l'évaluation débouche, à terme, sur la mise en œuvre d'actions concrètes qui témoignent d'une volonté d'amélioration de la performance.
- L'évaluation en tant qu'outil d'aide à la décision s'inscrit de plus en plus dans une perspective de management stratégique. Elle doit fournir au décideur des outils de pilotage. Actuellement, certains hôpitaux souhaitent développer l'élaboration de tableaux de bord de direction. Cette tendance est surtout tangible dans les structures de grande taille comme les Centres hospitaliers Universitaires dont l'Assistance publique - hôpitaux de Paris qui a même créée, en liaison directe avec sa Direction générale, une mission spécifique chargée de réfléchir à un tableau de bord de direction.
- L'évaluation en tant que partie prenante de l'élaboration d'un projet. « L'évaluation doit donc être conçue de manière à pouvoir s'inscrire dans une démarche participative de gestion de projet.

II. EXPERIMENTATION ET METHODE

Cette démarche a été entreprise dans le cadre de ce mémoire professionnel lors du stage de longue durée au Centre hospitalier d'Argenteuil.

1. Une démarche de recherche action

Comme nous l'avons déjà mentionné, la démarche proposée est celle d'une démarche « gestion de projet ». Pour ce faire, il est essentiel de prendre en considération deux types de préalables :

1.1 - les préalables internes au milieu professionnel

1.2 - les préalables méthodologiques

1.1. Les préalables internes

Tout d'abord, les spécificités locales. Le monde hospitalier est organisé, en grande partie, sur le principe d'une certaine autonomie locale, garant de son dynamisme et d'un niveau élevé de responsabilisation. Chaque hôpital fonctionne selon une organisation qui lui est propre, au niveau interne, même si cela ne remet pas en cause son appartenance au service public hospitalier.

Ensuite la culture locale est la résultante d'un mode de vie professionnel, d'un style de management, de relations sociales ... Elle est le niveau le plus abstrait de perception d'une organisation humaine et il est donc indispensable, malgré la difficulté (voir l'impossibilité) de rationaliser cette notion, de la prendre en compte ou dans tous les cas de ne pas agir en créant des blocages et des rejets à ce niveau.

1.2. Les préalables méthodologiques

Proposer une démarche de recherche action implique aussi certaines précautions méthodologiques et, en priorité, de ne pas imposer de solution avant d'avoir analysé le problème. Cette approche est comparable aux méthodes de résolutions de problèmes, en particulier, dans les démarches Qualité.

Un autre point, en terme de méthodologie, est de s'appuyer sur la réflexion d'un groupe de travail dont la légitimité est clairement affirmée en interne et qui dispose d'une capacité à agir dans le domaine d'expertise défini par la mission. Ce groupe devient alors un « groupe expert » (même si, dans le présent dossier, ce nom a été rejeté par certains membres du groupe qui ne souhaitaient pas s'attribuer cette mention et lui ont préféré la notion de « groupe de réflexion »).

Il est aussi important de souligner que la « productivité » d'un groupe de travail est considérée, par les méthodes de résolution de problèmes, comme supérieure à la somme des réflexions individuelles.

Ensuite, il est indispensable d'obtenir un consensus, au sein du groupe de travail, sur des règles communes de fonctionnement et de s'accorder sur une approche méthodologique.

Enfin, pour fonctionner de façon la plus efficace possible, le rôle du facilitateur ne doit pas être négligé. Cette personne propose une méthodologie, organise les réunions et fait les comptes-

rendus, suit les expérimentations dans les services. C'est la stagiaire directrice d'hôpital qui a rempli cette mission dans le présent dossier.

Une annexe fait référence à cette approche méthodologique. Elle a été proposée pour construire et accompagner la démarche de recherche – action développée dans l'hôpital.

2. La constitution d'un groupe de réflexion

L'intérêt de constituer ce type de groupe est de lui confier

- un sujet de réflexion précis,
- avec un objectif clair et
- selon un délai défini.

La première étape de la constitution de ce groupe a été le choix de ses membres.

Le thème initial étudié était l'auto évaluation médicale de l'organisation des soins. Il était important que les représentants du corps médical soient les plus nombreux. Ce sont les Chefs de service qui ont participé à cette réflexion.

Par ailleurs, il était nécessaire qu'ils représentent des activités médicales variées :

- chirurgie,
- médecine gériatrique.

Il est à signaler qu'un représentant du service des urgences avait aussi été sollicité. Malheureusement, le fort niveau d'activité que connaît ce service n'a pas permis à un médecin de se rendre disponible.

Les membres du corps médical venant du plateau technique étaient aussi présents :

- pharmacie,
- laboratoire de biologie.

Le Président de la CME, médecin DIM de l'hôpital, était aussi membre du groupe. Cette double responsabilité est importante à souligner car elle démontre à la fois l'implication d'une volonté médicale la plus large possible ainsi que la connaissance technique de la maîtrise du PMSI.

Cependant, pour compléter l'approche médicale, il était indispensable d'adjoindre des responsables administratifs et techniques aux représentants du corps médical. Cette remarque s'est révélée d'autant plus justifiée que l'angle de réflexion du groupe touchait à l'approche organisationnelle des soins.

C'est pourquoi le groupe de travail comprenait :

- le chef d'établissement adjoint,
- le Responsable de la Direction de la qualité et de l'information,
- la Directrice des soins infirmiers.

En terme de fonctionnement, le groupe a utilisé des outils de résolution de problèmes, en particulier le remue méninges ou brainstorming.

3. La méthodologie proposée

Lors de la rencontre individuelle et initiale du facilitateur avec chacun des membres du groupe de travail, un document a été présenté pour positionner la mission et pour que chaque personne puisse apporter sa réflexion le plus en amont possible. Ce document est joint en annexe.

3.1. Définition d'un calendrier

Lors de la première réunion du groupe de réflexion, un calendrier a été défini. Quatre réunions ont eu lieu les

- 6 mai 2002,
- 13 mai 2002,
- 3 juin 2002,
- 17 juin 2002,

Ces réunions ont ensuite été suivies par des expérimentations dans les services tests.

3.2. Réflexion menée lors des réunions du groupe de travail

Chaque réunion était préparée, avec un ordre du jour défini à l'avance et envoyé aux membres. Une documentation a aussi été constituée, essentiellement pour la détermination des indicateurs. Chaque réunion a fait l'objet d'un compte rendu approuvé lors de la réunion suivante.

La réflexion du groupe de travail a porté sur quatre thèmes majeurs

- Le positionnement global et l'objectif général,
- La notion de performance hospitalière,
- La notion d'organisation médicale des soins,
- Décisions prises concernant l'expérimentation.

3.2.1. Le positionnement global et l'objectif général de la démarche de recherche - action

Il s'agit, dans un objectif très large, d'améliorer l'organisation des soins et la prise en charge des patients.

En effet, certaines lourdeurs dans l'organisation de l'hôpital entraînent des difficultés de fonctionnement.

L'hypothèse de départ de la réflexion est que des progrès considérables ont été accomplis dans chaque domaine de l'activité hospitalière depuis quelques années :

- sur le plan médical, la preuve en est le nombre d'actes nouveaux inscrits depuis ces vingt dernières années,
- sur le plan de la gestion, l'hôpital s'est doté de nouveaux outils et a développé considérablement ses techniques,
- sur le plan para-médical, un savoir-faire spécifique est aujourd'hui reconnu.

Cependant, l'hôpital est aujourd'hui entré dans une zone de fortes turbulences qui l'obligent à dynamiser son organisation. Pour ce faire et pour lutter contre la tendance naturelle à la bureaucratisation des structures telle que l'a définie Michel Crozier dans « Le phénomène bureaucratique », il est nécessaire de rendre un plus grande visibilité à la mission première de l'hôpital, celle de soigner.

Des progrès considérables ont été réalisés mais un besoin de plus en plus fort se fait sentir d'améliorer les interfaces et les liaisons entre les différents pôles d'activités.

Une approche qui permette d'améliorer l'organisation générale de la prise en charge des patients débute par une réflexion et des actions au plus près de l'activité des services de soins et de leur dynamique propre.

Le groupe de travail a ensuite abordé, lors de cette première réunion, des thèmes complémentaires qui ont permis de mieux délimiter le champs général d'action.

a) La capacité de changement de l'hôpital

Il apparaît aux membres du groupe que la capacité de changement est pour le moins ralentie par la lourdeur et le manque de réactivité, voire de lucidité, des autorités de tutelle.

Une discussion a lieu sur le fait qu'il vaut mieux proposer des projets à la tutelle plutôt que d'attendre que celle-ci prenne des décisions qui ne seraient pas en cohérence avec la stratégie de développement du Centre hospitalier. Ainsi, certains dossiers, même s'ils avancent lentement, ont plus de chance d'aboutir que si l'on adopte une position attentiste.

b) L'organisation de l'hôpital

Certains membres du groupe considèrent que l'hôpital est organisé de façon pyramidale. A la base se trouvent les ressources et les services dont tout le monde a besoin pour les soins, les services médico-techniques par exemple. Au sommet, les services très spécifiques qui ont une activité très ciblée. Il semble important de pouvoir les différencier, aussi bien au niveau de l'organisation que par les moyens alloués.

La notion de réseau intéresse aussi les membres du groupe car ce type d'organisation met en lumière la nécessité de coordination et l'importance des relations entre les diverses composantes du réseau.

c) Les modalités de l'évaluation

Ce thème a suscité de nombreuses réactions, entre autres sur la grande diversité des références : « on s'évalue beaucoup, mais partiellement » et sur les différences de résultats pour un même indicateur.

Il paraît nécessaire d'harmoniser l'approche et les résultats.

d) La communication

Certains membres du groupe pensent que le Centre Hospitalier Argenteuil pourrait compléter l'information à destination du public. Par exemple l'attente téléphonique pourrait être l'occasion de mieux présenter l'activité de l'hôpital. Cela permettrait aux personnes intéressées de se déterminer sur des critères de choix plus objectifs.

De plus, les patients devraient être mieux informés du temps d'attente (en particulier aux urgences).

e) La nécessité de réfléchir à la notion d'organisation médicale des soins

Il est apparu indispensable aux membres du groupe, avant de pouvoir aller plus loin dans ce projet, de mieux cerner et de définir une approche de l'organisation médicale des soins ; trajectoire et suivi du (ou d'un) patient, implications pour les soins, approche par spécialités

et / ou plus générale, références ANAES ou autres, interaction entre l'organisation médicale et l'organisation générale de l'hôpital...

Ce thème a fait l'objet d'une réunion de travail.

3.2.2. Analyse de la notion de performance

A la question « que signifie la performance pour le Centre Hospitalier Argenteuil ? », le groupe – expert a répondu par les éléments présentés ci-dessous.

a) Le contexte

La compétitivité est l'élément essentiel pour qualifier le cadre dans lequel le Centre Hospitalier doit évoluer. Compétitivité surtout à l'égard des structures de soins qui l'environnent. Ce constat oblige le Centre hospitalier à se montrer attractif.

b) Approche d'une définition de la performance

Deux définitions ont été formulées :

- La performance est le point d'équilibre d'une figure géométrique triangulaire qui place aux trois pointes du triangle le client, l'institution et le personnel.
- La performance est l'adaptabilité aux évolutions des besoins et des contraintes.

c) Positionnement du concept de performance

La notion d'attractivité a été déclinée à plusieurs reprises lors de la discussion. Non seulement il s'agit d'être attractif pour la clientèle, mais aussi pour le personnel et le corps médical afin d'être en mesure d'attirer le meilleur personnel.

Cet axe se rapproche de la notion de « magnet hospital » (« hôpital aimant ») qui émerge à l'heure actuelle des études les plus récentes en matière de performance hospitalière. Nous retrouverons cette notion à plusieurs reprises et en particulier lors de la discussion en troisième partie du mémoire.

d) Une vision systémique de la performance

La performance peut s'envisager sous l'angle d'une dynamique qui s'organise par une démarche en quatre phases :

- les conditions de la performance,
- les preuves de la performance,
- les résultats de la performance.
- des éléments de rétroaction

En préalable, c'est-à-dire parmi les conditions se trouvent ; la qualification du personnel et son savoir-faire, le niveau et la qualité des équipements ainsi que des technologies. L'objectif est de « bien faire, de faire mieux » par une prise en charge globale du patient (voir le développement de la capacité de prédiction), un bon niveau et la qualité de production des services et de satisfaction du personnel au travail.

La notion de « preuves » implique une concrétisation. Le but recherché n'est pas de construire un (ou des) indicateur idéal. Il s'agit cependant de développer une approche tangible, à même de démontrer que la performance se traduit en termes concrets. Il faut, aussi pour cela clarifier les objectifs et trouver un consensus pour dégager des points essentiels.

Les résultats de la performance concernent surtout la satisfaction du patient (en même temps que l'optimisation des moyens).

Certains phénomènes tels que la notoriété et l'image de marque sont des résultats « par ricochées » (ou bénéfiques secondaires) qui prennent toute leur importance lorsqu'il s'agit de se maintenir à un haut niveau d'attractivité.

Quant à la boucle de rétroaction, elle englobe certainement l'ensemble des bénéfiques secondaires pour les apporter en soutien aux préalables de la performance. La Qualité est aussi présente dans ce processus de rétroaction, en particulier avec l'approche de l'assurance qualité.

e) La performance c'est aussi un état d'esprit entre compétition et solidarité

En effet, la performance c'est aussi (et peut-être avant tout) une volonté de réussir. Pour ce faire, une métaphore proche de la préparation à la compétition sportive a été employée au sein du groupe de réflexion ; il s'agit de se mettre en condition, de s'entraîner, de se qualifier, d'obtenir de bons résultats.

Pour autant, la compétition trouve des limites puisque la valeur fondamentale qui ressort est celle de la solidarité. En effet, cette notion de solidarité a recueilli un consensus parmi les membres du groupe de réflexion.

3.2.3. La notion d'organisation médicale des soins

La notion « d'organisation médicale des soins » a été abordée lors de la deuxième réunion du groupe de réflexion, le 13 mai 2002. Il ressort du travail du groupe l'approche commune suivante.

a) Fluidité, rapidité, délais :

Cette idée de fluidité et de rapidité a émergé en début de réunion et s'est imposée comme un enjeu essentiel de l'organisation médicale des soins :

- prise en charge rapide du patient,
- tout ce qui permet au patient d'entrer et de sortir de l'hôpital sans stationnement inutile,
- avoir le chemin le plus court et le plus efficace entre son entrée et sa sortie,
- obtenir les comptes-rendus des examens complémentaires rapidement (délai à définir),

b) Organisation

La dimension organisationnelle a été déclinée surtout pour prendre en compte l'objectif final qui est l'optimisation des moyens :

- organisation des temps de travail, planification des horaires médicaux,
- bon médicament, au bon malade, au bon moment,
- différence entre activité programmée et non programmée.

c) Coordination

Cet aspect a été abordé à la fois par une approche globale et selon une approche plus centrée sur la prise en charge médicale :

- coordination et optimisation des moyens –humains – logistiques – techniques, sans oublier l'accompagnement et le suivi à distance,
- soins médicalisés ; synergie, coordination, réseau.

d) Approche systémique

Ce point s'est imposé en tant que repère majeur de l'organisation médicale des soins. En effet, plusieurs membres du groupe se sont exprimés sous forme de schémas synthétiques qui tous traduisent une dynamique. De plus, les notions de trajectoire, de circuit patient, de cheminement et d'épisode de soins ont été évoquées à plusieurs reprises.

