
Directeur d'Hôpital

Date du Jury : *Décembre 2002*

**LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT A L'HOPITAL :
MIEUX GERER LA COMPLEXITE DE LA
COORDINATION DES ACTEURS**

**Application des méthodes de gestion des flux et
d'analyse de la valeur**

Marie-Catherine PHAM

Sommaire

1. INTRODUCTION : CHOIX ET JUSTIFICATION DU THEME	6
1.1. CHOIX DU THEME	6
1.1.1. D'abord une volonté d'optimiser la prise en charge du patient.....	6
1.1.2. Ensuite le constat terrain : une meilleure coordination des acteurs est une façon d'optimiser la prise en charge du patient, tout en créant aussi de la valeur pour le personnel et l'hôpital	7
1.2. JUSTIFICATION ET ACTUALITE DU THEME.....	9
1.2.1. Intérêt du thème par rapport au terrain de stage (HEGP)	9
1.2.2. Intérêt du thème par rapport au métier de Directeur d'Hôpital	11
2. MÉTHODES DE COORDINATION - D'OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT	12
2.1. LA MODÉLISATION PROCESSUS, COMME PRÉALABLE À L'OPTIMISATION 	13
2.1.1. Qu'est ce qu'un processus ?	13
2.1.2. La cartographie et l'interface des processus	14
2.1.3. La modélisation processus permet d'appliquer les méthodes de gestion des flux et d'analyse de la valeur	16
2.2. LA GESTION DES FLUX OU LOGISTIQUE	17
2.2.1. La logistique dans les entreprises : une notion large, correspondant à la gestion des flux.....	17
2.2.2. La logistique à l'hôpital aujourd'hui : une vision restreinte à l'intendance	18
2.2.3. La gestion des flux à l'hôpital : pour une application plus large des méthodes logistique	18
2.2.4. Quelques notions de gestion des flux / logistique	19
2.2.5. Les caractéristiques des techniques logistiques	23

2.3. L'ANALYSE DE LA VALEUR, COMME MOYEN D'OPTIMISER LES FLUX.....	26
2.3.1. L'hôpital est une organisation complexe	26
2.3.2. L'approche Système permet d'appréhender les organisations complexes	30
2.3.3. Conséquences en termes d'objet d'étude	33
2.3.4. Conséquences en termes de méthode d'optimisation : Approche Système incarnée dans l'analyse de la valeur	34
2.4. APPROCHE SOCIOLOGIQUE ET MANAGÉRIALE DE LA COORDINATION DES ACTEURS HOSPITALIERS	38
2.4.1. Coordination et jeux de pouvoir dans les organisations hospitalières publiques	39
2.4.2. Théorie des jeux et création de valeur	44
3. APPLICATION DE LA MÉTHODE DE COORDINATION : OPTIMISATION DES PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS.....	46
3.1. LE CHOIX D'UNE ÉTUDE QUALITATIVE	46
3.2. LE SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES, TERRAIN D'APPLICATION DE LA MÉTHODE DE COORDINATION RETENUE	47
3.2.1. Application de la méthode d'analyse de la valeur aux <i>flux</i> générés par la prise en charge du patient	47
3.2.2. Choix de l'étude de la prise en charge aux <i>urgences</i> , en phase avec la réalité du terrain de stage	47
3.2.3. Modélisation de la prise en charge aux urgences, par l'analyse fonctionnelle.....	51
3.3. DESCRIPTION DES PROCESSUS IDÉAUX DE PRISE EN CHARGE AU SAU - PAR L'ANALYSE FONCTIONNELLE	52
3.3.1. Méthode retenue	52
3.3.2. Remarque générale : la nécessaire distinction des flux de patients au sein du SAU, en fonction du degré de gravité	57
3.3.3. Commentaires sur les différentes étapes du processus de prise en charge	58
3.4. DESCRIPTION DES PROCESSUS RÉELS DE PRISE EN CHARGE AU SAU	69
3.4.1. Méthode retenue	69
3.4.2. Remarques générales	69
3.4.3. Etude des flux associés au processus de prise en charge au SAU	72

3.4.4. Etude de l'interface de la prise en charge au SAU avec les autres modes de prise en charge	78
3.5. OPTIMISATION DES PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE PAR UNE MEILLEURE COORDINATION DES ACTEURS.....	86
3.5.1. Propositions générales pour améliorer l'aval du SAU	87
3.5.2. Propositions issues des méthodes de gestion des flux et d'analyse de la valeur	88
3.5.3. L'approche contractuelle	101
4. CONCLUSION	110

Bibliographie

Annexes

Résumé

Liste des sigles utilisés

AGEB, Accueil et Gestion des Echantillons biologiques (HEGP)

AGEPS, Agence Générale des Equipements et Produits de Santé (AP-HP)

ANFH, Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier

AP-HP, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

ARH, Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARHIF, Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile de France

AS, Aide Soignant

CAMU, Capacité d'Aide Médicale Urgente

CCMU, Classification Clinique des Maladies aux Urgences

CHU, Centre Hospitalo Universitaire

DMS, Durée Moyenne de Séjour

DSI, Direction des Soins Infirmiers

FHF, Fédération Hospitalière de France

HEGP, Hôpital Européen Georges Pompidou

IDE, Infirmier Diplômé d'Etat

IAO, Infirmière d'Accueil et d'Orientation

POMA, Pool Médico Administratif (HEGP)

PSPH, Participant au Service Public Hospitalier

SAMU, Service d'Aide Médicale Urgente

SAU, Service d'Accueil des Urgences

SFUM, Société Française d'Urgences Médicales

SMUR, Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SSR, Soins de Suite et de Réadaptation

ZHTCD, Zone d'Hospitalisation de Très Courte Durée

Remerciements

Avant toute chose, je tiens à remercier les nombreuses personnes qui m'ont accompagnée et soutenu dans le cadre de ce mémoire.

Mes pensées vont tout d'abord vers mon Encadrante Mémoire, **Marie-Christine BURNIER** (Déléguée Générale Adjointe de la FHF / Directrice de l'ANFH), dont j'ai particulièrement apprécié l'écoute exigeante, la disponibilité, et les encouragements dont elle a fait preuve à toutes les phases de mon travail.

Je tiens à remercier **Louis OMNES** (Directeur de l'HEGP) pour son regard critique, ses éclairages fort instructifs et son recul sur les méthodes de gestion dont j'ai bénéficié.

Je remercie également ma Maître de Stage, **Marie-Noëlle GERAIN-BREUZARD** (DRH de l'HEGP) pour son soutien et les personnes ressources précieuses qu'elle m'a indiquées.

Je remercie vivement **Dominique TONNEAU** (professeur au Centre de Gestion Scientifique à l'Ecole Nationale Supérieure des Mines de Paris) pour son accompagnement enrichissant et bienveillant tout au long de mon travail.

J'exprime par ailleurs ma reconnaissance à **Michel CREMADEZ** (cofondateur de l'entreprise de conseil Partenaire Conseil Santé et professeur à l'Ecole des Hautes Etudes Commerciales) qui a su m'orienter dans le choix de mon sujet et dans l'approche méthodologique.

Un grand merci à **Jean-Pierre GRANDHAYE** (professeur à l'ENSGSI – Ecole Nationale Supérieure en Génie des Systèmes Industriels, Nancy) pour les nombreuses références fournies, notamment sur le thème de l'analyse de la valeur, et pour son encadrement méthodologique précieux.

Je remercie aussi **Younes BENANTEUR** (DRH de l'AGEPS) pour ses conseils et sa vision de la logistique dont il m'a fait bénéficier.

Je remercie enfin chaleureusement **Docteur Alain DAVIDO** (chef de service du SAU de l'HEGP) et **Docteur Christine GINSBURG** (chef de service de l'hôpital Cochin) pour le temps qu'ils ont bien voulu me consacrer et pour leur accueil.

1. INTRODUCTION : CHOIX ET JUSTIFICATION DU THEME

1.1. CHOIX DU THEME

On remarque que souvent les pistes d'amélioration de la prise en charge du patient recourent à des moyens « exogènes », comme l'adjonction de ressources supplémentaires (nombre plus important de personnel, travaux sur les locaux, etc.) ou des actions spécifiques des tutelles (modification de la répartition entre le court-séjour et les lits d'aval des urgences, formation des personnels, etc.).

Si de tels moyens « exogènes » peuvent avoir bien sûr leur nécessité, il ne faut pas négliger les pistes d'amélioration « **endogènes** » ou internes à l'hôpital et aux services.

L'objet de ce mémoire est donc de se focaliser sur l'existant pour l'améliorer, et ce de façon « endogène » : l'approche adoptée s'intéressera ainsi aux modalités **d'organisation du travail** des acteurs et à leur coordination.

Ce mémoire va s'attacher à savoir **comment mieux gérer la complexité de la coordination des acteurs de l'hôpital pour améliorer la prise en charge du patient, et ce en appliquant des méthodes de gestion des flux et d'analyse de la valeur.**

Ce thème sera illustré dans le cas de la prise en charge aux urgences.

1.1.1. D'abord une volonté d'optimiser la prise en charge du patient

1.1.1.1. Se centrer sur le **patient**

Le choix de se centrer sur le patient m'apparaît essentiel car :

- c'est la mission de l'hôpital ;
- c'est le seul moyen de fédérer les acteurs de l'hôpital autour d'un même but ;
- les flux de patients sont peu étudiés par rapport aux flux de matière (tels que les approvisionnements de dispositifs médicaux et hôteliers). De plus, les études existantes sur les flux de patients sont souvent menées par le personnel soignant ou médical ; l'optimisation qui en résulte est donc effectuée du point de vue du service auquel appartient le soignant et non dans une logique d'optimisation globale de l'hôpital, dont le Directeur d'Hôpital est garant.

1.1.1.2. Mais dans des limites raisonnables pour le personnel et l'hôpital

L'amélioration de la prise en charge du patient ne peut cependant se faire à n'importe quel prix. Ainsi il convient de trouver des pistes d'amélioration qui soient réalistes et durables, c'est-à-dire qui tiennent compte des contraintes financières et des limites en termes de ressources humaines notamment.

On s'attachera donc dans ce mémoire à trouver une conciliation raisonnable entre ces différentes parties prenantes (patient, personnel, hôpital), ce que permet notamment l'analyse de la valeur.

1.1.2. Ensuite le constat terrain : une meilleure coordination des acteurs est une façon d'optimiser la prise en charge du patient, tout en créant aussi de la valeur pour le personnel et l'hôpital

1.1.2.1. Une mauvaise coordination détruit de la valeur pour le patient, le personnel et l'hôpital.

Mon premier stage hospitalier à l'HEGP m'a montré qu'il y avait des marges d'optimisation concernant les flux générés par la prise en charge du patient, leur mauvaise coordination étant source de nombreux mécontentements.

Ainsi, j'ai pu constater que les services de soins critiquaient la prestation des brancardiers, qui n'étaient pas suffisamment ponctuels. Cependant, outre un effectif insuffisant et une organisation interne au brancardage pouvant expliquer en partie cette situation, il s'agissait d'un problème de coordination avec les services de soins, qui ne commandaient pas dans des délais raisonnables le transport d'un malade ou n'avaient pas préparé le malade à temps pour qu'il puisse être transporté en temps et en heure par le brancardier. Cette situation était source de tensions entre les services de soin et le brancardage, du fait du sentiment de chacun des protagonistes que ses contraintes n'étaient pas prises en compte par l'autre. Ce malaise s'est même traduit dans une grève des brancardiers.

De même, en biologie, un retard dans le rendu des résultats biologiques était pointé par les services de soins. Or, ceci résultait en partie d'un problème de coordination des services de soin et de la biologie. En effet, seule une bonne articulation du travail, se traduisant

par des contraintes réciproques (étalement des prélèvements effectués par les services de soin pour lisser la charge de travail des laboratoires contre rendu rapide des résultats par ces derniers) permet la satisfaction des deux services et une prestation au malade de qualité.

1.1.2.2. D'où la volonté d'améliorer la **coordination**, notamment **temporelle**

Dès lors, une meilleure coordination des acteurs s'avère nécessaire pour améliorer la prise en charge du patient.

Pour traiter le thème de mon mémoire, deux hypothèses ont été retenues.

1^{ère} hypothèse de recherche : La coordination des acteurs permet de créer de la valeur pour les parties prenantes (patient, personnel, hôpital).

2^{ème} hypothèse de recherche : Il est possible d'évaluer la coordination des acteurs via la mesure du facteur temps.

En effet, même si le *contenu* des échanges entre acteurs qui se coordonnent doit être de qualité et adapté au but qu'ils poursuivent, la coordination **temporelle** de ceux-ci est une condition nécessaire et minimale à toute coopération.

Elle permet que les acteurs interviennent dans l'étape du processus de prise en charge où leur présence est requise (même si cela ne préjuge pas de la qualité de leur intervention) et non dans une étape ultérieure du processus de prise en charge, comme c'est souvent le cas.

Ainsi, au SAU, le senior doit, selon les textes, voir le malade dès son arrivée aux urgences. Néanmoins, par manque de médecin senior, il n'en a pas toujours la possibilité dans des délais raisonnables, si bien que les acteurs (dont les internes) entraînent le patient dans l'étape suivante de prise en charge, le senior venant donner son avis, aux étapes de première évaluation clinique ou de diagnostic, voire pas du tout, selon sa disponibilité et la gravité et la singularité du cas.

Dans le cas où la présence d'un acteur est absolument nécessaire, la mauvaise coordination temporelle **allonge le processus de prise en charge**, les autres acteurs impliqués attendant l'acteur qui est en retard.

Ainsi, lorsque le médecin a prescrit les examens biologiques, les prélèvements ne sont pas effectués donc envoyés au laboratoire, tant qu'une infirmière n'est pas disponible. Si bien qu'il n'est pas possible que le patient passe à l'étape de diagnostic final, qui nécessite le retour des examens complémentaires.

Or cette coordination temporelle implique une optimisation des **flux**, c'est-à-dire une approche **logistique** (cf. définition plus loin au chapitre 2.2.).

1.2. JUSTIFICATION ET ACTUALITE DU THEME

1.2.1. Intérêt du thème par rapport au terrain de stage (HEGP)

Le choix du thème de mon mémoire est **conforme aux préoccupations de l'HEGP**, générales et plus conjoncturelles.