Il ressort de l'analyse que le patient est au centre des préoccupations et que l'organisation médicale des soins est la dynamique sur laquelle se construit efficacité et efficience pour lui apporter le meilleur service :

- Notion de processus et de système : assurer tout ce dont un patient a besoin pour se faire soigner (services cliniques, médico-techniques, hôteliers, administratifs). C'est la manière de prendre en charge les patients.
- Triangle de synergie (le patient est au milieu) : les soins sont sur un axe du triangle, l'organisation sur le deuxième et l'efficience au bout du troisième axe.
- Dans un objectif de « clarification des circuits internes » et pour obtenir une vision globale, le groupe a proposé une approche en 5 points :
 - définir des objectifs clairs pour chaque service par rapport à l'hôpital, à la spécialité, à l'environnement.
 - évaluer les besoins des « usagers »,
 - ébaucher des réponses (par rapport aux moyens),
 - identifier les manques,
 - calculer les coûts (ratio personne / gestes).

3.2.4. Décisions prises concernant l'expérimentation

Les décisions opérationnelles concernant l'expérimentation ont été prises lors des réunions du 3 et du 17 juin 2002 dont l'objectif était d'identifier une démarche et / ou des indicateurs à même de mesurer certains aspects de la performance de l'organisation médicale des soins au Centre hospitalier d'Argenteuil.

En préalable, les membres du groupe ont abordé plusieurs points ;

- Faut-il adopter des indicateurs déjà existants (ANAES, SAE, PMSI ...) ?

- Les indicateurs peuvent être classifiés en trois grandes catégories :
 - . Les indicateurs de satisfaction des patients,
 - . Les indicateurs de sécurité,
 - . Les indicateurs de la performance économique.

Cependant, il semble important aux membres du groupe, pour la présente expérimentation, de rester dans l'axe de réflexion sur l'organisation.

De plus, il est important, dans tous les cas, de distinguer les patients entrés « à froid » qui sont programmés de ceux entrés « à chaud ».

3.2.4.1. Priorité à la notion de délai

Un aspect apparaît essentiel pour mesurer la fluidité de la prise en charge des patients et éviter les temps d'attente inutiles ; c'est la notion de délai. Le groupe a donc fait le choix de cet axe précis pour mener l'expérimentation dans les services de soins.

En effet, cette notion peut être déclinée en indicateurs qui peuvent être adaptés aussi bien pour les services « demandeurs » que « fournisseurs ».

3.2.4.2. Le choix d'indicateurs

Lors de la réunion du 17 juin 2002, le groupe de réflexion a décidé d'expérimenter une série d'indicateurs, dont la ligne commune est de cerner et d'être en mesure de calculer des délais.

L'approche consiste à se centrer sur le patient et d'examiner les temps de latence qu'il connaît pendant son hospitalisation. La volonté du groupe de réflexion est de mieux comprendre les interactions qui peuvent être à la source de certains freins et lenteur. En partie, cette approche recouvre la notion actuelle « d'agenda patient ».

4. Modalités de l'expérimentation

4.1. Détermination des indicateurs

4.1.1. Indicateurs pour les services demandeurs

- délai de réponses aux demandes d'examens, de radios : Il s'agit de calculer le temps entre la demande et la réponse :
 - ◇ *date de retour de l'examen - date de demande d'examen*
 - ◇ *date de retour de la radio - date de demande de radio*

- délai d'attente entre l'entrée du patient dans le service et la date du premier examen :
 - ◇ *date de la demande du 1^{er} examen - date d'entrée dans le service*
- délai d'attente entre la visite (et/ou l'avis médical d'un spécialiste) et la date de la demande :
 - ◇ *date effective de la réponse médicale - date de demande de l'intervention d'un spécialiste*

4.1.2. Indicateurs pour les services fournisseurs

- délai de renvoi des demandes des services
 - ◇ *date de renvoi de l'examen - date de demande d'examen*
 - ◇ *date de renvoi de la radio - date de demande de radio*
- nombre d'examens demandés en urgence
 - ◇
$$\frac{\text{nombre de demandes d'examens (ou radio) en urgence}}{\text{nombre total d'examens}}$$

4.1.3. Indicateurs pour les services « finaux »

- délais d'attente entre la décision médicale de sortie et la sortie effective
 - ◇ *date de sortie effective - date de sortie prévue*

4.2. Choix des services test

Le groupe de réflexion a ensuite déterminé des services test pour mener l'expérimentation. Il s'agit, pour les services médicaux,

- du service de chirurgie viscérale,
- du service de gastrologie,
- du service de médecine gériatrique.

Et, pour le plateau technique,

- du laboratoire de biologie.

5. Résultats et analyse de l'expérimentation

5.1. Modalités pratiques de l'expérimentation

Les indicateurs ont été suivis, dans chacun des services test, pendant 3 semaines (en particulier du 24 juin au 12 juillet 2002). Le service de médecine gériatrique a mené son expérimentation pendant tout le mois de juillet.

La base d'étude, pour chaque service, est de 30 dossiers (28 pour le service de médecine gériatrique).

Les cadres infirmiers, supérieurs et de proximité, ont été informés et, pour certains ont été impliqués dans la démarche d'expérimentation.

Les tableaux de suivi des indicateurs sont joints en annexe avec les informations recueillies dans les services test. Cependant, chaque tableau est présenté en introduction des résultats et de leurs commentaires.

5.2. Commentaire et analyse des indicateurs dans le service de chirurgie viscérale

5.2.1 SERVICE DE CHIRURGIE VISCERALE - hospitalisation

Indicateurs mesurés pour les 30 premiers patients admis dans le service à partir du 24 juin 2002.

U = demande en urgence // NU = demande non urgente

Examens = imagerie, explorations fonctionnelles (dont échographies cardiaques), endoscopie, IRM, scanner, doppler.

N° Dossier	U ou NU	Date demande d'examen et type d'examen	Date retour d'examen	délai	U ou NU	Date demande de radio	Date retour de radio	Délai
N°								

Pour le calcul des délais, chaque jour compte c'est-à-dire que le changement de date est pris en compte pour le retour. Cependant, le jour de la demande d'examen ne rentre pas dans le calcul du délai.

A la suite de la période de suivi de l'indicateur, le personnel du service de chirurgie viscérale a été interviewé. Certains des commentaires formulés ont été repris pour l'analyse et la compréhension globale des résultats.

En particulier, un commentaire porte sur l'absence de procédure pour le retour des examens et la question « comment récupérer les examens et les radios ? » se pose de façon récurrente.

En extrême urgence, les médecins du service de chirurgie se déplacent en radiologie ou au scanner pour avoir accès aux clichés le plus rapidement possible.

5.2.1.1. *Calculs et commentaires des délais pour les radios :*

- délais calculés en heures :
 - * 2 dossiers non applicables car pas de mention de l'heure,
 - * 3 dossiers à 1h30,
 - * 1 dossier à 1h45,
 - * 5 dossiers à 2 h,
 - * 1 dossier à 2h30,
 - * 1 dossier à 2h3/4,
 - * 1 dossier à 4 h,
 - * 1 dossier à 5h30.

La moyenne pour obtenir 1 radio est de 2 heures.

- Il est important de noter que toutes les demandes de radio ont été faites en urgence. Après avoir interviewé les personnes du services de chirurgie, on peut formuler certaines remarques :
 - L'aide au diagnostic que représente la radio est de plus en plus importante pour poser le diagnostic chirurgical.
 - Toutes les demandes de radio qui ne sont pas faites en urgence n'obtiennent de rendez-vous que le surlendemain.
 - Le service de radio signale des problèmes de brancardage qui semblent retarder l'arrivée des patients dans le service. Cette situation crée des dysfonctionnements : temps d'attente pour les patients, temps d'attente pour le personnel de la radio.
 - Dans l'indicateur, le service de chirurgie a pris en compte, pour la date de retour de radio, le moment où il dispose du cliché, même sans compte rendu médical. En effet, le plus souvent, le dossier est complet (cliché + diagnostic) avec un temps de délai supplémentaire.

5.2.1.2. Calcul et commentaires des délais pour les examens

- scanner :
 - * 1 jour de délai pour 2 dossiers,
 - * 2 jours de délai pour 3 dossiers,
 - * 3 jours de délai pour 2 dossiers,
 - * 6 jours de délai pour 1 dossier,
 - * 7 jours de délai pour 1 dossier,
- échographie : pas de délai
- coloscopie : 7 jours de délai (1 dossier)
- fibroscopie : pas de délai (1 dossier)
- EEG : 5 Jours (1 dossier)

L'analyse la plus intéressante est celle des délais du scanner.

D'une part, le délai minimum semble être de 1 jour et la médiane de 3 jours pour obtenir un scanner réalisé. Ce résultat est à comparer avec l'interview du personnel du service de chirurgie qui dit que « la plupart des résultats du scanner reviennent le jour même ».

D'autre part, l'indicateur relève une nette différence de délai lorsque cet examen est demandé en urgence (de 1 à 3 jours) sauf dans un cas, qui pourrait être étudié plus précisément pour lequel 1 scanner demandé en urgence a un délai de 5 jours (n° dossier : 3150775). Les délais des scanners non urgents sont de 3 à 7 jours.

- L'interview des personnes du service de chirurgie apporte un éclairage supplémentaire à l'indicateur :
 - Les scanners représentent, dans la plupart des cas, de « vrais urgences ».
 - Dans leur grande majorité, les résultats de scanner reviennent le jour même (avec le compte – rendu médical manuscrit).
 - Il faut signaler que le service de chirurgie « suit » ses demandes de scanner de façon très précise et que, si les résultats ne sont pas revenus le lendemain, la surveillante appelle pour obtenir les résultats.
 - Dans certains cas, le radiologue ne dicte pas son compte – rendu d'examen immédiatement et cela est une source de dysfonctionnement. La solution revient alors à faire appel aux « bonnes volontés » (médicales et de secrétariats) pour obtenir la finalisation des résultats.

En ce qui concerne les autres examens, tels les fibroscopies, les coloscopies... d'autres commentaires peuvent être apportés :

- Si le retour des résultats est très rapide, en général le jour même, c'est le délai pour obtenir un rendez-vous qui est long (7 jours pour les fibroscopies et les coloscopies). En effet, les coloscopies ne sont pratiquées que deux jours par semaine.
- Lorsqu'une échographie est demandée en urgence, le compte-rendu manuscrit revient le jour même.
- Les résultats des EEG sont renvoyés rapidement mais le retour d'examen se fait par courrier interne ... source de dysfonctionnement et de délais supplémentaires. En cas de nécessité, les radiologues se déplacent à l'EEG. « Parfois, on reçoit l'examen après la sortie du patient ».

5.2.2. SERVICE DE CHIRURGIE VISCERALE (CV2) – consultations

Indicateurs mesurés sur les 30 premiers patients opérés dans le service à partir du 24 juin 2002

NB : toutes les entrées sont programmées

N° dossier	Date 1 ^{ère} programmation	Date de l'intervention chirurgicale	DELAI

5.2.2.1. Calcul des délais entre la première programmation de l'intervention chirurgicale et l'intervention chirurgicale :

- * moins de 20 jours pour 6 dossiers,
- * de 20 et 29 jours pour 11 dossiers,
- * de 30 à 39 jours pour 5 dossiers,
- * de 40 à 49 jours pour 3 dossiers,
- * de 50 à 59 jours pour 2 dossiers,
- * de 60 à 69 jours pour 1 dossier,
- * 70 jours et + pour 1 dossier.

Un premier niveau d'analyse fait apparaître un délai « normal » entre 20 et 29 jours.

Cette remarque devra être vérifiée en interne, aussi bien au niveau du service de soin que des dispositifs de gestion.

Cependant, quelques commentaires, dont certains ont été évoqués par les membres du service, viennent compléter la compréhension de l'indicateur :

- L'indicateur est à pondérer en fonction du degré d'urgence et des pathologies (en particulier le cancer).
- Certains cas médicaux impliquent un temps de diagnostic incompressible avant la prise de décision médicale.
- Les délais sont aussi fonction de la disponibilité et de l'organisation du temps médical. En effet, certains médecins sont à temps plein et d'autres à temps partiel. De plus, le nombre de vacations opératoires est à prendre en compte par spécialité et par chirurgien. Cette remarque renvoie à la gestion et à l'organisation du bloc opératoire.
- Ensuite la volonté du patient est un élément parfois déterminant pour les délais d'intervention chirurgicale. En effet, certains d'entre eux veulent être opérés lors d'une période spécifique (été, vacances ...).

5.3. Commentaire et analyse de l'indicateur dans le service de médecine gériatrique

Indicateur mesuré sur les 30 derniers patients sortis du service, jusqu'au 24 juin 2002 inclus, quel que soit le motif de sortie (y compris décès).

** P : entrée programmée // NP : entrée non programmée*

N° dossier + P ou NP *	Date prévue pour la sortie	Date de sortie effective	Délai

- Le calcul du délai a été fait par intervalle, c'est-à-dire que ni le jour de sortie prévisionnelle ni celui de la sortie effective n'ont été pris en compte.
- En revanche, les week-end, y compris les dimanches, sont pris en compte dans le délai.
- Certains calculs de délai sont non applicables :
 - en particulier lorsque les personnes sont hospitalisées mais peuvent sortir en permission (perm),
 - lorsque aucune information médicale n'a été notifiée sur le dossier patient concernant une date de sortie prévisionnelle,
 - lorsque la personne est orientée en interne ; qu'elle vienne de l'USLD ou qu'elle y soit transférée.

Il s'agissait donc de calculer, au travers de cet indicateur, les décalages existants entre

la prévision médicale de sortie lors de l'entrée du patient dans le service et la sortie effective du patient.