1.2.1.1. La coordination est délicate dans le cadre d'un hôpital en ouverture

Mon stage hospitalier s'effectue à l'HEGP, hôpital neuf, dont l'organisation des services était donc à mettre en place. Partir de zéro dans une organisation a été à l'origine de difficultés quotidiennes.

Ce contexte a fourni une illustration frappante de la nécessité qu'a tout hôpital d'assurer une bonne coordination entre les différents acteurs. Celle-ci permet en effet d'assurer une prestation de qualité à l'utilisateur, évite les tâches redondantes, les pertes d'énergie et la mauvaise ambiance, qui résultent généralement d'une organisation insuffisante au niveau global.

Une démarche de coordination des flux (logistiques) est donc utile à l'HEGP.

1.2.1.2. Le thème du mémoire est en phase avec le projet de l'HEGP

Le but de cette coordination, qui est de créer de la valeur, analysée comme satisfaction de l'utilisateur apparaît en phase avec le projet de l'HEGP, qui a placé l'utilisateur au cœur de sa conception et de son organisation. Dans ce but, l'HEGP a élaboré notamment une matrice organisationnelle basée sur la classification des flux en fonction des catégories de prise en charge des patients (hôpital de jour, urgence, hospitalisation classique), auxquels correspondent des réponses différentes.

La coordination des acteurs pour satisfaire le patient se traduit par ailleurs par la mise en place d'un pôle entreprise de service, regroupant plusieurs prestations de service, comme l'hôtellerie, les archives, les approvisionnements, les services techniques, l'accueil, les secrétariats médicaux, le standard. En externe, celui-ci s'engage auprès du client sur un niveau de prestation. En interne, ce pôle vise à coordonner les prestations de service concernées selon une logique globale de satisfaction de l'utilisateur, et à créer une entité

logistique, au même titre que les pôles de soins, susceptible de faire entendre ses contraintes spécifiques.

En outre, la notion de Contrats client-fournisseur internes a été initiée à l'HEGP, traduisant un engagement quasi contractuel des services logistiques (fournisseurs) envers les services de soins (clients), qui permettent de gérer une interface entre acteurs.

En outre, l'HEGP a investi dans un logiciel (WITNESS), qui a permis de planifier les flux au SAU, en tenant compte des contraintes de ressources pour répondre au mieux aux objectifs que le service et l'hôpital s'était fixés. On retrouve donc l'idée d'analyse de la valeur, puisqu'il s'agit d'optimiser le résultat atteint par le service, avec les ressources disponibles.

1.2.1.3. Le thème du mémoire s'inscrit dans le cadre de dossiers actuels à l'HEGP

La démarche d'accréditation qui est engagée à l'HEGP se prête à une réflexion globale sur les processus, dans le sens de la qualité pour l'utilisateur.

Par ailleurs, la logique de coordination par la contractualisation, qui fait partie du projet de l'HEGP, est réactualisée par la contractualisation interne, via les contrats d'objectifs et de moyens, que le siège de l'AP-HP incite à tester dans des hôpitaux pilotes, dont l'HEGP, avec son organisation en pôles, fait partie.

Concrètement, outre le besoin général d'améliorer la coordination dans le contexte d'ouverture décrit ci-dessus, s'est greffé un problème plus spécifique, quoique classique au niveau du SAU.

La volonté de la direction et du SAU était de gérer au mieux l'aval, notamment pendant la période d'été, où les autres structures sanitaires du secteur réalisent des fermetures de lits importantes et où des travaux dans l'hôpital ont entraîné des fermetures de lits d'aval plus importantes que l'année précédente.

La coordination au sein de l'hôpital entre les services d'aval et le SAU est apparue difficile, lors des réunions que la direction a décidé d'instaurer toutes les semaines pendant la période estivale, pour gérer le personnel du SAU et des services d'aval et les capacités d'aval. Les réunions regroupaient la direction, la DSI, le SAU, les assistantes sociales (pour la gestion de l'aval) et parfois, les services d'aval (médecine interne, gériatrie, oncologie...).

La coopération avec les structures sanitaires d'aval s'est également montrée incertaine, le suivi des conventions existantes pouvant être affiné (mise en place d'outils de recueil

d'informations sur la sortie des patients du SAU...), et le développement de conventions, notamment avec les structures accueillant des personnes âgées pouvant être développées.

Il a donc paru pertinent d'appliquer ma démarche de coordination et de gestion des flux et d'analyse de la valeur à la prise en charge au SAU et d'en déduire des éléments pour la contractualisation avec les services et les structures d'aval, en relations et en interface avec le processus de prise en charge.

1.2.2. Intérêt du thème par rapport au métier de Directeur d'Hôpital

Ce thème me semble utile dans l'optique de mes futures fonctions pour plusieurs raisons :

- Une réflexion sur l'organisation de l'hôpital est intéressante car le directeur est responsable juridiquement de la bonne organisation de son hôpital, celui-là pouvant se voir mis en cause en cas d'accident, du fait d'une mauvaise organisation de l'établissement.
- Une réflexion autour de l'articulation des diverses prestations de service est par ailleurs conforme à la mission du directeur, qui consiste à veiller à ce qu'une vision globale, transversale et cohérente se développe au sein de son établissement. Le directeur s'assure ainsi notamment que les préoccupations du DSI (représentant les services de soins) et celles de la Direction de la logistique (représentant les services logistiques) soient conciliées.
- Penser la prestation de service à l'utilisateur en termes de création de valeur, conçue comme la satisfaction de celui-ci, est bien conforme à la mission d'un directeur, consistant à aider les acteurs à dépasser leur logique propre. En effet, une approche centrée sur le patient permet de fédérer autour de la mission de service public de l'hôpital.
- L'approche de la prestation de service en termes de valeur a enfin une double dimension, qui se rapporte aux préoccupations d'un directeur d'hôpital :
- Tout d'abord, le directeur étant représentant de l'hôpital par rapport à l'extérieur, il est normal qu'il se soucie de la valeur créée par son institution pour la société.
- En second lieu, la logique de création de valeur pour l'hôpital est intéressante pour un directeur, dans un contexte de ressources rares.
- La comparaison valeur créée / coût engagé devrait permettre de prendre des décisions stratégiques et de choisir éventuellement le positionnement des activités de l'hôpital dans un contexte concurrentiel.

- L'approche par l'analyse de la valeur et la gestion des flux, méthodes retenues dans ce mémoire, permet de réintroduire une préoccupation organisationnelle, qui est peu présente dans les hôpitaux. En effet, la formation des médecins, après la seconde guerre mondiale, a suivi le développement de la recherche médicale et celui des nouvelles technologies. "Il s'est développé, ces cinquante dernières années, une véritable croyance en l'efficacité de l'hôpital qui est le reflet et se nourrit de la technicisation constante de la médecine"¹. Cette focalisation a eu des impacts sur l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital, qui ont été délaissés au profit des performances techniques. Le directeur d'hôpital peut faire en sorte d'aborder les problèmes sous un angle organisationnel.
- L'approche en termes de gestion des flux et donc en termes de délais permet d'agir sur la *Durée Moyenne de Séjour*. Par ailleurs, l'optimisation des flux par l'analyse de la valeur garantit que cette optimisation (réduction de la ressource temps) est acceptable pour les parties prenantes (patient, en termes de résultat de *qualité* des soins ; institution, en termes de *coût* engagé pour obtenir cette amélioration et personnel, en termes de conditions de travail).

2. MÉTHODES DE COORDINATION - D'OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Partant de mon objectif (optimiser la prise en charge du patient, qui correspond à la mission fondamentale de l'hôpital), et du constat terrain, qui m'a suggéré une hypothèse de recherche (la coordination des acteurs autour du patient permet d'améliorer la prise en charge du patient et de créer de la valeur pour le patient, le personnel et l'institution), j'ai porté un regard sur le monde hospitalier, influencé par ma formation antérieure :

Il m'a frappé combien tout le fonctionnement de l'hôpital est sous tendu par des **flux**, de patients, de personnel, et d'information, d'où l'approche **logistique**.

Il m'a semblé que dans le cadre d'une optimisation, il était bon de chercher à obtenir le meilleur résultat, sous contraintes de ressources. D'où l'approche d'**analyse de la valeur**.

¹ Clément J-M, Réflexions pour l'hôpital, 1998

J'ai dès lors eu la volonté d'explorer si la transposition au monde hospitalier de ces méthodes appliquées dans les entreprises avait un intérêt.

Une part non négligeable de mon mémoire a consisté à vérifier la pertinence de cette approche, par la recherche de littérature sur le sujet, ou la rencontre de personnes qui appliquent ces concepts d'analyse de la valeur et de logistique - gestion des flux dans le secteur hospitalier.

Ceci est, entre autres, passé par un contact avec l'association française d'analyse de la valeur (Afav), dont certains membres travaillent étroitement avec le secteur de la santé (Jean-Pierre Grandhay, notamment), et avec la commission logistique hospitalière (présidé par François. Bisch).

Par ailleurs, si l'étude de la coordination des acteurs s'est faite sous un angle technique (gestion des flux, analyse de la valeur), elle a été complétée par des remarques sociologiques, car il convient de ne pas oublier les jeux d'acteurs, qui peuvent rendre une solution technique pertinente inefficace.

2.1. LA MODÉLISATION PROCESSUS, COMME PRÉALABLE À L'OPTIMISATION

La modélisation processus et l'analyse fonctionnelle sont un préalable à l'application des méthodes de gestion des flux (logistique) et d'analyse de la valeur.

2.1.1. Qu'est ce qu'un processus ?

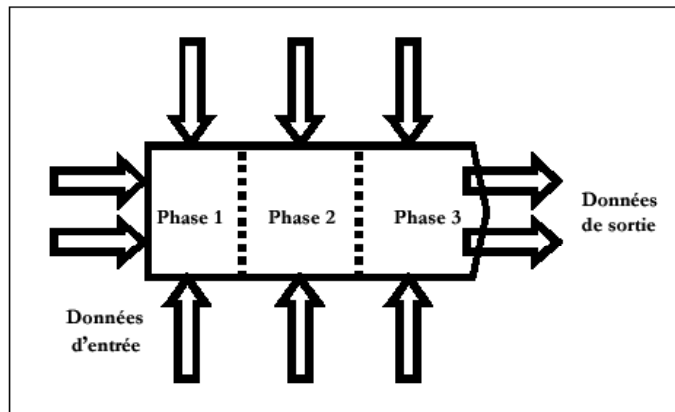
Un processus est un ensemble de **ressources** et un enchaînement d'**activités** liées qui transforment des éléments entrant en éléments sortant dans un environnement donné : une sorte de « boîte noire » qui a une **finalité** (les données de sortie) et qui pour atteindre cette finalité utilise des éléments extérieurs (données d'entrée) et les transforme (en leur donnant une **valeur ajoutée**) par du travail et des outils (activités et ressources).

Pour l'Organisateur (ou l'Ingénieur en Organisation), un processus produit un **résultat** (bien ou service) ayant une **valeur** pour un *client* (interne ou externe).

Pour l'Afnor, il s'agit d'un système d'activités qui utilise des ressources pour transformer des éléments d'entrée en éléments de sortie.

En Qualité totale, un processus est une succession de tâches réalisées à l'aide de moyens tels que le personnel, les équipements, le matériel, les informations, les procédures.

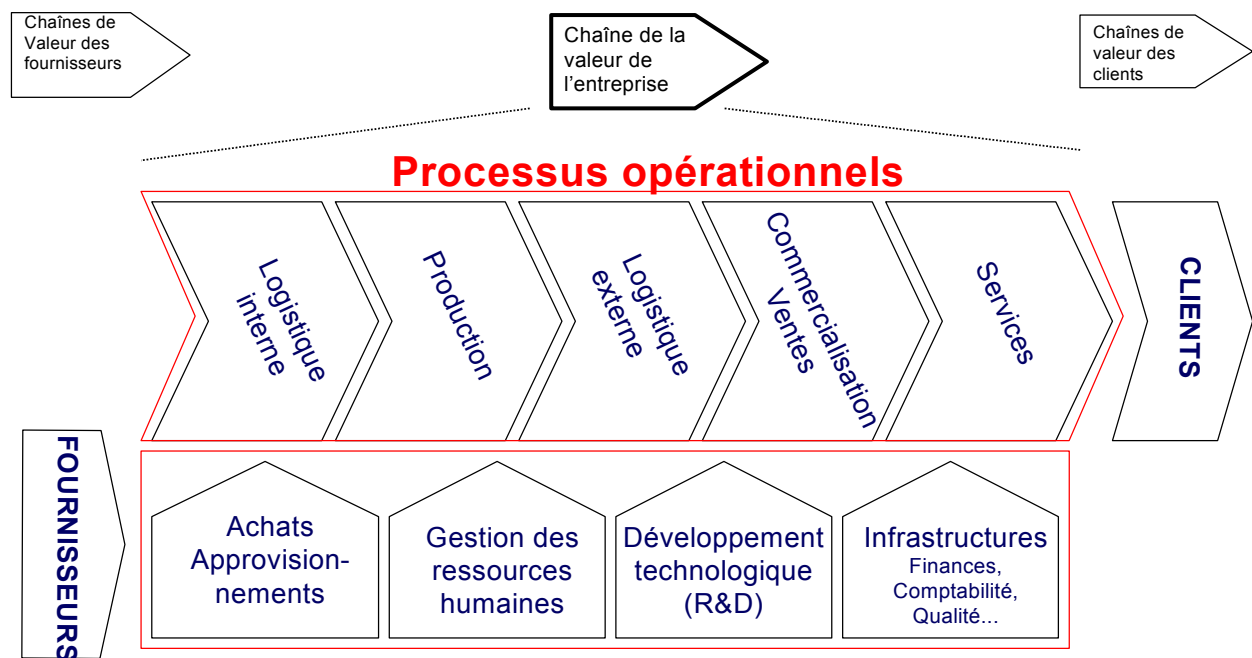
Le résultat final escompté est un produit. Il présuppose : des entrées mesurables, une valeur ajoutée, des sorties mesurables, la possibilité de réitération.



L'approche processus permet d'identifier et d'évaluer les **activités** qui composent la prise en charge du patient et de proposer des améliorations.

2.1.2. La cartographie et l'interface des processus

Outre les « processus de production » d'une organisation, qui permettent d'assurer la conformité des produits fabriqués, d'autres processus ont une incidence sur la satisfaction du client, comme la logistique ou l'accueil. Tous les processus d'une organisation n'ont donc pas la même importance. Certaines activités ont une incidence forte sur la satisfaction du client et d'autres peuvent être moins influentes.