Sur 28 dossiers étudiés, le calcul quantitatif des délais s'établit comme suit :

- * 3 orientations internes,
- * 6 dossiers non applicables,
- * 0 jour de délai pour 7 dossiers,
- * 1 jour de délai pour 1 dossier,
- * 6 jours de délai pour 1 dossier,
- * 7 jours de délai pour 1 dossier,
- * 8 jours de délai pour 1 dossier,
- * 9 jours de délai pour 1 dossier,
- * 10 jours de délai pour 2 dossiers,
- * 12 jours de délai pour 2 dossiers,
- * 20 jours de délai pour 1 dossier,
- * 21 jours de délai pour 1 dossier,
- * 27 jours de délai pour 1 dossier,

On peut classer les délais en 3 catégories :

- Ceux pour lesquels le délai est nul, ce qui signifie que la prévision médicale de sortie est juste. Dans l'expérimentation, cela est vrai pour 7 dossiers.
- Ceux dont le délai est inférieur à 12 jours ; cela concerne 9 dossiers. Dans cette catégorie, il faut cependant noter une amplitude importante de délai entre 1 jour et 12 jours, ce qui la rend peu significative.
- La troisième catégorie concerne les dossiers dont le délai est supérieur à 20 jours (3 dossiers). Cette catégorie est la cible principale de l'analyse car on peut estimer ce délai trop important et en rechercher les causes. Il serait intéressant de rechercher, auprès du service, les causes précises du décalage.

5.4. Commentaire et analyse de l'indicateur dans le service de gastrologie

Indicateurs mesurés sur les 30 premiers patients admis dans le service à partir du 24 juin 2002.

Examens : imagerie, explorations fonctionnelles (dont échographies cardiaques), endoscopie (digestive et bronchique), + **consultations spécialisées** (sauf labo et anatomopathologie).

Type d'examen	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai (ne pas remplir)

Les résultats bruts assortis de commentaires sont joints en annexe. En effet, chaque patient a fait l'objet d'une fiche spécifique de prise en charge qui mentionne toutes les demandes d'examens et de consultations.

Après saisie, il semble difficile d'intégrer toutes ces données au corps du mémoire et préférable de ne retenir que quelques grandes lignes principales des résultats.

Au regard des résultats de l'indicateur et après avoir eu un entretien avec le personnel du service de gastrologie, certaines remarques sont à formuler :

- Lorsque cela est nécessaire, le service demande des examens et des radios en urgence et va chercher directement les résultats.
- Toutes les
 - . consultations,
 - . fibroscopies,
 - . endoscopies,reviennent avec le malade.
- Les délais les plus longs sont pour le scanner, non seulement pour avoir un rendez-vous, mais surtout pour obtenir les résultats. Le plus souvent, les médecins du service sont obligés de se déplacer. Cela semble être un dysfonctionnement. Cependant, il faut noter que, depuis 20 ans, les progrès ont été considérables et que les demandes, actuellement, sont de plus en plus nombreuses.
- En urgence, les radios sont faites « presque » immédiatement.
- Pendant l'été, les délais d'obtention des consultations sont plus longs (stomatologies, ORL, ophtalmologie).

- Il y a 2 vacations de psychologues par semaine dans le service, ce qui explique les délais pour obtenir une consultation.
- Certains examens spécifiques tels que, par exemple, le transit du grêle ou le lavement baryté, sont plus longs à obtenir car ils ne sont pas faits toutes les semaines. Il faut les planifier.
- D'autres examens demandent une préparation préalable (coloscopie avec un régime diététique adapté de 4 jours).
- De plus, certaines hospitalisations impliquent plusieurs examens, sans urgence. On peut alors planifier et un délai de 8 jours pour une échographie est normal.

En synthèse, un temps d'observation du patient est souvent nécessaire. Il faut prendre le temps de l'observation et du bilan car il est dangereux, d'un point de vue médical de se précipiter. Des exemples de malades (10 jours pour un toucher rectal) attestent du besoin de cette prudence.

Mais, certaines personnes pourraient être suivies en hôpital de jour ; par exemples les cirrhoses alors qu'aujourd'hui, une hospitalisation de 5 jours est nécessaire.

5.5. Commentaire et analyse de l'indicateur dans le laboratoire de biologie

Cet indicateur présente des spécificités. En effet, il s'agit d'étudier les délais d'un autre point de vue puisque le laboratoire de biologie, service intégré traditionnellement au plateau technique hospitalier, est un « service fournisseur ».

Relevé d'activité du 24 juin au 12 juillet 2002

Service	Nbre total d'examens	Demandes en urgence	% d'urgence
Diabétologie (HDJ)	153	2	1,31
Médecine gastrologie	222	23	10,32
Dermato + HDJ	136		
Cardiologie	335	21	6,27
Cardio réa	148	4	2,70
Neurologie	131	6	4,58
Oncologie	93	14	15,05
Oncologie HDJ	38	16	42,11
Hémato	129	18	13,95
Hémato HDJ	311	21	6,75
Mater salle de travail	483	60	12,42
Mater	107	9	8,41
Gynéco	130	21	16,15
Pédiatrie	140	17	12,14
Prémas	199	18	9,05
Pneumo (HDJ)	94	14	14,89
Rhumatologie	160	6	3,75
Médecine physique	91	3	3,30
Réa poly	537	1	0,19
B Urgences	1018	23	2,26
Chirurgie ortho A	123	8	6,5
Chirurgie ortho B	233	1	0,43
Chirurgie viscérale 1	223	17	7,62
Chirurgie viscérale 2	191	12	6,28
Réveil lourd + anesthésie	69	18	26,9
Gériatrie	111	6	5,41
Maison Retraite 1	21		
MR 2	86	2	2,33
MR 3	39		
MR 4	19	2	10,53
Psychiatrie	42	1	2,38

Nombre total d'examens = 5 589

Nombre total de demandes en urgences = 364

% des demandes = 15

5.5.1. Commentaires de l'indicateur du laboratoire de biologie :

Ces commentaires s'articulent autour de 3 axes :

- une appréciation globale des résultats,
- des explications sur l'organisation interne du laboratoire de biologie,
- des éléments de prospective.

5.5.1.1. En terme d'appréciation globale :

La démarche a permis de développer un regard d'opportunité sur les demandes d'examens en urgence. Le Chef de service du laboratoire de biologie retient de cette expérience que les services, d'une manière générale, n'exagèrent pas leurs demandes.

- La notion d'urgence ne figure pas sur les dossiers de demandes d'examens. Les urgences sont signalées à l'accueil du service, par oral ou par écrit. Cependant, en fonction de certains examens (par exemple la bactériologie, la mention existe).
- Les demandes en urgence pour certains services se justifient facilement, par exemple en hôpital de jour d'oncologie : 16 demandes urgentes sur 38 (soit 42 % d'urgences).
- Les services les plus demandeurs d'examens (urgences et réanimation) ne sont pas ceux qui formulent le plus de demandes en urgence (par exemple ; 1 demande urgente sur 537 pour la réanimation polyvalente). Au regard de cette remarque et des résultats globaux de cet indicateur, on peut estimer que les demandes urgentes ne sont pas surdimensionnées, autrement dit que les services « n'exagèrent pas leur demandes d'urgences ».
- Il faut aussi noter que 50 % des demandes venant du service des urgences correspondent à des patients qui ne sont pas hospitalisés (ceux – ci bénéficient du même traitement que les autres).
- Lorsque certains prélèvements sont particulièrement importants, la demande explicite n'est pas nécessairement mentionnée car le degré élevé d'urgence est analysé par le laboratoire de biologie. Cela est vrai pour les ponctions lombaires lors de suspicion de méningite ou de reflux gastriques chez un bébé. Pour ces cas, le laboratoire de biologie réagit le plus rapidement possible.
- Par ailleurs, dans quelques cas d'urgence vitale, les services de soins prennent des mesures palliatives, sans attendre les résultats des examens de laboratoires.

5.5.1.2. En terme de fonctionnement interne du laboratoire de biologie

- Le laboratoire est organisé en plusieurs secteurs d'activité dont la plupart des délais sont incompressibles, qu'ils soient immédiats (la numération en cytologie par exemple) ou, au contraire, liés à des résultats intermédiaires (l'hémostase). De plus, les automates ne peuvent pas être arrêtés en « pleine action ».
- Les résultats des numérations sont prêts dans un délai de 30 minutes. Les services de réanimation cardiaque, de réanimation polyvalente et les urgences obtiennent directement les résultats de leurs dossiers respectifs.

5.5.1.3. Eléments de prospective

Cette expérimentation permet de cerner le niveau de demandes d'examens faites en urgence auprès du laboratoire de biologie : Entre 6 et 7 %.

Ce résultat est un élément à prendre en compte dans la perspective de la reconstruction du plateau technique, prévue dans le Projet d'établissement et dans le schéma directeur du Centre Hospitalier d'Argenteuil.

En effet, le traitement des demandes urgentes auprès des laboratoires demandera une approche commune des différents laboratoires de l'hôpital.

A l'heure actuelle, le laboratoire de biochimie est organisé avec des moyens spécifiques pour traiter les demandes urgentes (environ 30 % de son activité) alors que le laboratoire de biologie n'a pas mis en place ce type d'organisation.

CONCLUSION INTERMEDIAIRE DE L'EXPERIMENTATION

Il semble indispensable, pour pouvoir aller plus loin dans l'analyse des résultats de l'expérimentation, d'engager un travail de réflexion au sein de l'hôpital avec les responsables administratifs et médicaux sur plusieurs points :

- tout d'abord la validation des résultats de l'expérimentation,
- mais surtout, la confrontation de ces résultats avec des « normes d'acceptabilité » internes. En effet, il serait important de fixer des règles pour savoir si les résultats obtenus sur le plan des délais sont acceptables en terme de performance interne et pour les patients pris en charge.

Une autre proposition, à la fois complémentaire et innovante consisterait à associer les patients à l'élaboration de ces normes d'acceptabilité. En effet, il est envisageable de leur demander d'attribuer une note selon le temps d'attente maximal en fonction des symptômes.

La synthèse de ces deux approches pourrait ensuite être comparée et analysée.

III. DISCUSSION ET ELARGISSEMENT

Ce mémoire porte sur le concept de performance hospitalière. Par rapport à celui d'évaluation, cette approche apporte de nouveaux éclairages aux objectifs et à l'amélioration de la prise en charge des personnes à l'hôpital. Nous en retenons des aspects majeurs :

1. La performance hospitalière est un concept qui devient autonome, obtient une crédibilité forte, des objectifs à atteindre et ceci au niveau national et international.
2. La performance hospitalière s'inscrit dans un contexte de « comparabilité » entre les établissements hospitalier.
3. La performance hospitalière n'oublie pas les caractéristiques essentielles de l'activité hospitalière.
4. La performance hospitalière pourrait être envisagée par groupe homogène d'établissements.
5. Enfin, dans le cadre de ce mémoire, une discussion est ouverte pour comprendre les ressorts et les principaux fondements qui la concernent ; quelles sont ses priorités ?

Nous aborderons tour à tour chacun de ces points.

1. Crédibilité et objectifs de la performance hospitalière

A l'heure actuelle, les réflexions sur la performance hospitalière se multiplient. Pour illustrer ce propos, on peut faire référence à une source nationale, celle de la DREES¹³, et à des sources internationales, l'OMS et l'OCDE¹⁴.

Les propos qui sont développés ci – dessous font essentiellement référence à ces sources de réflexion et de recherche.

1.1. La réactivité en tant qu'objectif de performance selon l'OMS

L'une des initiatives les plus marquantes au niveau international a été celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui a élaboré un vaste plan dans le but d'établir des assises scientifiques plus solides et de faire en sorte que ses conseils techniques visant à améliorer les systèmes de santé tiennent compte des meilleures données techniques possibles.

¹³ DREES « Dossier solidarité et santé ». N° 2. Avril – juin 2001

¹⁴ Rapport OCDE « Etre à la hauteur. Mesurer et améliorer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE ». 2002

Une partie de ce travail a consisté à résumer et diffuser dans le « Rapport sur la santé dans le monde 2000 » les données disponibles en ce qui concerne les liens entre les politiques en santé, l'organisation des systèmes et leur performance (OMS 2000). Le bureau exécutif de l'OMS s'est engagé à ce que l'organisation publie régulièrement un rapport sur la performance des systèmes de santé de tous les Etats membres. Pour l'heure, les résultats des analyses font apparaître qu'une bonne partie des données sur la santé et les systèmes de santé tirées des enquêtes auprès de la population ne sont pas comparables entre différents groupes de la population à l'intérieur d'un même pays et entre les populations des différents pays.

Cependant, les idées avancent pour établir un cadre de référence commun. On peut obtenir plus de détails sur ce cadre d'évaluation sur le site web de l'OMS (www.who.int/health-system-performance) qui présente certains débats. Un aspect essentiel est que le terme « système de santé » a été défini comme comprenant tous les acteurs, les institutions et les ressources dont le rôle premier est d'améliorer la santé de la population.

Afin que l'évaluation de la performance ne surcharge pas les systèmes d'information, l'OMS a défini un ensemble de critères servant à déterminer trois objectifs qui devraient être mesurés régulièrement :

- Premier objectif : un système de santé doit chercher à améliorer l'état de santé moyen de la population tout en cherchant à réduire les écarts de santé dans cette même population.
- Le deuxième objectif est d'améliorer la réactivité du système afin qu'il réponde aux attentes légitimes des gens mais dans des domaines qui ne visent pas directement l'amélioration de la santé, car cette dimension est comprise dans le premier objectif. La mention « attente légitime » souligne le fait que les attentes non réalistes que certaines personnes peuvent avoir envers les systèmes de santé ne doivent pas être prises en compte dans l'atteinte de cet objectif. De son côté la réactivité comporte deux grandes composantes : le respect des personnes et l'orientation du système vers le client.
- Le troisième objectif est l'équité dans les contributions financières pour le système de santé. Pour être justes et équitables, les contributions des particuliers devraient représenter un sacrifice de valeur égale. Une contribution juste signifie qu'aucun ménage ne devrait s'appauvrir ou utiliser une portion excessive de ses revenus au financement du système de santé. Un sacrifice de valeur égale signifie que les ménages à faible revenu devraient consacrer à la santé une fraction moins importante de leur revenu que les plus fortunés.

De cette présentation, on peut tirer trois remarques majeures pour le travail dans le cadre du mémoire :

- Le premier est que l'OMS s'appuie essentiellement, pour sa recherche, sur des enquêtes et des sondages auprès des populations, ce qui n'a pas été l'approche méthodologique du mémoire.
- Cependant, l'approche organisationnelle développée dans le travail présenté se rapproche du deuxième objectif OMS à savoir « améliorer la réactivité du système afin qu'il réponde aux attentes légitimes des gens ». En effet, parmi les critères se rapportant à la réactivité on trouve, outre la dignité, l'autonomie, la communication, la confidentialité, la rapidité de prise en charge (qui, pris ensemble, forment la composante « respect de la personne »).
- La troisième remarque est que la notion de comparabilité s'inscrit justement et essentiellement dans le cadre de cette référence à la population et non pas en terme de structure ni d'organisation de systèmes de santé. En effet, l'OMS se préoccupe essentiellement d'efficacité des systèmes de santé sur une population donnée.

Nous avons tenté, lors de l'expérience menée d'approfondir l'idée de réactivité dans la prise en charge du patient.

Cependant, il faut noter que l'approche de l'OMS est marquée par la volonté d'établir des éléments de performance et des comparaisons entre les différents systèmes nationaux de santé. Il s'agit d'évaluer le niveau de performance des hôpitaux d'un pays jugés globalement. Cette approche nous semble différente que celle qui consiste à essayer d'établir une comparaison entre les hôpitaux, car les outils utilisables dans un cas ne le sont pas forcément dans un autre.

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons plutôt tenté de saisir certains éléments qui pourraient participer à l'évaluation comparative des établissements entre eux.

2. L'évaluation comparative

2.1. La nécessité de se comparer

Dans la première partie de ce mémoire, on a rappelé la nécessité de mesurer la qualité des soins et de la prise en charge de patients.

La grande leçon de l'analyse des indicateurs de performance est que, à l'heure actuelle, aucune institution, aucun spécialiste au monde ne peut avancer qu'il détient l'indicateur de performance ou le tableau de bord universel et sans équivoque.

Et même sans vouloir nier l'avance des Etats-Unis en terme d'antériorité et de développement des systèmes d'information ou infostructures, force est de constater que de nombreuses interrogations subsistent sur les méthodologies de mesure de la qualité des soins et des résultats.

Gérard de Pouvourville et Etienne Minvielle dans un article intitulé « La mesure de la qualité des soins à l'hôpital. Quelle information donner au public ? » inclus dans le rapport de l'OCDE « Etre à la hauteur : mesurer et améliorer le performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE » présentent l'état de l'art dans ce domaine. Nous reprenons, pour cette discussion, quelques éléments essentiels de leur réflexion.

Tout d'abord les auteurs justifient les exigences de mesurer la qualité des soins à l'hôpital et ceci quel que soit le point de vue que l'on adopte.

On peut distinguer 4 logiques principales :

- une logique professionnelle de rationalisation des pratiques,
- une logique de management s'inspirant des pratiques de gestion de l'amélioration continue de la qualité dans l'industrie manufacturière,
- une logique concurrentielle visant à exiger de la part des producteurs de soins la publication d'indicateurs sur la qualité des soins, enfin
- une logique de politique publique, les pouvoirs publics jouant un rôle moteur dans la publication de tels indicateurs soit au nom de « l'accountability » (ou nécessité de rendre des comptes) des services publics, soit au nom d'une logique de réglementation correctrice de l'asymétrie d'information entre usagers potentiels des services et producteurs de soins.

2.2. Des expériences d'approches comparatives

La logique de service public ainsi que la logique concurrentielle, évoquées plus haut aboutissent à la publication d'indicateurs de qualité des soins permettant d'évaluer la performance des services et de les comparer entre eux. Il reste cependant à définir les modalités de comparaison et surtout le maître d'œuvre de ces comparaisons.

Le plus souvent, comme c'est le cas aux Etats – Unis, ce sont les « payeurs » (compagnies d'assurances privées ou payeurs publics) qui sont à l'initiative des démarches permettant de mesurer la qualité des soins.

Parfois, c'est la réglementation qui vient renforcer les dispositifs. L'accréditation des établissements de santé privés et publics, rendue obligatoire par les ordonnances de 1996, en est un exemple.

Aux Etats-Unis d'Amérique, l'Agence fédérale de financement des soins de santé (HCFA), gestionnaire du fonds Medicare, a publié dès 1986 des taux de mortalité ajustés sur les diagnosis Related Groups. La Joint Commission for the Accreditation of healthcare organizations (la JCAHO) publie un guide présentant des différents systèmes de mesure de la performance des hôpitaux (JCAHO 2001). En 1991, plusieurs organismes privés commerciaux ou sans but lucratif ont créé le National Committee for Quality Assurance (NCQA) dont le rôle est de fournir des informations sur les différents plans d'assurance maladie offerts aux Américains. Dans ce pays, l'avance prise peut s'expliquer par

- l'obligation pour le gouvernement fédéral de rendre des comptes aux instances parlementaires,
- la croyance forte dans la concurrence comme moyen de régulation,
- la forte pression exercée par le système judiciaire en matière de réparation des erreurs et des fautes professionnelles.

Au Canada, les initiatives sont très nombreuses. Par exemple, le Canadian Institute for Health Information (CIHI) publie une enquête annuelle dont l'objectif est de comparer la qualité du service rendu par les services de santé, analysés par zone géographique (Marshall 2001). On peut trouver de nombreuses références dont le Balanced scorecard for acute care hospitals des hôpitaux d'Ontario.

Le Royaume-Uni s'est aussi lancé dans une politique de mise en concurrence des structures hospitalières. Cependant, ce n'est que depuis un an que le Nationale Health Service rend public des données sur la mortalité hospitalière.

L'Ecosse publie régulièrement des indicateurs de résultat et de processus de soins (Shaw, 1997).

En France, comme nous l'avons déjà souligné, ce sont les médias qui ont pris l'initiative de la publication d'un palmarès (ou classement) des établissements hospitaliers (les leagues tables). Le premier dossier de ce genre a été publié dans le magazine « Sciences et Avenir » en octobre 1997¹⁴ et le même magazine publiait un an plus tard un guide des hôpitaux¹⁵ dont l'accroche introductive était la référence de la Charte du patient hospitalisé « l'information doit être loyale et accessible ». Ce guide note que « pour la première fois, il est possible de déterminer quels sont les meilleurs établissements hospitaliers de France ».

Une approche nationale et générale plus rigoureuse de mesure de la performance hospitalière ne pourra se concrétiser qu'avec une volonté réelle et forte de la part des pouvoirs publics, aidés en cela par des experts ; Ministère de la santé, par l'intermédiaire de la DREES, ainsi que de l'ANAES.

2.3. En l'absence d'indicateur universel reconnu

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'indicateur universel et absolu de performance hospitalière n'existe pas. Cependant, Gérard de Pourville et Etienne Minvielle¹⁶ analysent la fiabilité des principaux indicateurs communément utilisés pour évaluer l'activité hospitalière et en particulier,

- la mortalité,
 - les indicateurs de résultats intermédiaires et
 - les indicateurs de process :
- Le taux de mortalité qui est en général l'indicateur le plus répandu est loin d'être le plus fiable. L'analyse comparative des taux de mortalité a donné lieu à de multiples travaux méthodologiques et continue d'être utilisée par les médias dans l'élaboration de leurs palmarès. Mais, cet indicateur présente de nombreuses lacunes ; en particulier les statistiques tenues par les hôpitaux ne sont pas vraiment fiables, les suites à moyen terme d'un épisode des soins aigus sont difficiles à évaluer et c'est ainsi que les hôpitaux qui ont une politique de sortie précoce des malades ont des résultats de mortalité plus faible. Il faut de plus, pour pouvoir comparer, obtenir un échantillon de population significatif et comparable. Les premiers facteurs d'ajustement sont l'âge et le sexe. Pour un même

¹⁴ Sciences et Avenir n°608, octobre 1997

¹⁵ Sciences et Avenir. Editions Le pré aux clercs. 1998

¹⁶ DREES « Dossiers solidarité et santé ». N°2. Avril – juin 2001.

traitement, les patients présentent des profils de risques différents liés à leur état de santé. La nature de ces risques est différente selon les interventions et les pathologies, ce qui requiert de développer des modèles spécifiques, voire des recueils de données spécifiques pour chacune.

Le problème le plus important de l'indicateur de mortalité est celui des incertitudes statistiques dont sont entachés les résultats, ce qui rend les classements présentés (league table) totalement « fallacieux » (G. de Pourville et E. Minvielle).

Cependant, le côté positif des démarches entreprises pour mieux cerner le concept de mortalité a permis d'approfondir les connaissances sur la tenue du dossier patient et l'identification des facteurs de risques.

- Les indicateurs de résultats intermédiaires sont, par définition, variables et couvrent de multiples phénomènes. Ils traduisent le plus souvent un résultat intermédiaire par rapport à un résultat final qui ne peut être observé que sur une période plus longue de prise en charge d'un patient et d'une guérison attendue. Par exemple, en matière de pathologie cancéreuse, le résultat intermédiaire concerne la réduction de la taille de la tumeur.

De plus, la fréquence de survenue d'un événement indésirable au cours d'une hospitalisation (exemple des infections nosocomiales) est aussi un indicateur intermédiaire.

Cependant, les nombreux travaux qui se sont développés depuis quelques années ont souvent montré les limites de l'utilisation de ces indicateurs. Il est essentiel, pour les rendre opérationnels, de renforcer (comme pour l'indicateur de mortalité) les précautions méthodologiques. Pour ce qui concerne l'indicateur du taux d'infections nosocomiales, se pose le suivi des informations mentionnées dans le dossier médical car des études prouvent que les équipes soignantes qui se sentent « coupables » ont tendance à ne pas rendre compte de certains épisodes qui se terminent sans conséquence graves. Ce dernier aspect ouvre aussi sur un nécessaire accompagnement pédagogique et de communication pour mieux cerner les enjeux et les objectifs d'une évaluation qui ne doit, en aucun cas, se transformer en sanction.

- Les indicateurs de process font référence à des processus de prise en charge. Il est alors nécessaire d'identifier les étapes du processus qui ont le plus d'impact sur le résultat des soins. Cette analyse permet de définir des événements sentinelles qui vont signaler le risque de survenue d'une phase critique. Cependant, cette approche a des limites dans la mesure où ces indicateurs peuvent se multiplier et devenir incompréhensibles, même s'ils ne sont pas de nature clinique. De plus, certains de ces indicateurs tels le taux de césariennes peuvent aussi être considérés comme des résultats intermédiaires.

Les indicateurs de process les plus utilisés sont les durées de séjour, les taux de re-hospitalisation et les volumes d'activité par type d'intervention. Pour ce type d'indicateur, il est aujourd'hui possible de tirer des enseignements des résultats connus ; c'est ainsi que l'indicateur de volume d'activité doit aussi indiquer si l'équipe opératoire respecte des règles en matière de rythme de travail et de temps de récupération. Il faut assortir ces aspects d'autres critères spécifiques (mesures anti-infectieuses lors d'opérations ...).

Il est à remarquer que certains de ces indicateurs sont étudiés dans les démarches d'accréditation, ce qui pose la question d'une publicité éventuelle des rapports d'accréditation pour évaluer les méthodes de travail d'un établissement.

3. La prise en compte de certaines spécificités de l'activité hospitalière

De nombreux travaux ont permis de comprendre que l'activité hospitalière ne peut se résumer à une activité industrielle voir de service telles qu'elles ont été conceptualisées par l'industrie et le commerce. En effet, que se soit du point de vue de l'économie de la santé, d'un point de vue organisationnel, du point de vue socio-économique, l'importance de l'activité hospitalière occupe une place spécifique dans notre société.

Considérant l'angle qui nous intéresse, les principales caractéristiques de l'activité hospitalière sont les suivantes :

- L'hôpital est une structure de production multi - service. Selon certaines classifications des séjours (Diagnosis related groups) l'hôpital peut pratiquer entre 600 et 1 500 interventions différentes. Cette variété pose des difficultés particulières pour évaluer les résultats car un hôpital peut être performant sous certains aspects et moins pour d'autres.
- La deuxième caractéristique des soins hospitaliers est qu'ils offrent un service complexe à la personne. Il s'agit plutôt d'une prise en charge globale ce qui implique une très forte complexité. Non seulement la technologie, le savoir-faire des équipes soignantes, l'organisation entrent en ligne de compte mais le patient lui-même a un impact sur sa propre prise en charge (et guérison). Le patient est donc à la fois le bénéficiaire du processus de soins et une de ses ressources.

- La troisième caractéristique est que les résultats des soins ne peuvent souvent s'évaluer qu'après la sortie du patient, ce qui implique un suivi et rend extrêmement difficile d'établir une relation directe entre la prise en charge et les résultats finaux.
- La quatrième caractéristique est le caractère stochastique des soins ; il n'y a pas une relation déterministe entre l'administration d'un traitement et son effet sur le malade. Aucun traitement n'a une efficacité à 100 % et aucun traitement ne comporte aucun risque. Il est donc délicat d'imputer l'échec d'un traitement à l'équipe soignante alors que d'autres facteurs viennent interférer.
- Enfin, la cinquième caractéristique de l'activité soignante est celle d'une pratique médicale en conditions réelles. Agir dans ces conditions s'éloigne des essais cliniques et de l'efficacité expérimentale. Même le respect des bonnes pratiques professionnelles ne peut garantir complètement l'efficacité des traitements et les résultats.

4. Une approche du benchmarking par « groupes homogènes d'hôpitaux »

Malgré toutes les précautions et les difficultés que nous avons pu mentionner pour établir une approche comparative totalement fiable, il semble inéluctable que le benchmarking (mot à mot comparaison aux meilleurs) hospitalier va devenir, dans les années qui viennent, l'un des principaux défis lancés aux hôpitaux.

La performance hospitalière trouvera par là même sa justification et il n'y a pas de raison pour que les hôpitaux aient peur de se lancer dans cette « aventure ». Cependant, comme nous l'avons vu les préalables ne sont pas encore solidement établis et le travail méthodologique et pédagogique non encore achevé.

En France, le Ministère de la santé, par l'intermédiaire de la DREES ainsi que d'autres experts (INSERM, OCDE, OMS) ont acquis une certitude ; il est souhaitable d'élaborer une approche comparative de l'activité hospitalière par « groupe homogène d'hôpitaux ».

Des entretiens avec des experts ont éclairé un point qui n'est peut être pas suffisamment approfondi à l'heure actuelle, à savoir des études sur la « clientèle ». En effet, cet aspect qui renvoie aussi à une approche de santé publique, pourrait être une source d'information précieuse pour fixer des objectifs plus clairs et précis en matière de performance hospitalière. Gérard Viens, professeur à l'ESSEC, a évoqué ce point qui est pour lui une priorité. On pourrait évoquer aussi à ce sujet les démarches marketing élaborées dans la plupart des entreprises privées ou publiques qui positionnent leur stratégie sur la base des « demandes des clients ».

Le même aspect est développé par Gadrey qui l'appelle la « notion de contingence » ; un hôpital peut difficilement être analysé en dehors de son environnement, notamment économique et géographique et des caractéristiques épidémiologiques, sociales et culturelles de la collectivité qu'il est censé desservir. Ceci conduit à restituer l'hôpital dans son territoire mais également l'activité hospitalière comme une étape particulière de la trajectoire des malades, surtout s'ils sont porteurs d'affections multiples ou chroniques.

La contingence ainsi décrite prend aussi en considération des soins accessibles dans l'environnement de l'hôpital (notion d'accessibilité).