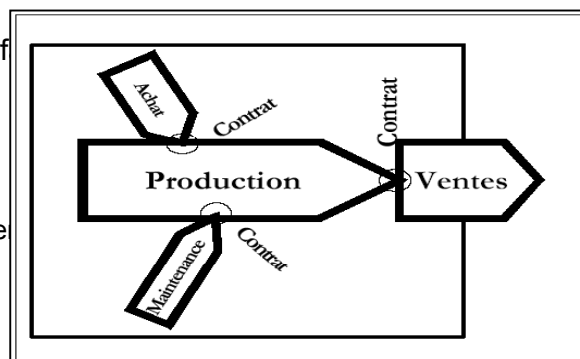


Source : Cabinet de conseil Mega international

En particulier ; il est intéressant d'étudier les **interfaces** entre les processus, celles entre les fonctions et celles entre les services, car elles sont souvent des zones sensibles où les responsabilités sont mal définies.

Une cartographie des processus d'une organisation est un plan qui identifie les processus (les rouages de la mécanique) et les interfaces (les points de contact entre les rouages) afin de montrer les liens opérationnels entre les données d'entrée et les données de sortie.

Des contrats d'interf



Marie-Cathe

ont utiles.

anté Publique - 2002

Il convient de préciser la finalité d'un processus, puis de mettre en place une mesure de performance par des indicateurs.

Par contre, il n'existe pas de règle quant au niveau de précision dans la description à adopter.

Chaque activité d'un processus peut en effet être décomposé en sous-processus, qui peuvent eux-mêmes être décomposés (**granularité**).

Ainsi, l'accueil au SAU, est une des activités du processus de prise en charge, mais elle peut elle-même constituer un processus, composé des éléments suivants : accueil, formalités administratives, tri par l'IAO.

Il convient donc de procéder par approches successives, et par zooms successifs jusqu'à ce que la précision permette une connaissance et une maîtrise suffisante de l'ensemble et en tenant compte des ressources disponibles pour l'étude. Il faut en effet éviter de tomber dans les excès de détails qui nuisent à la performance. Ce sont les indicateurs qui signaleront les points sensibles, où il convient de préciser des modes de fonctionnement insuffisamment précis. Dans notre cas, on pourra rentrer dans le détail du processus et le décomposer en sous processus s'il semble être à l'origine de retards.

2.1.3. La modélisation processus permet d'appliquer les méthodes de gestion des flux et d'analyse de la valeur

2.1.3.1. Processus et flux

L'évaluation du fonctionnement des **flux** nécessite dans un premier temps l'identification des différents **processus** mis en œuvre et des événements qui régissent leur interdépendance.

Un Processus est l'ensemble des **Activités** produisant un produit à valeur ajoutée pour un client. Ces activités concourent à réaliser une partie du métier de l'entreprise, elles sont sollicitées par des événements et produisent des résultats (i.e. génèrent des flux).

Il convient alors d'identifier les flux circulant à l'intérieur de l'organisation ou échangé entre celle-ci et son environnement. Les flux peuvent être :

- Financiers :
Ils sont souvent dématérialisés par un flux d'information.
- De matières :
Ces flux structurent souvent le processus. Ils sont porteurs généralement d'un flux

d'information les décrivant (ex : bon de livraison) et parfois doublés de flux d'information les précédant (ex : avis de livraison).

- D'informations :
Ils constituent l'essentiel des messages.

2.1.3.2. Processus et analyse de la valeur

Les **processus** décrivent la **chaîne de valeur** de l'entreprise, puisqu'un processus produit un résultat (*bien ou service*) ayant une valeur pour un client (*interne ou externe*).

2.2. LA GESTION DES FLUX OU LOGISTIQUE

La gestion de flux est très liée à la gestion du temps : le temps que met la matière, l'information, ou les personnes pour parcourir un processus donné. Cette méthode est donc particulièrement pertinente pour aborder le sujet de ce mémoire qui se centre sur la **coordination** temporelle des acteurs autour du patient.

L'approche par les flux qui traversent les processus identifiés précédemment fournit dès lors des méthodes de gestion des flux qui sont liés à la prise en charge du patient.

Mais il convient tout d'abord, si l'on veut favoriser l'ouverture de l'hôpital à des pratiques de gestion existant dans des organisations non hospitalières, de s'arrêter sur quelques précisions sémantiques, concernant le mot logistique.

2.2.1. La logistique dans les entreprises : une notion large, correspondant à la gestion des flux

La notion de **logistique** telle qu'elle est appliquée dans les entreprises est née au niveau du processus de production dans le secteur industriel. Elle renvoie à la notion de gestion des flux. Cette approche a ensuite été adaptée aux activités de service.

La logistique peut ainsi se définir comme "la technologie de la maîtrise de la circulation des flux physiques par les flux d'information"². Visant à la maîtrise de l'ensemble des flux physiques (depuis les matières premières jusqu'au recyclage des produits en fin de vie), par une participation active de tous les acteurs, la logistique dans l'industrie s'est enrichie, si bien qu'elle a dépassé la simple notion de distribution.

² Colin, J. (1996), "La logistique : histoire et perspectives", Colloque Arfilog, Mars.

Dans les activités de service, la notion de logistique peut être adaptée, et comprend alors deux aspects, comme l'a mis en évidence Mathe³ dans ses travaux :

- D'une part, une **logistique « classique »** centrée sur la gestion des flux de **matières premières** nécessaires à la délivrance du service; son objectif étant de livrer le bon produit au bon moment, au bon endroit et avec une bonne qualité, tout en limitant les coûts.
- Et d'autre part, une **logistique des services** (de régulation de la production ou logistique de réaction), l'idée étant de gérer des flux de **clients** par une action simultanée sur la demande et les capacités, avec pour objectif d'arbitrer entre le temps d'attente des clients et l'optimisation des capacités.

2.2.2. La logistique à l'hôpital aujourd'hui : une vision restreinte à l'intendance

Le terme de « logistique » en univers hospitalier renvoie à une mission d'intendance (restauration, lingerie...), ce qui correspond à une conception tronquée de la logistique, par rapport à ce qu'elle représente dans les entreprises (comme on vient de le voir).

Comme le note N. Sampieri⁴, « la presse professionnelle laisse deviner, tout comme parfois dans l'industrie, que la logistique se limite à cette mission d'intendance. Toutefois, notre objectif est d'enrichir cette vision de la logistique ; il nous importe d'analyser ses réelles fonctions, quelles que soient les terminologies employées. Il faut donc compléter le champ de ce concept à la gestion des autres flux ».⁵

2.2.3. La gestion des flux à l'hôpital : pour une application plus large des méthodes logistique

L'hôpital est un lieu de production (de service), et comme tel, peut être appréhendé à partir des flux qui permettent d'assurer la production du service, qui est de soigner les patients.

Ces flux sont divers : il s'agit de flux de personnes (personnel et patients), de matières (médicaments, autres matériels médicaux, biens de restauration, produits ménagers,

³ Mathe, H. et P. Smith (1992) « La logistique des services », Revue Arts et Manufactures, Centraliens (n°433), Janvier, p.20-23

⁴ Sampieri N. Cf. Bibliographie

⁵ Idem

linge...), financiers, mais aussi d'informations (puisque nous sommes dans une organisation produisant un service).