En prenant en compte ces préalables et pour aller plus loin dans l'hypothèse qui permettrait de formaliser une comparaison entre des groupes homogènes d'hôpitaux, certaines recommandations sont indispensables :

- Il est nécessaire d'établir des règles communes de comparaison. Par exemple, la comparaison du taux d'infections entre établissements requiert que l'on s'assure en même temps que chaque hôpital est réellement organisé pour surveiller efficacement ce risque (Humphreys et Emmerson en 1993, DREES en 2001).
- Il faut faire un choix parmi les activités ; aucun système de mesure de l'activité hospitalière ne couvre la totalité de l'activité des établissements et les comparaisons inter-établissements se font sur un nombre limité de pathologies. L'hypothèse qu'un établissement bien classé sur plusieurs catégories l'est en intégralité reste à prouver. Ceci pose deux sortes de problèmes. Le premier est que les établissements ont tendance à se concentrer sur les pathologies prises en compte pour l'évaluation. Le second est une question d'agrégation entre les différents critères de performance qui ne présente pas une fiabilité suffisante.
- La méthode statistique doit être renforcée. Nous avons surtout évoqué ce point en ce qui concerne la mesure de la mortalité. Mais, cet aspect n'est pas le seul à être remis en cause et les contraintes statistiques sont souvent liées à la taille des populations étudiées.
- De plus, il est nécessaire de s'assurer de la qualité des systèmes d'information (infrastructure), outil indispensable pour mener à bien les analyses de performance. Chaque établissement doit s'assurer que les données qu'il va fournir sont exactes et complètes, ce qui exige la mise en place de contrôles de la qualité des données, en interne et en externe. Il ne faut ni minimiser ni nier le coût que pourrait représenter cet investissement spécifique pour les hôpitaux soumis à évaluation. Faut-il envisager de s'appuyer sur des systèmes

d'information existants mais incomplets (tel le PMSI) ou plutôt élaborer les outils spécifiques de recueils de données ? Sans nier que ce débat existe, il semble prioritaire aujourd'hui de lancer une phase opérationnelle d'évaluation sur la base des outils existants, essentiellement PMSI et SAE.

En court séjour, la description plus fine du plateau médico-technique et des personnels dans la nouvelle version de SAE et, à terme, la Classification commune des actes médico-techniques permettront des comparaisons portant sur les taux d'utilisation des salles d'opération ou d'imagerie ou d'autres ratios du même type : nombre d'actes médico-techniques par salle ou équipement, ou encore nombre d'interventions rapporté au personnel. De même, l'étude comparative des effectifs et des équivalents temps plein (pour différentes catégories de personnel) par activité de soins définie garde son intérêt.

- Enfin, cette approche repose sur le partenariat et la concertation avec les acteurs hospitaliers. Sans eux, aucun système ne peut être fiable. Cette évidence implique une forte volonté pédagogique ; en priorité pour expliquer les enjeux mais aussi obtenir les informations nécessaires pour renseigner le dispositif d'évaluation.

En synthèse, cette base de données communes ne doit pas être envisagée comme une source pouvant aboutir à alimenter un régime de sanctions.

Dans un délai plus lointain l'utilisation des informations en matière de relation Qualité / coût pose de nombreuses questions. En effet, que se passera-t-il si l'on se rend compte que ce sont les hôpitaux qui coûtent le plus cher qui sont de meilleure qualité ? Quel est donc le coût réel de la qualité ? Que faudra-t-il faire des hôpitaux qui obtiennent de mauvais résultats ?

La prudence s'impose mais une société responsable se doit de contrôler ses dépenses et de prioriser ses choix.

Dans un premier temps, il serait certainement indispensable de procéder par expérimentation. C'est le sens que donne la DREESS à l'une de ses missions d'études, en liaison avec les CHU de Nantes, Rennes et Rouen.

5. Quelles priorités pour la performance hospitalière dans l'organisation des hôpitaux ?

Cette partie s'interroge sur certains fondements organisationnels et structurels de la performance.

Proche de la problématique de ce mémoire, on peut faire l'hypothèse que certaines des réflexions structurelles ou organisationnelles des établissements hospitaliers seront à même de « produire de la performance ». Oui, mais lesquels ?

L'hôpital connaît aujourd'hui un fort développement des projets transversaux, de l'organisation en pôles d'activités, de projets innovants en matière d'organisation hospitalière. Dans un contexte de restructuration, les responsables hospitaliers tentent d'adapter les structures aux objectifs de rationalisation des moyens et il est d'actualité de rappeler tout d'abord que le concept de performance hospitalière ne peut pas être (ne doit pas être) une occasion pour réduire le niveau de qualité de la prise en charge des consommateurs de soins.

Cependant, chercher la performance c'est, en reprenant la métaphore sportive, « savoir doser son effort » pour obtenir les meilleurs résultats.

Pour mieux s'organiser au sein des hôpitaux, pour ne pas gaspiller des moyens devenus de plus en plus rare, on peut tenter d'avancer certains éléments qui ne constituent pas les « outcome » ou « output » de la performance hospitalière mais qui pourtant participent pleinement à l'obtention de bons résultats. La performance interne est, en effet, une ressource de la performance externe.

Pour cela, nous allons essentiellement nous pencher sur les « quatre pôles » de l'organisation d'un établissement ainsi que sur sa capacité d'adaptation aux changements.

5.1. Les quatre « dimensions » de la performance hospitalière

Cette approche multidimensionnelle de la performance est développée par des experts de la théorie des organisations qui considèrent que quatre aspects sont les conditions de réussite des organisations hospitalières. Il s'agit :

- de l'atteinte des buts par rapport à la population,
- de l'adaptation à l'environnement,
- de l'efficacité technique,
- de la cohésion sociale ou de la capacité d'adaptation sociale.

Si la plupart des théoriciens s'accordent sur le repérage de ces quatre conditions de réussite, la façon de les considérer, de les organiser et de les prioriser divergent.

Certains théoriciens ont tendance à considérer ces quatre dimensions sur le même niveau mais cette approche soulève de nombreuses questions. En effet, si l'hôpital doit rendre des comptes, il ne doit pas le faire de la même façon en ce qui concerne son budget et son organisation sociale. Par rapport à sa gouvernance, l'hôpital a davantage de justification à apporter sur les services rendus à la population mais dispose d'une plus grande autonomie dans sa gestion par l'intermédiaire d'instances délibérative et de ses responsables.

Une autre tendance se développe qui est plus tournée vers l'action ; elle considère que les quatre pôles sont en soutien pour obtenir des résultats performants. Autrement dit que la performance interne est une ressource pour la performance externe.

Il est intéressant de remarquer que les dimensions mentionnées constituent à la fois une condition et une finalité de la performance : par exemple, le point sur l'adaptation à l'environnement constitue un objectif de performance en soi. Cependant, cet objectif peut (et devrait) être décliné de façon concrète par des actions et mesuré de façon autonome et fiable.

5.2. La capacité d'adaptation aux changements

A l'heure actuelle, certains experts allouent une place particulière et prépondérante à la capacité d'adaptation de l'hôpital.

Jérémie Veillard ; Directeur d'hôpital et membre de la délégation OMS basée à Barcelone (Espagne) travaille sur les bases internationales de la performance hospitalière. Il attache une importance toute particulière à cette capacité d'adaptation puisque, pour lui, la performance

hospitalière est « la façon dont une organisation peut s'adapter pour prodiguer des soins de bonne qualité quel que soient les circonstances et malgré des difficultés inhérentes

- à son propre fonctionnement,
- à la pénurie de compétences. »

En effet, comme les entreprises et les services, les hôpitaux doivent être capables de détecter les changements à venir pour anticiper les évolutions de la demande et des besoins. Comme nous l'avons déjà signalé dans la première partie, ceci signifie aussi être capable d'innover, aussi bien sur le plan technique que sur le plan organisationnel.

L'adaptabilité qui est l'un des principes fondamentaux de la fonction publique a souvent tendance à être oublié mais pourtant, elle est certainement l'une des conditions majeures de la pérennité des hôpitaux.

Cependant, le processus d'innovation, qui a été fortement conceptualisé par la littérature des organisations concurrentielles et des entreprises, est un processus complexe, cumulatif et interactif. Dans le domaine des services¹⁷, l'innovation a été définie comme « la capacité à satisfaire des besoins nouveaux et à trouver des modes d'organisation plus adaptés ».

En effet, la production des services ne peut pas être décrite simplement par des spécifications techniques, même si celles-ci n'en sont pas absentes en particulier dans le cas des services de santé. Elle est caractérisée par un processus construit socialement, dans lequel l'organisation joue un rôle important.

Des travaux récents tentent de prouver que pour les services de santé les changements organisationnels ainsi que ceux qui concernent la relation avec le client ou l'utilisateur sont des composantes à part entière de l'innovation. L'analyse comparative des performances des services devrait donc intégrer les aptitudes à se transformer en fonction de l'évolution de la demande et de l'environnement.

Il est souhaitable que les hôpitaux puissent obtenir de l'aide au niveau international et national (informations épidémiologiques, démographiques, techniques, réglementaires ...) pour pouvoir organiser cette veille de l'environnement. Il est aussi souhaitable que l'hôpital ait une visibilité renforcée sur l'évolution de son environnement proche et sur son bassin de vie pour pouvoir se fixer des objectifs de performance pertinents.

Une autre dimension de la capacité d'adaptation consiste, selon Sicotte et repris par la DREES, à se procurer les ressources et à attirer les compétences nécessaires au maintien et au développement de ses activités. Au-delà des facteurs indépendants de l'établissement (situation

géographique, bassin de population ...), l'équipe de gestionnaire ainsi que la communauté médicale jouent un rôle prépondérant. Ce sont eux qui impulsent une dynamique de développement institutionnel et social.

Pour appréhender de façon concrète ce dynamisme, certaines sources d'informations sont disponibles : Projet d'établissement, rapport annuel d'activité, document de présentation stratégique, présentation de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Les hôpitaux réactifs sont-ils attirants ? et plus performants que les autres ? Quelques pistes de réponse existent.

5.3. L'importance de la cohésion sociale

Dans cette sous-partie qui aborde les priorités internes aux hôpitaux en vue de créer les conditions de la performance, il nous apparaît possible de proposer une approche qui se réfère à la fois au modèle développé par Gadrey et à celui de Sicotte.

Nous avons déjà distingué trois grandes fonctions à satisfaire par une structure de soins, qui correspondent à trois dimensions de la performance :

- l'atteinte des buts,
- l'utilisation optimale des moyens,
- la capacité d'adaptation aux changements.

Ce schéma est assorti d'une condition sine qua none ; l'existence d'une culture commune et d'une organisation de travail qui servent de support aux pratiques professionnelles. En effet « parmi les conditions permettant d'expliquer des différences dans le niveau des performances entre organisations en général ou entre hôpitaux, on fait souvent référence à la notion de « culture de l'organisation » ou à ses « valeurs ».

Dans tous les cas, pour une organisation, la manière dont est pensée et mise en pratique l'action collective dépend d'un certain nombre de facteurs. Le dossier de la DREES reprend les principaux (liste adaptée de Davies, 2000), à savoir :

- Attitude relative à l'innovation et à la prise de risque : l'organisation tolère, encourage ou récompense les nouvelles façons de faire, ou, au contraire, conserve et valorise les approches traditionnelles.

¹⁷ Jean Gadrey dans article « qu'appelle-t-on performance hospitalière ? ». DREES : Dossier Solidarité et

- Degré de centralisation de la stratégie : les performances et objectifs attendus sont fixés de manière centralisée, ou au contraire, délégués.
- Les formes prises par la communication : la communication se limite aux formes hiérarchiques de l'autorité (diffusion d'instructions et de rapports) ou elle emprunte également des canaux informels.
- L'arbitrage entre valorisation des résultats ou des processus : les mécanismes de contrôle et de récompense sont centrés sur les tâches exécutées (processus) ou sur la finalité « service ».
- L'attention portée à l'environnement de l'organisation : l'organisation favorise plutôt les « partenaires externes », c'est – à – dire les clients et la communauté au sens large, par rapport aux enjeux internes.
- Arbitrage entre homogénéité et diversité : les attitudes et attentes au sein de l'organisation sont plutôt en faveur de l'homogénéité des comportements ou de leur diversité.
- La façon de prendre en compte la dimension singulière des individus : les différentes manières qu'a l'organisation de valoriser les ressources humaines.
- La prise en compte du travail collectif : l'organisation favorise et récompense les initiatives individuelles ou, au contraire, les structures internes sont bâties de façon à donner de l'importance au travail en équipe soudée.
- Agressivité / compétitivité : l'attitude face à la concurrence est plutôt fondée sur un désir de domination que sur l'acceptation d'une coexistence, voire sur la recherche de certaines formes de coopération et sur une capacité à apprendre d'organisations similaires.
- L'attitude face au changement : l'organisation est centrée sur la stabilité interne plutôt que sur des objectifs dynamiques.

Ce sont ces facteurs qui permettent aux membres d'une même organisation de travail d'échanger et de communiquer. Cependant, la culture hospitalière, loin d'être inexistante ou faible possède certaines spécificités. Elle est, en général, particulièrement marquée par une certaine balkanisation entre les différents services et un cloisonnement des grandes catégories médicales, soignantes, administratives, techniques.

Parfois, ces différences culturelles sont à la source de conflits et dans tous les cas peuvent créer des décalages forts entre les différentes conceptions du travail et l'acceptation d'objectifs communs, donc s'éloigner d'une vision commune de la performance. Les difficultés ponctuelles à bâtir un projet d'établissement, ainsi qu'à le faire partager par tous, témoignent des freins pour créer une dynamique d'actions partagées et peuvent entraîner des dysfonctionnements préjudiciables au bon fonctionnement de l'ensemble de l'organisation.

On peut noter que le manuel de l'accréditation comporte des questions sur l'existence de projets communs au niveau de chaque service ou département médical mais ne va pas plus loin que l'existence in extenso du projet d'établissement sans connaître la dynamique sur laquelle il a été élaboré.

A l'heure actuelle, un courant de pensées s'intéresse aux liens entre la culture hospitalière et la cohésion sociale d'un côté et la performance de l'autre côté. Il y a fort à parier qu'une politique cohérente et volontariste des ressources humaines est un élément non négligeable de la performance hospitalière.

Cette politique des ressources humaines doit prendre en compte les emplois et les compétences. Par ailleurs elle doit aussi se préoccuper de fonder une dynamique sociale la plus forte et la plus large possible ; des outils tels que le management participatif, un dispositif de formation continue, des supports de communication peuvent être employés à cet effet.

De plus, « Etant donné qu'un grand nombre de décisions pouvant avoir un fort impact sur le bon fonctionnement de l'hôpital sont directement sous le contrôle du corps médical, une part importante de l'analyse de ces liens est consacrée à la capacité des médecins à définir et soutenir des objectifs communs, à avoir le sens du travail en équipe, à assumer un véritable leadership tout en établissant des relations positives avec les gestionnaires ». ¹⁸

On peut, bien entendu, intégrer d'autres catégories de soignants. Une étude faite aux Etats-Unis a identifié les hôpitaux à fort pouvoir d'attraction sur les infirmières. Ils sont connus sous l'appellation de « Magnet hospitals » (hôpital aimant) et la notion sous-tendue par cette notion est celle d'attractivité pour le personnel qui peut choisir son lieu de travail sur un marché de l'emploi où l'offre est supérieure à la demande. D'après cette enquête, la raison de l'attractivité de ces hôpitaux en était qu'ils offraient, de leur point de vue, le plus d'autonomie dans la manière d'organiser leur travail et que les relations de travail avec les médecins y étaient satisfaisantes.

Il est intéressant de noter que « l'examen comparatif du taux de mortalité pour certaines pathologies s'est révélé être plus faible dans ce type d'hôpitaux que dans les autres. »¹⁹

D'autres exemples peuvent être cités, comme celui de l'étude multi-centrique européenne EURICUS en réanimation qui met en évidence les effets bénéfiques

- d'une culture commune centrée sur la réponse aux besoins du patient,
- d'une bonne collaboration entre médecins et infirmières,

¹⁸ DREES. Dossiers Solidarité et santé. N° 2. Avril – juin 2001. Article page 71.

- d'une approche « ouverte » dans les méthodes de résolutions de problèmes.

« Au vu des études citées, il existe incontestablement des différences dans la gestion des ressources humaines, les modes de coordination et les procédures de communication, en liaison avec des types de cultures différentes selon les établissements et ceci semble avoir un impact non négligeable sur les résultats de soins. »²⁰

¹⁹ Idem.

²⁰ Idem.

CONCLUSION

La médiatisation des résultats comparatifs entre établissements hospitaliers est une tendance irréversible. Elle part du principe que les usagers et consommateurs de soins ont « le droit » d'être informé sur la prise en charge qu'ils peuvent attendre de la part d'un hôpital. G. de Pourville écrit dans un article « La rationalisation de l'utilisation des ressources dans les systèmes de santé passe par la réduction de l'asymétrie d'information entre les acteurs, au profit des patients et de leurs porte-parole que sont les assureurs, publics ou privés. »

D'une manière globale, la communication publique des données sur la performance, si des précautions méthodologiques sont respectées, augmente la responsabilisation de tous les acteurs.

De son côté, Angela Coulter démontre dans son article intitulé « Evaluer l'expérience des patients ; comment peut-on améliorer les réseaux de santé ? »²¹ qu'il existe des signes montrant que les patients deviennent des consommateurs de soins de santé de plus en plus exigeants et qu'ils ont de plus en plus tendance à choisir le fournisseur de soins qui leur offrira la meilleure qualité de service. L'auteur écrit « dans cette optique, l'évaluation de l'expérience des patients peut être un indicateur plus facile à interpréter que, par exemple, le taux de mortalité ».

Malgré la certitude que cette évolution est en marche, il faut cependant noter la grande difficulté qu'elle présente aujourd'hui. Ceci est du, en grande partie, au fort niveau de subjectivité sur lequel s'appuie l'évaluation que les patients ont de leur prise en charge. Pour éclairer leurs choix, il est donc primordial, de les responsabiliser par des actions d'éducation et de promotion sur des questions liées à la qualité de l'information disponible. Cette volonté de communication devrait, à terme, permettre d'établir un dialogue plus équilibré et serein entre des « consommateurs », aux attentes légitimes, et des professionnels, aux compétences reconnues.

Dans une phase intermédiaire actuelle, la démarche de mesure et d'amélioration de la performance est aussi une démarche de démocratie sanitaire dont les pouvoirs publics sont les garants. Il reste cependant encore à en préciser les modalités.

En Grande – Bretagne, le gouvernement a affirmé vouloir inclure des mesures d'évaluation de l'appréciation des patients et du personnel soignant dans son futur ensemble d'indicateurs de performance nationale (Secretary of State of Health, 2000).

En France, il serait souhaitable de développer des analyses valides et fiables qui soient, de plus, facilement accessibles au grand public et ceci ne pourra se faire qu'avec l'implication active des professionnels du monde sanitaire, en particulier les médecins et les gestionnaires. En effet,

²¹ Rapport OCDE 2002

malgré les difficultés actuelles de fonctionnement (compressions budgétaires, pénurie de personnel ...) il est essentiel de se préoccuper du niveau de satisfaction des patients, de répondre efficacement et rapidement à leurs besoins et de s'assurer qu'ils sont traités avec toute la dignité et le soutien qu'ils sont en droit d'attendre.

Bibliographie

André JM « Editorial ». Le courrier de l'évaluation en santé. N° 13. Mai 1998.

A.N.A.E.S. et la Conférence nationale des présidents des unions régionales des médecins libéraux « 10 questions sur l'évaluation des pratiques professionnelles ». 2001.

Briançon S et alii « Evaluation des pratiques professionnelles » dans Revue épidémiologique et santé publique. 2000.

Centre européen des entreprises à participation publiques et des entreprises d'intérêt économique général. Avis N° 9. Avril 2002.

Chaix C, Durand – Zaleski I, Brun – Buisson C dans article « Typologie des méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles en Amérique du Nord ». Journal d'économie médicale N°5. 1997.

Colloque (1^{er}) international des économistes français de la santé ; l'état de la réforme ». Edité par l'Université Paris Dauphine. 2000 / 02.

Contandriopoulos AP et alii « L'évaluation dans le domaine de la santé ; concepts et méthodes ». Revue épidémiologique et santé publique. 2000.

CREDES et Direction des hôpitaux : « Aide méthodologique à l'évaluation de la télémédecine ». Mars 2000.

Crozier M « Le phénomène bureaucratique ». Editions hachette poche.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : « Dossiers solidarité et santé : Eléments pour évaluer les performances des établissements hospitaliers ». N° 2. Avril – juin 2001.

Fauchery P, Buchon D, Goudeaux P, dans article « Evaluation de la pratique médicale par des pairs ». La revue du praticien – médecine générale. Tome 15. N° 549 du 15 octobre 2001.

Heidemann Elma G dans article « Accréditation des services de santé : projets internationaux ». ADSP n° 35. Juin 2001.

Journal d'économie médicale. Numéro spécial « Evaluation en santé ». Mars – avril 1999.

Kimberly John R. et Minvielle Etienne : « Measurement and management of quality in healthcare ». Imperial College Press. 2000.

Leduc N de l'Université de Montréal. Article « La recherche sur l'utilisation des services de santé » dans dossier thématique « La performance dans les organisations et le système de santé. Rupture, revue transdisciplinaire en santé. 1999.

Matillon Yves et Durieux Pierre « L'évaluation médicale ; du concept à la pratique ». 2^{ème} édition. Médecine – Sciences Flammarion. 2000.

OCDE « Etre à la hauteur : évaluer et mesurer la performance des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE ». Rapport 2002.

Recherche (La) « Faut – il classer les hôpitaux ? ». N° 324. Octobre 1999.

Seydou Beye « L'économie et la santé dans une perspective managériale ». L'Harmattan. 1999.

Sciences et avenir. Editions Le Pré au Clercs. 1998.

Société française de santé publique « Questionnement et propositions sur la politique de santé en France » (sous la direction du professeur Grémy F). Février 2002.

Steudler F. « L'évaluation : mode ou raison ?

Liste des annexes

- **Méthodologie du groupe de réflexion pour l'expérimentation : démarche de recherche – action**

- **Indicateur suivi dans le service de chirurgie :**
 - **Consultations**
 - **Hospitalisations**

- **Indicateur suivi dans le service de médecine gériatrique**

- **Indicateur suivi dans le service de gastrologie**

R V GROUPE DE R E F L E X I O N

FICHE N°1 : POSITIONNEMENT GENERAL DU THEME DE TRAVAIL

Sujet :

Démarche d'auto – évaluation de l'organisation médicale des soins.

Résultat attendu de la démarche :

Il s'agit, dans un objectif très général, d'améliorer l'organisation des soins et de la prise en charge des patients.

Le résultat pourra être concrétisé par l'élaboration de certains critères (voire d'indicateurs) d'amélioration de l'organisation ou prendre d'autres formes qui restent à définir par le groupe-expert.

La volonté qui sous-tend la démarche de ce projet est de participer à l'accompagnement du changement, en terme de coordination et d'organisation des services de soins au CHA.

Méthodologie proposée :

La méthodologie proposée est celle d'une démarche type gestion de projet. Il est prévu que le groupe - expert fonctionne comme une « task force » c'est - à - dire un groupe pluridisciplinaire constitué de façon ad hoc pour réfléchir, dans un temps déterminé et relativement court, sur un problème donné.

Hypothèse de départ :

Des progrès considérables ont été accomplis dans chaque domaine de l'activité hospitalière depuis quelques années ;

- sur le plan médical, la preuve en est le nombre d'actes nouveaux inscrits depuis des vingt dernières années,
- sur le plan de la gestion, l'hôpital s'est doté de nouveaux outils et a développé considérablement ses techniques,
- sur le plan para – médical, un savoir faire spécifique est aujourd'hui reconnu.

Cependant, l'hôpital est entré dans une zone de fortes turbulences qui l'oblige à dynamiser son organisation. Pour ce faire et pour lutter contre la tendance naturelle à la bureaucratisation des structures, il est nécessaire de rendre une plus grande visibilité à la mission première de l'hôpital ; celle de soigner.

Des progrès considérables ont été réalisés sur le plan de la prise en charge des « consommateurs ». Mais un besoin de plus en plus fort se fait sentir d'améliorer les interfaces et les liaisons entre les différents pôles d'activités.

Pour ce faire, nous considérons qu'une approche qui permette d'améliorer l'organisation générale (c'est-à-dire la structure mise en action), débute par une réflexion au plus près de l'activité des services de soins et de leur dynamique propre.

En effet, chaque service fonctionne selon certaines spécificités mais doit cependant être inclus dans une évolution globale. Il est donc utile, pour retrouver et travailler dans un sens commun à tous les services de définir des démarches d'ensemble qui renforcent la cohérence.

Références réglementaires :

- Loi de 1991 portant réforme hospitalière : (création de l'ANDEM)
- Ordonnances de 1996 portant réforme hospitalière : (Transformation en ANAES)

Définitions de l'évaluation médicale :

Définition (de l'évaluation de la qualité des soins) par l'Organisation mondiale de la santé :

« L'évaluation de la qualité des soins doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera les meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique et pour sa plus grande satisfaction et terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins {...}. C'est une procédure scientifique et systématique ».

Définition de l'ANAES :

« Evaluer c'est apprécier objectivement l'efficacité de telle ou telle stratégie pour permettre un meilleur choix pour le malade. C'est mettre en place les procédures permettant d'en vérifier la bonne réalisation, détecter et quantifier les écarts, imaginer et fournir les éléments pour mettre en place les éléments de correction. L'évaluation médicale est l'intermédiaire entre la production scientifique et la pratique médicale. Les méthodes de l'évaluation doivent permettre de transformer et diffuser la production scientifique pour la rendre acceptable par les praticiens ».

Définition de CONTANDRIOPOULOS, 1991 :

L'évaluation est « une démarche consistant fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention (une technique, une pratique, une organisation, un programme, une politique) dans le but d'aide à la décision ».

Définition d'Yves Matillon dans « Evaluation des soins » article du dossier en santé publique de la revue ADSP, revue trimestrielle du Haut comité de la santé publique N° 17 en décembre 1996 :
« Evaluer, c'est apprécier et comparer sur des bases objectives l'efficacité des stratégies, c'est mettre en place les procédures qui permettent de vérifier la bonne réalisation d'une stratégie, de détecter et de quantifier les écarts, d'imaginer et de fournir les éléments correctifs. »

FICHE N° 2 : CONSTITUTION D'UN GROUPE EXPERT

L'objectif de ce groupe est de prendre en charge la « maîtrise d'ouvrage » du projet ; c'est-à-dire d'en assurer le suivi et de prendre les décisions nécessaires à sa réalisation.

La « maîtrise d'œuvre » du projet revient à la directrice stagiaire.

Composition du groupe expert :

Pour appréhender l'approche organisationnelle des services de soins, il est indispensable de privilégier la présence et la représentativité des membres du corps médical.

Leur participation à ce projet repose sur la base du volontariat.

Sont pressentis :

- Monsieur le docteur Parent, Président de la CME,
- Monsieur le docteur Babadjian, Chef de service, médecine gériatrique,
- Monsieur Descoutures, Chef de service, pharmacie,
- Madame la docteur Le Turdu, Chef de service, laboratoire de biochimie,
- Monsieur le docteur Vacher, service de chirurgie viscérale,

En soutien à la réflexion de ce groupe, il semble souhaitable que certaines fonctions de l'hôpital soient associées. En particulier

- Monsieur Patrick Plassais, direction,
- Monsieur Alain Guinamant, direction de la qualité et de l'information,
- Madame Marie-France Senellier, direction du service des soins infirmiers

Le soutien logistique et méthodologique est assuré par la directrice stagiaire ; Marie-Catherine Dourthous.

Règles de fonctionnement du groupe expert :

Fréquence des réunions :

4 réunions, de maintenant à la fin du mois de juillet, sont prévues (voir fiche n°3).

FICHE N° 3 : PROGRAMME DE TRAVAIL DU GROUPE EXPERT

Proposition d'un programme de travail pour les quatre prochaines réunions du groupe :

1^{ère} réunion : Positionnement général du projet

- Cadrage de la problématique et des objectifs du projet,
- Réflexion sur une définition commune,
- Réflexion sur le fonctionnement du groupe,
- Présentation d'une documentation sur la détermination de démarches possibles et / ou d'indicateurs,

Date prévue: mai 2002

2^{ème} réunion : Réflexion sur une démarche et / ou sur des indicateurs

- Recensement de «ce qui se fait déjà au Centre Hospitalier Argenteuil »,
- Proposition de critères et /ou d'approches nouvelles,

Date prévue : début juin 2002

3^{ème} réunion : Choix d'une démarche et expérimentation

- Choix de la démarche à mettre en place,
- Modalités de lancement,

Date prévue : fin juin 2002

4^{ème} réunion : Mise en place et suivi

- Pertinence de la démarche choisie,
- Discussion sur l'élargissement et la pérennité de la démarche.