Pour transposer la définition de la logistique donnée plus haut, la logistique appliquée à l'hôpital pourrait alors se définir comme la technologie de la maîtrise des flux physiques (hôtelières, de médicaments, d'autres matériels médicaux, de patients et de personnels) par les flux d'informations (médicaux et administratifs). On retrouve une démarche globale et transversale aux fonctions de l'hôpital, et à l'ensemble de ses partenaires, qui favorise le décloisonnement et la coopération.

Pour aller plus loin, il faut adapter la logistique dans le secteur des services à l'hôpital, activité de service spécifique, en **distinguant la logistique traditionnelle (gestion des flux physiques, i.e. des flux de "matières premières" servant directement et indirectement à la production du service) de la logistique de service (pilotage des trajectoires de patients).**

En d'autres mots, si l'on adopte une vision très large de la logistique, on peut distinguer **deux grands types de flux** : les flux **physiques** et les trajectoires de **patients** (considérées comme un type particulier de flux). Bien entendu, il faudra inclure les flux d'informations qui leur sont reliés.

Les flux physiques (« matières premières ») englobent les médicaments, les dispositifs médicaux, les biens de restauration, les produits ménagers, le linge, etc.

Les trajectoires de patients font référence, quant à elles, à l'ensemble des déplacements qu'effectuent les patients depuis leur entrée jusqu'à leur sortie de l'hôpital.

C'est ce flux de patients, qui suit le processus de prise en charge que j'ai choisi d'étudier, sans pour autant négliger les interfaces existant entre ce flux et les autres flux de l'organisation.

2.2.4. Quelques notions de gestion des flux / logistique

2.2.4.1. Les différents degrés de raffinement de la logistique

2.2.4.1.1. Les flux physiques

Concernant la logistique des flux physiques, N. Sampieri⁶ met en évidence 5 phases de développement potentiel de la logistique à l'hôpital :

⁶ Cf. Bibliographie

- La **logistique embryonnaire** comprenant la logistique d'**intendance** (restauration, blanchisserie, nettoyage, chaufferie, ateliers...) et la logistique de distribution (médicaments et autres matériels médicaux), est basée sur le principe de gestion en **flux poussés**. Les commandes de produits sont basées sur un historique, de manière presque automatique. Il s'agit surtout de **gestion de commandes ou d'approvisionnements**.
- La **logistique intégrée** au sein de l'hôpital suppose une gestion en **flux tirés**, le niveau des stocks étant ajusté en fonction des consommations réelles. « La logistique s'élargit [...] au reste de l'organisation, visant la coordination des flux entre les achats (services économiques et pharmacie), les services de soins et de diagnostic (laboratoires et imagerie) et la distribution (magasins centraux) ⁷ ».

*Une telle logique est appliquée à l'HEGP, via le système **plein vide** notamment : chaque produit est rangé dans un casier comprenant deux compartiments, le réapprovisionnement étant lancé pour cette référence lorsque l'un des deux compartiments est vide. Cette nécessité de réapprovisionner est signalée de manière visuelle par une étiquette (portant la référence du produit) qui est sortie du casier de rangement pour être mise en évidence. Cette organisation s'inspire d'une méthode classique issue du secteur industriel, dénommée **Kanban**.*

- Le **soutien logistique intégré (SLI)** permet d'aller plus loin dans l'intégration de la logistique aux autres fonctions de l'hôpital, en la prenant en compte par exemple dès la conception du service (afin de faciliter la circulation de flux) et des méthodes de travail. Ce type de logistique est cependant encore peu appliqué à l'hôpital.

Ces considérations logistiques ont été prises en compte à l'HEGP dès la construction des nouveaux bâtiments. Ainsi, le 1^{er} étage regroupe les urgences, la réanimation et les blocs opératoires, une salle de radiologie dédiée aux urgences, car les flux de patients entre ces services sont importants. Cette même logique a présidé à l'organisation du plateau technique de biologie, pour la biologie de routine : en effet, l'aire de réception des tubes (AGEB) et les laboratoires représentant les plus flux de tubes les plus importants quantitativement (hématologie, biochimie) ont été placés dans la même zone.

⁷ Sampieri N.

- **L'éco-logistique** concerne le retrait des produits usagés (recyclage, déchets contaminés...), auquel il est bon d'adjoindre une éventuelle réponse architecturale ou organisationnelle.
- Enfin, la logistique de type « chaîne d'approvisionnement » (en anglais : « **supply chain** ») élargit l'intégration aux structures extérieures qui interviennent dans la chaîne logistique, comme les sous-traitants (notamment ceux assurant des missions d'intendance) et les structures sanitaires coopératrices (médecine ambulatoire, communauté d'établissements).

2.2.4.1.2. Les flux de patients

Concernant les flux de patients, qui sont les flux sur lesquels j'ai décidé de me centrer, on peut distinguer trois développements possibles de la logistique :

- Le **pilotage segmenté** de la trajectoire des patients gère les patients au fur et à mesure de leur arrivée (sauf urgence), sans réellement tenter d'agir sur leur temps d'attente. C'est au patient de s'adapter à la structure existante, et de se prendre en charge pour se diriger dans l'établissement, en raison du cloisonnement existant au sein du service de soins, mais aussi entre services de soins, et entre services de soins et d'autres types de services dans l'hôpital (médico-techniques, bureau des entrées...).

Ce type de pilotage est à l'origine d'un temps d'attente important (« **goulets d'étranglement** ») dans divers lieux de l'hôpital (accueil, imagerie médicale...) et par un nombre de déplacements élevé (erreurs d'orientation des patients, de coordination des services....).

J'ai pu constater sur le terrain que cela était fréquemment vérifié : ainsi, au sein du SAU, la mauvaise coordination entre la borne d'accueil de l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO), le POMA et la zone d'examen a compliqué le circuit patient, avec pour conséquence une perte de temps significative. On peut citer le cas d'un patient qui s'est présenté à l'accueil alors que l'AS d'accueil était en train de traiter l'enregistrement d'un autre patient. Par principe, il dit bonjour à tous les patients dès leur arrivée et cherchant à lui éviter d'attendre, l'a envoyé effectuer l'enregistrement administratif au POMA, pendant que lui-même poursuivait la tâche entamée. Le patient est ensuite revenu à la borne d'accueil, où l'AS, qui était en train de traiter le cas d'un autre patient, l'a envoyé dans la zone d'examen, pensant qu'il avait déjà la feuille de liaison nécessaire. Le patient a patienté là, avant d'être pris en

charge dans la zone des boxes, le personnel soignant réalisant alors que le patient n'était pas enregistré. Il a alors fallu à celui-ci, revenir à la borne d'accueil, accompagné par un soignant.

Concernant les trajectoires de patients, les indicateurs visent principalement à mesurer l'adéquation entre le flux et les capacités. Il s'agit par exemple des délais d'attente des patients à différents endroits de l'hôpital, ainsi que du taux d'occupation du service et de la durée moyenne de séjour (qui informent sur l'utilisation des capacités), auxquels s'ajoutent des indicateurs de satisfaction.