Date possible : fin juillet 2002

SERVICE DE CHIRURGIE VISCERALE (CV2) – consultations

Indicateur mesuré sur les 30 premiers patients opérés dans le service à partir du 24 juin 2002

N° dossier P ou NP *	Date 1 ^{ère} programmation	Date de l'intervention chirurgicale	DELAI (jour)
3069290	22/04/02	24/06/02	63
3044381	04/06/02	24/06/02	20
3099088	30/04/02	24/06/02	55
3084171	10/04/02	25/06/02	76
3098267	14/04/02	25/06/02	72
3011542	13/05/02	25/06/02	43
3043388	30/05/02	25/06/02	26
3069451	25/05/02	25/06/02	31
3051412	3/06/02	25/06/02	22
3084692	4/06/02	25/06/02	21
3090935	11/06/02	25/06/02	14
3069600	4/06/02	25/06/02	21
3066023	27/05/02	26/06/02	30
3084331	30/05/02	26/06/02	27
3104009	06/06/02	27/06/02	21
3105806	6/06/02	27/06/02	21
3083929	10/06/02	27/06/02	17
3083088	12/06/02	27/06/02	15
3094506	13/06/02	27/06/02	14
3065778	23/05/02	28/06/02	36
3084717	4/04/02	28/06/02	24
3110646	17/06/02	28/06/02	11
3106682	12/06/02	28/06/02	16
3095350	21/05/02	1/07/02	40
3133812	28/05/02	1/07/02	32
3026120	28/05/02	1/07/02	32
3157923	18/06/02	1/07/02	42

3109240	10/05/02	2/07/02	52
3139739	03/06/02	2/07/02	29
3108291	06/06/02	02/07/02	26

N° dossier	U ou NU	Date demande d'examen et type d'examen	Date retour d'examen	Délai	U ou NU	Date demande de radio	Date retour de radio	Délai
2947283					U	24/06/02	24/06/02	0 jour
3108214					U	25/06/02 (9h15)	25/06/02 (11h)	1h3/4
3116052	U	24/06/02 (scanner)	27/06/02	3 jours				
30074837					U	26/06/02 (9h30)	26/06/02 (11h30)	2h
3107222					U	28/06/02 (10h)	28/06/02 (11h30)	1h30
3066486	NU	28/06/02 (coloscopie / AG)	5/07/02	7 jours				
3092067					U	1/07/02 (9h30)	1/07/02 (11h)	1h30
3147271	NU	29/06/02 (scanner)	6/07/02	7 jours				
3066486					U	2/07/02 (9h30)	2/07/02 (15h)	5h30
3168409	U	1/07/02 (scanner)	3/07/02	2 jours				
3179722	U	3/07/02 (écho abdo)	3/07/02	0 jour				
3161410	NU	3/07/02 (scanner)	8/07/02	5 jours	U	4/07/02 (9h15)	4/07/02 (11h15)	2h
3179438	U	3/07/02 (scanner)	4/07/02	1 jour				
3150775	U	28/06/02 (scanner)	4/07/02	6 jours				
3186386					U	4/07/02 (9h15)	4/07/02 (11h15)	2h
3163245					U	4/07/02 (9h15)	4/07/02 (12h)	2h3/4
3186998	U	4/07/02 (écho)	4/07/02	0 jour				
3161410	NU	4/07/02 (EEG)	9/07/02	5 jours				
3194996					U	5/07/02 (9h)	5/07/02 (11h 30)	2h30
3198126	U	6/07/02 (scanner)	8/07/02	2 jours				
3161170					U	8/07/02 (9h30)	8/07/02 (11h30)	2h
3194329					U	8/07/02 (9h30)	8/07/02 (11h 30)	2h
3204295	NU	08/07/02 (scanner)	11/07/02	3 jours				
3210980	U	09/07/02 (fibroscopie)	09/07/02	0 jour				
3161410	U	10/07/02 (scanner)	12/07/02	2 jours				
3194329					U	9/07/02 (9h)	9/07/02 (13h)	4h
3211450					U	11/07/02 (9h30)	11/07/02 (11h)	1h30
3211450					U	10/0702	10/07/02	0 jour
3236564	U	12/07/02 (scanner)	13/07/02	1 jour				
3238708	U	15/07/02 (écho)	15/07/02	0 jour				

Service de chirurgie viscérale (CV2) hospitalisation.

Indicateur mesuré sur les 30 premiers patients admis dans le service à partir du 24 juin 2002

* U = demande en urgence // NU = demande non urgente

** Examens = imagerie, explorations fonctionnelles (dont échographie cardiaque), endoscopie, IRM, scanner, doppler.

SERVICE DE MEDECINE GERIATRIQUE

Indicateur mesuré sur les 28 derniers patients sortis du service, jusqu'au 29 Juillet 2002
inclus, quel que soit le motif de sortie (y compris décès).

RAS : il n'existe pas d'information médicale initiale dans le dossier patient sur une date de sortie prévisionnelle

Nom (initiales)	Date de sortie médicale	Date de sortie effective	DELAI
B.A	01/07/02	01/07/02	0 jour de délai
L.H	Orientation maison de retraite	01/07/02	Orientation interne
K.S	20/06/02	02/07/02	10 jours de délai
B.A	RAS	05/07/02	NA
M.C	03/07/02	03/07/02	0 jour de délai
S.R	26/06/02	04/07/02	7 jours de délai
E.A	RAS	05/07/02	NA
DF.ML	Entrée de l'USLD	08/07/02	Entrée interne
P.S	08/07/02	08/07/02	0 jour de délai
T.S	10/06/02	08/07/02	27 jours de délai
S.G	26/06/02	09/07/02	12 jours de délai
W.M	18/06/02	09/07/02	20 jours de délai
T.ML	03/07/02	10/07/02	6 jours de délai
N.G	Perm	13/07/02	NA
B.G	15/07/02	15/07/02	0 jour de délai
S.S	05/07/02	15/07/02	9 jours de délai
G.M	05/07/02	16/07/02	10 jours de délai
J.F	15/07/02	17/07/02	1 jour de délai
D.G	09/07/02	18/07/02	8 jours de délai
B.J	19/07/02	19/07/02	0 jour de délai
H.L	RAS	19/07/02	NA
N.G	Perm	20/07/02	NA
T.TMN	Entrée de l'USLD	20/07/02	Entrée interne
B.Y	02/07/02	23/07/02	21 jours de
N.G	RAS	24/07/02	NA

D.M	25/07/02	25/07/02	0 jour de délai
T.Z	26/07/02	26/07/02	0 jour de délai
G.F	16/07/02	29/07/02	12 jours de délai

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

- Indicateurs mesurés sur les 30 premiers patients admis dans le service à partir du 24 juin 2002

* P : programmé // NP : non programmé

* * **Examens** : imagerie, explorations fonctionnelles (dont échographies cardiaques), endoscopie (digestive et bronchique), + **consultations spécialisées** (sauf labo et anapath).

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai (ne pas remplir)

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

Nedia

P

Transfert d'un autre service le 28/06/02 à 15h

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai et commentaires
Radio thorax	01/07/02 (9h)	02/07/02 (10h45)	04/07/02 (10h)	2 jours (délai évalué comme trop long)
Scanner abdo	01/07/02 (14h)	04/07/02 (15h45)	04/07/02 (16h30)	Dans la journée
Transit du grêle	1/07/02 (14h)	23/07/02 (10h 30)		Examen peu commun ; explique le délai. La patiente le fera en externe.
CS Psychiatrie	2/07/02 (10h)	2/07/02 (15h)	2/07/02 (15h30)	Dans la journée

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

Michel

Entré pour un bilan sous 8 jours, pas d'urgence.

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai et commentaires
Echo abdo	26/06/02 (14h)	3/07/02 (11h)	3/07/02 (14h)	Délai acceptable car pas d'urgence
Fibroscopie OGD	26/06/02 (14h)	1/07/02 (10h15)	1/07/02 (11h)	Idem
CS ORL	26/06/02 (14h)	2/07/02 (10h45)	2/07/02 (11h30)	
CS ophtalmo	26/06/02 (16h)	3/07/02 (9h)	3/07/02 (12h)	
CS stomato	26/06/02 (14h)	8/07/02 (9h)		Réalisé en externe car sortie le 4/07/02
CS alcoologie	26/06/02 (14h)	27/06/02 (10h)	27/06/02 (11h)	
CS psychologue	28/06/02 (9h)	28/06/02 (9h)	3/07/02 (14h)	Vacation dans le service

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

Salah

NP : Admission par les urgences à 23 h le 4/07/02

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai
Fibroscopie OGD	5/07/02 (9h)	5/07/02 (10h)	5/07/02 (11h)	Le jour même
Rectosigmoidoscopie	5/07/02 (14h)	5/07/02 (10h30)	5/07/02 (11h 30)	Le jour même
CS proctologie	10/07/02 (14h)	12/07/02 (11h30)	12/07/02 (12h30)	Date de sortie (12/07/02)
CS stomato	11/07/02 (14h)	16/07/02 (11h15)		CS réalisée en externe

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

Hélène

P : admission directe le 5 juillet 02

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai
Echo abdo	5/07/02 (14h)	10/07/02 (14H15)	12/07/02 (10h)	7 jours dont 5 jours pour le RV
FOGD	8/07/02 (14h)	10/07/02 (10h15)	10/07/02 (11h)	2 jours
Radio thorax	11/07/02 (14h)	12/07/02 (10h)	15/07/02 (14h)	4 jours
CS psychiatrie	11/07/02 (10h)	11/07/02 (11h)	11/07/02 (11h30)	Le jour même
Scanner abdo + pelvien	17/07/02 (14h)	23/07/02 (11h)		6 jours pour obtenir un RV

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

Marcel

P : transfert d'un autre service le 5/07/02 à 14h30

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai
Echo endoscopie / AG	05/07/02 (16h)	11/07/02 (matin)		Appareil en panne ; examen non réalisé
CS anesthésie	08/07/02 (9h)	08/07/02 (14h)	08/07/02 (15h)	Le jour même
Scanner abdominal	05/07/02 (9h)	08/07/02 (11h45)	09/07/02 (13h)	4 jours
Scanner thoracique	05/07/02 (16h 30)	10/07/02 (16h15)	11/07/02 (16h)	11 jours
Echo cardiaque	08/07/02 (16h15)	10/07/02 (15h15)	10/07/02 (16h)	2 jours
Scintigraphie osseuse	16/07/02 (14h)	22/07/02 (9h)		6 jours de délai pour le RV + résultats immédiats
CS anesthésie	16/07/02 (14h)	17/07/02 (14h40)	17/07/02 (15h30)	1 jour
Scanner cérébral	16/07/02 (14h)	19/07/02 (10h)		3 jours
Radio rachis	16/07/02 (14h)	19/07/02 (15h)		3 jours

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

Jean claude

P : transfert d'un autre service le 1 / 07 / 02 à 14 h

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai
Fibroscopie	1/07/02 (15H)	2/07/02 (9H30)	2/07/02 (10H30)	1 jour
Scanner thoraco – abdominal	2/07/02 (9H)	4/07/02 (16H15)	8/07/02 (11H)	6 jours
ASP (radio)	2/07/02 (9H)	2/07/02 (12)	2/07/02 (13H)	1 jour
TOGD (radio)	2/07/02 (14H)	8/07/02 (12H15)	10/07/02 (14H30)	8 jours
Fibroscopie bronchique	3/07/02 (14H)	4/07/02 (10H)	4/07/02 (10H45)	1 jour
Radio thorax	4/07/02 (9H)	4/07/02 (9H30)	4/07/02 (10H30)	Le jour même
EFR	8/07/02 (14H)	10/07/02 (10H30)	10/07/02 (12H)	2 jours
CS ORL	16/07/02 (11H)	17/07/02 (10H)	17/07/02 (14H)	1 jour

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

Michel

P : admission directe le 24/06/02 à 14H.

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai (ne pas remplir)
Echographie abdominale	25/06/02 (9H)	28/06/02 (9H)	1/07/02 (15H)	6 jours
Radio thorax	25/06/02 (9H)	26/06/02 (9H15)	3/07/02 ()	8 jours
CS alcoologie	25/06/02 (9H30)	25/06/02 (11H)	25/06/02 (15H30)	Le jour même
CS psychiatrie	25/06/02 (9H30)	25/06/02 (11H)	25/06/02 (11H30)	Le jour même
CS psychologue	28/06/02 (9H)	28/06/02 (11H)	1/07/02 (10H)	3 jours
CS alcoologie	25/06/02 (9H)	25/06/02 (9H)	25/06/02 (15H30)	Le jour même

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

Marie – Elise

NP : admission par les urgences le 25/06/02 à 12H45

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai (ne pas remplir)
Fibroscopie OGD	28/06/02 (9H)	28/06/02 (10H45)	28/06/02 (11H30)	Le jour même

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

M

NP : admission par les urgences le 28/06/02 à 18 H

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai (ne pas remplir)
CS diabétologie	1/07/02 (9H)	1/07/02 (16H)	1/07/02 (16H30)	Le jour même

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

Robert

P : transfert d'un autre service le 25/06/02 à 15 H

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai (ne pas remplir)
Radio thorax	26/06/02 (9H)	26/06/02 (13H15)	26/06/02 (13H40)	Demande urgente, à faire dans la journée
Radio thorax	27/06/02 (14H)	1/07/02 (9H30)	RV annulé	Demande initiale de RV pour le 1/07/02

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

CLAUDE

P : admission directe le 26/06/02

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai (ne pas remplir)
CS ORL	26/06/02 (9H)	28/06/02 (11H)	28/06/02 (12H)	2 jours
Radio thorax	26/06/02 (9H)	28/06/02 (9H30)	3/07/02 (14H)	7 jours
Doppler TSA	26/06/02 (9H)	27/06/02 (14H45)	27/06/02 (16H)	1 jour
Echographie cardiaque	26/06/02 (9H)	1/07/02 (10H45)	1/07/02 (11H30)	5 jours
CS anti - tabac	26/06/02 (14H)	28/06/02 (14H)	28/06/02 (15H)	2 jours

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

KOLOTOU

NP : admission par les urgences le 26/06/02 à 16 30

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai (ne pas remplir)
Scanner abdominal	27/06/02 (17H)	28/06/02		1 jour délai mais RV annulé
Fibroscopie OGD	27/06/02 (9H)	27/06/02 (10H30)	27/06/02 (11H30)	Le jour même

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

Antoinette

P : admission directe le 25/06/02

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai (ne pas remplir)
Scanner abdominal pelvien	26/06/02 (10H)			Demande annulée
CS psychiatrie	27/06/02 (10H30)	27/06/02 (11H)	27/06/02 (11H30)	Le jour même

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

Jean Edouard

P : admission directe par transfert d'un autre service à 15H

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai (ne pas remplir)
Fibroscopie OGD	27/06/02 (9H)	3/07/02 (9H45)	3/07/02 (11H)	6 jours
Echographie abdominale	27/06/02 (9H)	27/06/02 (13H30)	4/07/02 (10H)	7 jours
CS stomatologie	27/06/02 (9H)	2/07/02 (14H15)	2/07/02 (15H)	5 jours
CS ophtalmologie	27/06/02 (9H)	8/07/02 (9H)	8/07/02 (11H)	11 jours
CS ORL	27/06/02 (9H)	2/07/02 (10H15)	2/07/02 (11H30)	5 jours
CS alcoologie	27/06/02 (9H)	27/06/02 (11H)	27/06/02 (12H)	le jour même
CS psychologue	28/06/02 (9H)	1/07/02 (11H)	5/07/02 (9H)	7 jours

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

Jean Pierre

P : admission directe le 27/06/02 à 15 H

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai (ne pas remplir)
Fibro. OGD	28/06/02 (9H)	3/07/02 (9H30)	3/07/02 (10H30)	5 jours
CS ORL	28/06/02 (9H)	2/07/02 (11H15)	2/07/02 (12H)	4 jours
CS ophtalmo	27/06/02 (16H)	8/07/02 (9H)	8/07/02 (11H)	11 jours
Radio thorax	27/06/02 (16H)	1/07/02 (10H)	3/07/02 (14H)	6 jours
Echographie abdominale	27/06/02 (16H)	2/07/02 (15H)	4/07/02 (13H45)	7 jours
CS alcoologue	28/06/02 (9H)	4/07/02 (11H)	4/07/02 (12H)	6 jours
CS psychologue	28/06/02 (9H)	28/06/02	1/07/02 (16H)	3 jours (Vacation)

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

Mario Francis

P : admission directe le 4/07/02 à 15 H.

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai (ne pas remplir)
Radio bassin + rachis lombaire	5/07/02 (9H)	8/07/02 (10H20)	9/07/02 (15H30)	4 jours
Scintigraphie osseuse	4/07/02 (17H)	5/07/02 (9H)	5/07/02 (15H)	1 jour

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

Gérard

P : transfert d'un autre service le 24/06/02 à 15 H

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai (ne pas remplir)
Echo endoscopie / AG	25/06/02 (12H10)	4/07/02 (matin)	4/07/02 (17H)	9 jours
CS anesthésie	25/06/02 (12H10)	27/06/02 (12H10)	27/06/02 (13H30)	2 jours
CS ORL	25/06/02 (14H)	2/07/02 (10H)	2/07/02 (11H)	7 jours
CS stomatologie	25/06/02 (14H)	1/07/02 (10H30)	1/07/02 (11H30)	6 jours
CS ophtalmologie	25/06/02 (16H)	3/07/02 (9H)	3/07/02 (11H)	8 jours
CS alcoologue	25/06/02 (14H)	25/06/02 (14H)	25/06/02 (14H30)	Le jour même
CS psychologue	28/06/02 (9H)	28/06/02	3/07/02 (14H)	5 jours Vacation dans le service
ASP (radio)	26/06/02 (12H10)	28/06/02 (9H45)	3/07/02 (14H)	7 jours

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

ADA

P : Admission directe le 25/06/02 à 15h30

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai (ne pas remplir)
Radio thorax	26/06/02 (14H)	28/06/02 (9H15)	1/07/02 (15H)	5 jours
CS gynécologie	26/06/02 (14H)	27/06/02 (11H)	27/06/02 (14H)	1 jour
Scanner abdomino pelvien	26/06/02 (14H)	28/06/02 (16H45)	1/07/02 (13H30)	5 jours
CS anesthésie	2/07/02 (10H)	3/07/02 (15H)	3/07/02 (16H)	1 jour
Radio ASP	1/07/02 (9H)	8/07/02 (11H)	8/07/02 (12H)	7 jours

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

Robert

P : transfert d'un autre service le 2/07/02 à 14h 30

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai (ne pas remplir)
Echographie cardiaque	3/07/02 (14H)	4/07/02 (16H)	4/07/02 (17H)	1 jour
ASP (radio)	3/07/02 (13H)	3/07/02 (14H)	3/07/02 (15H)	Le jour même
Radio thorax	3/07/02 (14H)	4/07/02 (11H)	4/07/02 (12H)	1 jour
Echographie prostatique	4/07/02 (14H)			RV annulé
ASP (radio)	4/07/02 (15H)	4/07/02 (15H30)	4/07/02 (16H)	Le jour même
Scanner abdominal	4/07/02 (19H)	4/07/02 (22H30)	4/07/02 (24H)	Le jour même
Lavement hydro solubles	5/07/02 (9H)	5/07/02 (15H15)	5/07/02 (16H)	Le jour même

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

Etiemme

P : admission directe le 25/06/02 à 15H30

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai (ne pas remplir)
CS psychiatrie	26/06/02 (14H)	26/06/02 (14H)	26/06/02 (14H)	Le jour même
CS ORL	26/06/02 (14H)	2/07/02 (11H30)	2/07/02 (11H30)	6 jours
CS stomatologie	26/06/02 (14H)	8/07/02 (9H)		Consultation en externe. Malade sorti le 5/07/02
CS ophtalmologie	26/06/02 (14H)	4/07/02 (9H)	4/07/02 (11H)	8 jours
CS alcoologie	26/06/02 (14H)	27/06/02 (10H 30)	27/06/02 (11H)	1 jour
CS psychologue	28/06/02 (9H)	28/06/02 (9H)	1/07/02 (16H)	Vacation médicale dans le service
Radio thorax	26/06/02 (14H)	26/06/02 (10H)	3/07/02 (14H)	7 jours
Echo abdominale	26/06/02 (14H)	3/07/02 (10H30)	5/07/02 (16H)	8 jours
Fibroscopie OGD	26/06/02 (14H)	28/06/02 (10H45)	28/06/02 (12H)	2 jours
Rectosigmoidoscopie	28/06/02 (14H)	3/07/02 (11H)	3/07/02 (11H)	5 jours

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

Josiane

P : admission directe de 26/06/02

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai (ne pas remplir)
Echographie abdominale	27/06/02 ()	2/07/02 (14H50)	5/07/02 (16H)	5 jours
Scanner cérébral	5/07/02 (14H)	9/07/02 (8H30)	6/07/02 (17H)	1 jour
Radio ASP	7/07/02 (10H)	7/07/02 (11H)	7/07/02 (11H30)	Le jour même
EEG	8/07/02 (9H)	8/07/02 (15H)	9/07/02 (16H30)	1 jour

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

Gisèle

NP : admission par les urgences le 1 /07 /02 à 23 H

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai (ne pas remplir)
Fibroskopie OGD	2/07/02 (14H)	8/07/02 (10H)	8/07/02 (11H)	6 jours
Echographie abdominale	2/07/02 (14H)	9/07/02 (14H15)	9/07/02 (15H)	7 jours
Scanner cérébral	2/07/02 (14H)	4/07/02 (13H)	4/07/02 (16H)	2 jours
Radio thorax	4/07/02 (13H)	4/07/02 (14H)	4/07/02 (14H30)	Examen demandé dans la journée, en urgence, réalisé le jour même
ASP	8/07/02 (14H)	8/07/02 (15H)	8/07/02 (15H30)	Le jour même

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

Justina

NP : admission par les urgences le 2/07/02 à 16 h

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai (ne pas remplir)
BEG	3/07/02 (14H)	10/07/02 (9H30)	12/07/02 (16H)	9 jours
Scanner cérébral	3/07/02 (14H)	8/07/02 (8H15)	9/07/02 (16H)	6 jours
CS neurologie	4/07/02 (9H)			RV annulé
Echographie abdo	8/07/02 (9H)	16/07/02 (9H15)	16/07/02 (16H)	8 jours

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

Joaquim

P : transfert d'un autre service le 1/ 07/02

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai (ne pas remplir)
Fibroscopie bronchique	2/07/02 (9H)	8/07/02 (8H)	8/07/02 (9H)	6 jours
CS tabacologie	2/07/02 ()			Réalisée en externe
Doppler TSA	2/07/02 (14H)	3/07/02 (10H15)	3/07/02 (11H30)	1 jour
BEG	5/07/02 (14H)	10/07/02 (11H)	15/07/02 (10H)	10 jours

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

William

NP : admission par les urgences le 2/07/02 à 23h

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai (ne pas remplir)
Scanner abdominal + pancréatique	3/07/02 (14H)	5/07/02 (16H30)	8/07/02 (11H)	5 jours
Fibroscopie OGD	3/07/02 (14H)	5/07/02 (9H15)	5/07/02 (10H)	2 jours
CS ORL	3/07/02 (14H)	9/07/02 (9H30)	9/07/02 (10H30)	6 jours
CS stomatologue	3/07/02 (14H)	8/07/02 (9H)	8/07/02 (10H30)	5 jours
CS ophtalmologue	3/07/02 (16H)	5/07/02 (10H)	5/07/02 (11H30)	2 jours
CS alcoologue	3/07/02 (14H)	5/07/02 (11H)	5/07/02 (12H)	2 jours
CS psychologue	3/07/02 (9H)	8/07/02 (11H)	8/07/02 (15H)	5 jours

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

Adelino

P : transfert d'un autre service le 24/06/02

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai (ne pas remplir)
Echographie abdominale	26/06/02 (14H)	3/07/02 (11H30)	5/07/02 (16H)	9 jours
CS stomatologie	26/06/02 (14H)	8/07/02 (9H)	8/07/02 (10H)	12 jours
CS ophtalmologue	26/06/02 (16H)	10/07/02 (9H)		Rv annulé
CS ORL	26/06/02 (14H)	2/07/02 (10H30)	2/07/02 (11H30)	6 jours
CS alcoologue	26/06/02 (14H)	27/06/02 (10H)	27/06/02 (11H)	1 jour
CS psychologue	28/06/02 (9H)	28/06/02	1/07/02 (16H)	Vacation dans le service
ASP (radio)	26/06/02 (14H)	28/06/02 (9H30)	4/07/02 (10H))) 8 jours
Radio thoracique	26/06/02 (14H)	28/06/02 (9H30)	4/07/02 (10H)))
Fibroscopie OGD + ligatures	26/06/02 (14H)	28/06/02 (10H)	28/06/02 (11H)	2 jours
Fibroscopie OGD + ligatures	28/06/02 (10H)	8/07/02 (10H30)	8/07/02 (11H30)	10 jours
CS psychiatrie	2/07/02 (10H)	2/07/02 (15H30)	2/07/02 (16H)	Le jour même

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

Nicole

P : admission directe le 25/ 06/02 à 14 H30

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai (ne pas remplir)
Scanner abdominal	26/06/02 (14H)	1/07/02 (11H45)	3/07/02 (13H)	7 jours
Scanner thoracique	27/06/02 (14H)	4/07/02 (8H30)	9/07/02 (13H)	12 jours
IRM hépatique	27/06/02 (14H)			Rv annulé
Echo doppler	27/06/02 (14H)	1/07/02 (10H45)	1/07/02 (12H)	4 jours
CS psychiatrie	4/07/02 (12H30)	5/07/02 (11H)	5/07/02 (12H)	1 jour
Fibroscopie OGD	9/07/02 (15H)	10/07/02 (10H45)	10/07/02 (12H)	1 jour
Scanner cérébral	9/07/02 (15H)	11/07/02 (14H15)		Rv annulé
Radio rachis lombaire	9/07/02 (15H)	12/07/02 (9H)		Idem

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

Djamaal

P : transfert d'un autre service le 27/06/02

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai (ne pas remplir)
Fibroscope OGD	28/06/02 (14H)	5/07/02 (10H30)	5/07/02 (12H)	7 jours
CS neuro	1/07/02 (9H)			
CS Stomato	1/07/02 (9H)	2/07/02 (15H)	2/07/02 (16H)	1 jour
CS alcoologue	1/07/02 (9H)	4/07/02 (10H)	4/07/02 (11H)	3 jours
CS ORL	1/07/02 (9H)	9/07/02 (9H30)	9/07/02 (10H30)	8 jours
CS OPH	1/07/02 (16H)	8/07/02 (9H30)	8/07/02 (11H)	7 jours
CS psychologue	1/07/02 (9H)	1/07/02 (16H)	8/07/02 (16H)	7 jours
Rectosymoi doscopie	1/07/02 (14H)	5/07/02 (11H)	5/07/02 (12H)	4 jours
Coloscopie neuroleptique	8/07/02 (12H)	18/07/02 (matin)		En externe. Sera réhospitalisé en juillet 02. Délai incompressible.
CS d'anesthésie	8/07/02 (14H)	11/07/02 (16H)		Il faut tenir compte du régime diététique de pls jours.

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

Simon

P : admission directe dans le service le 2/07/02 à 14 h.

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai (ne pas remplir)
CS ophtalmologie	3/07/02 (10H30)	3/07/02 (11H30)	3/07/02 (13H)	Patient grabataire ; pas possible de faire 1 CS en externe. Demande en urgence et prise en charge le jour même.

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

Gilles

P : transfert d'un autre service le 18/06/02 à 14h30

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai (ne pas remplir)
AnGIO scanner hépatique	3/07/02 (14H)	10/07/02 (16H30)		Rv annulé
Echo doppler des voix hépatique	3/07/02 (14H)	8/07/02 (9H)	8/07/02 (11H)	5 jours
CS ORL	3/07/02 (14H)	9/07/02 (9H45)	9/07/02 (11H)	6 jours
CS OPH	3/07/02 (16H)	5/07/02 (10H15)	5/07/02 (11H30)	2 jours
CS stomato	3/07/02 (14H)	8/07/02 (11H)	8/07/02 (12H)	5 jours
CS alcoolologue	3/07/02 (14H)	5/07/02 (10H30)	5/07/02 (11H)	2 jours
CS psychologue	4/07/02 (9H)	8/07/02 (10H)	8/07/02 (15H)	2 vacances par semaine ; cela explique le délai
IRM hépatique	9/07/02 (11H)	11/07/02 (17H)	16/07/02 (10H)	7 jours
CS dermatologie	8/07/02 (11H)	8/07/02 (14H)	8/07/02 (14H30)	Le jour même

SERVICE DE GASTROLOGIE

N° dossier patient (P = programmé // NP = non programmé)

Salah

NP : admission par les urgences

Type d'examen **	Date de départ de la demande (et heure si possible)	Date du rendez-vous	Date de retour du résultat (et heure si possible)	Délai (ne pas remplir)
Radio grill costal + épaule drte	5/07/02 (16H)	9/07/02 (10H)	12/07/02 (10H)	
Echo abdo	5/07/02 (16H)	10/07/02 (13H15)	11/07/02 (15H)	
Radio thorax	8/07/02 (14H)	8/07/02 (14H30)	8/07/02 (15H30)	
FOGD	11/07/02 (14H)	17/07/02 (10H15)	17/07/02 (11H30)	
CS stomato	11/07/02 (14H)	16/07/02 (11H)	16/07/02 (12H)	
CS ophtalmologue	11/07/02 (16H)	16/07/02 (9H)	16/07/02 (12H)	
CS ORL	11/07/02 (14H)	24/07/02 (11H)		Période estivale ; explique le délai plus long
CS rhumatologue	11/07/02 (14H)			
Mr Miles	12/07/02 (9H)	12/07/02	15/07/02 (10H)	
Dr	11/07/02 (14H)	17/07/02	17/07/02 (11H)	