Cette gestion primaire des flux de patients entraîne une moindre qualité des soins, mais aussi des dysfonctionnements de l'ensemble du système (effet « boule de neige ») et une utilisation irrégulière des capacités (surcoûts, frustration du personnel, perte de temps lors des pics d'activité...).

Ces dysfonctionnements conduisent à une remise en question des méthodes de travail et des moyens de coordination et de communication pour réduire puis supprimer les points de rupture de la trajectoire des patients.

A l'hôpital Cochin, le logiciel URQUAL permet une gestion efficace des flux en interne du service, tous les acteurs du SAU pouvant visualiser simultanément la position de tous les malades au sein du service sur l'écran, avec une représentation en couleur de la gravité de chacun. Néanmoins, il semble que la coordination avec l'extérieur et le reste de l'hôpital ne peut passer par ce logiciel.

- Le **pilotage global** de la trajectoire des patients se base sur une vision cohérente de l'ensemble des déplacements de chaque patient, à l'intérieur d'un même hôpital et entre structures de soins. Il peut s'agir d'une logistique statique, qui s'intéresse à l'infrastructure pour canaliser les flux ou d'une logistique dynamique, qui passe directement par la gestion des flux et l'articulation entre la demande et les capacités. Un système de réservation, une programmation journalière des capacités (ex : imagerie), une simplification des formalités d'admission, une anticipation des examens à réaliser en fonction de la pathologie du patient peuvent fluidifier les flux.

Le système d'information joue alors un rôle important.

L'HEGP a fait en sorte de faciliter les échanges d'information, via le système d'information partagé et interconnecté (logiciels d'admission, de prise de RV, dossier patient, plateaux techniques...). Par ailleurs, il a été fait en sorte que les Pôles Médicaux Administratifs (POMA) rapprochent les personnels,

physiquement (secrétaire médicale, agents du bureau des entrées), ce qui limite les déplacements des patients d'un professionnel à l'autre.

La gestion des informations est donc intégrée au sein de l'hôpital et à terme, doit permettre un échange d'informations avec les structures sanitaires liées à l'hôpital, au sein d'un réseau notamment.

Des résistances sont néanmoins suscitées par la mise en oeuvre d'une telle logique logistique car cela suppose un changement de pratiques (informatisation) et une importante coopération entre services de soins, comme l'illustre l'expérience menée au sein du CHU de Montpellier qui a largement appliqué cette méthode de gestion des flux de patients.

- Enfin, le stade ultime de développement correspond à une disparition quasi totale du concept de trajectoire des patients ; on parle de **prise en charge complète du patient**. Ce n'est plus le malade qui s'adapte à la structure, mais l'inverse. Les déplacements sont réduits au strict minimum : tout se fait au chevet du malade (radiographies, prélèvements, soins...). Ceci est permis par une organisation très souple (petites équipes polyvalentes), ce qui permet de personnaliser le service au maximum.

2.2.5. Les caractéristiques des techniques logistiques

On peut mettre en évidence des indices du raffinement atteint par les pratiques logistiques hospitalières, en étudiant le **mode de régulation des flux**, la **répartition des tâches logistiques** et la **nature du processus de coordination**, comme le suggère N. Sampieri⁸.

Avant d'aborder ces points, il convient de s'intéresser, dans la cartographie des processus, au mode d'articulation des flux.

2.2.5.1. Travailler en série ou en parallèle

L'organisation du travail au sein d'un processus peut reposer sur des activités qui fonctionnent en série (i.e. une activité après l'autre) ou en parallèle (i.e. une activité en même temps qu'une autre)⁹.

On comprend dès lors que cette considération a une influence sur la gestion des flux, et en particulier sur la gestion du temps de ce processus.

⁸ Cf. Bibliographie

⁹ Essex D. The Many Layers of Workflow Automation. *Healthcare Informatics*, June 2000, p 128-135

A l'hôpital Cochin, la réalisation des soins pour un patient par l'infirmière se fait en série : elle effectue en effet l'ensemble des soins (prélèvements de biologie, pose de perfusion...) avant de passer à l'étape suivante du processus, qui est l'envoi des tubes au laboratoire de biologie. On voit ainsi la conséquence d'une telle organisation sur le temps de traitement des échantillons biologiques.

De même, à l'accueil des patients de l'HEGP, l'AS traite le cas de plusieurs patients en même temps, pour pouvoir accueillir les patients dès qu'ils arrivent.

2.2.5.2. Le mode de régulation des flux : poussés ou tirés

Concernant les flux **physiques**, dans le cas de flux **poussés**, on commande les produits non pas en fonction des consommations réelles, mais en fonction d'un historique, de manière quasiment automatique (listing ou demande d'approvisionnement à date fixe). Les stocks sont gérés par dotation ; on raisonne en taille de lots ou en quantités minimales à commander ; on se contente de faire de la gestion de commande ou d'approvisionnement.

Lorsque les flux sont **tirés**, on ajuste les niveaux de stockage en fonction des consommations réelles (on cherche à *tendre les flux* et à réduire les *stocks*).

Concernant les trajectoires de **patients**, on parle de trajectoires **poussées**, ou discontinues, dans le stade primaire de la logistique des flux patients : On s'occupe des patients au fur et à mesure de leur arrivée, sans réellement chercher à réduire leurs temps d'attente ; on ne prévoit pas leur admission à l'hôpital.

Dans le stade suivant de la logistique patient, il s'agit de trajectoires **tirées** (continues), la structure s'adaptant aux patients. On tente avant tout d'assurer la fluidité des trajectoires, en réduisant les temps d'attente et le nombre de déplacements.

2.2.5.3. La répartition des tâches logistiques : par des équipes dédiées ou par les utilisateurs

Pour ce qui est des flux **physiques**, ce sont généralement les services de soin qui passent les commandes, puis gèrent les marchandises dans leurs locaux (contrôle, rangement, gestion des stocks...) dans le premier stade de développement de la logistique.

Si la logistique est **intégrée**, elle combine une division opérationnelle, responsable des moyens logistiques, et un département fonctionnel chargé d'élaborer les méthodes, règles et procédures. Les services de soins sont donc chargés uniquement de déclencher les

commandes (en fonction de leurs consommations), les services logistiques s'occupent du reste, comme c'est le cas à l'HEGP. Le contrôle des réceptions peut se faire au choix par le service de soins ou les services logistiques.

Les trajectoires de **patients** connaissent la même distinction.

Quand la logistique est **fragmentée**, les trajectoires de patients, et les prélèvements associés, ne sont pas analysés et organisés conjointement entre les services de soin, le bureau des entrées, les plateaux techniques. Chacun cherche à équilibrer individuellement sa charge par rapport à ses capacités. Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas de coordination, mais plutôt que celle-ci est décalée dans le temps. Les tâches logistiques, c'est-à-dire la prise en charge du patient, son brancardage et la transmission de ses prélèvements et résultats, sont réparties de manière cloisonnée ; tout dépend de la disponibilité du personnel.

Dans le cas de la logistique **intégrée**, les trajectoires des patients ont été étudiées, et reposent sur une organisation mise en place spécifiquement pour réduire les temps d'attente (pool de brancardiers...). Les déplacements du personnel rendus nécessaires pour accompagner les patients ou pour transmettre les prélèvements (et chercher les résultats) sont organisés ; la plupart du temps, ils sont effectués par du personnel extérieur au service de soins.

2.2.5.4. La nature du processus de coordination : émergente ou délibérée

Pour ce qui est des flux **physiques**, lorsque la coordination est de type **émergente**, elle émerge de l'action. Les livraisons ne sont pas programmées de manière précise. Le système d'information et de communication est très peu développé. Il n'est pas une base de données commune aux services de soin et aux services logistiques, mais plutôt une circulation verticale de l'information. Les outils de communication utilisés sont souvent limités au support papier ou à la tradition orale.

En revanche, dans le cas d'une coordination de type **délibérée**, on a pensé et organisé un système d'information et de communication très sophistiqué (souvent informatisé). On programme les livraisons. On utilise des supports de communication plus sophistiqués pour passer les commandes, gérer les stocks...

On peut aller plus loin dans l'intégration de la logistique aux autres fonctions de l'hôpital, en la prenant en compte par exemple dès la conception du service (afin de faciliter la circulation de flux) et des méthodes de travail. Ce type de logistique est cependant encore peu appliqué sur le terrain hospitalier.

Concernant les trajectoires de **patients**, la coordination est de type **émergente** quand on ne programme pas ou peu les déplacements des patients vers les plateaux techniques (essentiellement l'imagerie médicale), et que l'on utilise des outils de communication traditionnels. Le système d'information et de communication est très peu développé et ne permet pas une mise en commun des informations.

Quand la coordination est de type **délibérée**, la prise de rendez-vous est plus précise. On utilise des outils de communications plus sophistiqués (informatique, code-barre,...), grâce à un système d'information et de communication performant.

2.3. L'ANALYSE DE LA VALEUR, COMME MOYEN D'OPTIMISER LES FLUX

Les flux peuvent être par ailleurs optimisés par une méthode d'analyse de la valeur, qui permet d'introduire un raisonnement tenant compte de la complexité du monde hospitalier, qu'il convient de prendre en compte.

Les constats terrain de cette complexité sont nombreux, et peuvent être rapportés à des théories générales :

2.3.1. L'hôpital est une organisation complexe

2.3.1.1. Les sources de la complexité hospitalière

Les constats de terrain sur la complexité de l'hôpital sont nombreux et quotidiens : multiplicité des missions, hiérarchisation, cloisonnement, diversité des métiers, hétérogénéité des équipements et des installations...

Les hôpitaux publics et en particulier les CHU sont des organisations complexes par nature.

Il faut distinguer la complexité de la complication : il est possible de comprendre ce qui est compliqué et il est alors possible d'en appréhender le fonctionnement en y consacrant temps et patience, ce qui n'est pas le cas d'une organisation complexe.

2.3.1.1.1. L'hôpital est une structure publique

Les hôpitaux publics, en tant que **structures publiques** possèdent certaines caractéristiques, qui contribuent à leur complexité, et qui sont parfois contradictoires avec les missions de santé. Ainsi, la mission de soins qu'assument les personnels hospitaliers entraîne une implication de leur part qu'on ne retrouve pas avec la même intensité dans les autres fonctions publiques.

Les caractéristiques en question concernent la tutelle de l'Etat, l'existence d'un organe délibérant, présidé par le maire, une réglementation budgétaire spécifique, la soumission au Code des Marchés Publics, un statut particulier des personnels. Ainsi, un C.H.U., qui, en tant que personne morale de Droit Public, est dotée de l'autonomie administrative et financière reste soumise au contrôle de l'Etat par le biais des Agences Régionales d'Hospitalisation, que ce soit sur des décisions internes d'importance, ou le développement des activités qui doivent s'inscrire dans le cadre de la carte sanitaire et du Schéma d'organisation sanitaire. Par ailleurs, une structure de soins, dont l'organe délibérant est présidé par un homme politique, peut entraîner des conflits d'intérêt.

Il est à noter que les médecins bénéficient d'un statut particulier d'agent public, et non de fonctionnaire, si bien qu'ils ne sont pas expressément soumis au pouvoir hiérarchique du directeur, contrairement aux autres personnels.

Enfin, le caractère d'Etablissement Public confère aux C.H.U. une organisation traditionnelle calquée sur les modèles classiques inspirés par Taylor et Fayol, avec souvent des organigrammes en râteau qui favorisent le cloisonnement.

2.3.1.1.2. L'hôpital est un établissement de santé

De plus, le fait d'être un établissement public de **santé** introduit d'autres éléments de complexité. L'éventail des professions est très large. Les nombreuses professions soignantes possèdent en effet une déontologie, une culture professionnelle et une organisation hiérarchique spécifiques. Aux professions typiquement hospitalières se rajoute en outre une panoplie d'autres métiers non directement rattachés à l'activité de soins (administratifs, techniques, informaticiens, etc.).

Les hôpitaux sont par ailleurs soumis à de nombreuses contraintes, qui complexifient les décisions. L'une des principales est l'exigence de sécurité sanitaire, renforcée par des affaires telles que celles du sang contaminé. D'autres contraintes sont héritées de l'histoire de l'hôpital et à son rôle social traditionnel, obligeant à accueillir les indigents. De même et de manière plus récente, le principe de continuité des soins, rappelé dans la notion de service public, est réaffirmé. Par ailleurs, la notion de responsabilité médicale qui pèse de plus en plus sur l'activité des soignants.

Enfin, l'activité de soins est intrinsèquement une activité complexe, spécifique à chaque malade, qui se différencie en cela d'une activité de production industrielle classique. Ceci rend difficile la mesure de l'activité, même si le Programme Médicalisé du Système d'Information (P.M.S.I.) a fourni des éléments. D'autre part, la difficulté de cerner le processus de soins dont la durée varie selon les cas et dont les différentes étapes sont en

interaction permanente. La spécificité de l'activité hospitalière est donc elle-même complexe et ne peut que renforcer le caractère complexe des organisations qui en ont la charge.

2.3.1.1.3. *Le cas particulier des CHU*

La complexité des **CHU** est encore plus grande, du fait des multiples *missions* qui leur sont dévolues: les soins, l'enseignement et la recherche. Celles-ci s'imbriquent et s'opposent parfois.

Ainsi, la nécessité d'enseigner aux internes recommande que ceux-ci soient mis en première ligne pour apprendre plus vite. Cependant, ceci peut aller à l'encontre de la mission de soins si cet enseignement n'est pas encadré et si les délégations ne sont pas réfléchies. C'est bien là l'enjeu de la réflexion sur la seniorisation des urgences qui a été initiée par le rapport Steg en 1993.

De même, concernant des propositions de recrutement de médecins universitaires par exemple, la pertinence hospitalière de l'affectation du médecin ne rencontre pas forcément les enjeux universitaires.

Enfin, les activités de recherche des médecins, si elles font avancer la médecine de demain, peuvent entrer en contradiction avec les soins à délivrer aujourd'hui. On trouve cette contradiction au niveau de la mission de proximité et de recherche des CHU, soulignée notamment par le rapport Capron¹⁰.

Ainsi, les médecins partagent leur activité entre la faculté de médecine et l'hôpital. Ce statut particulier se rajoute aux nombreux autres statuts différents au sein du personnel médical hospitalier, qui doit intégrer étudiants, internes, praticiens titulaires et non titulaires, etc. En outre, pour éviter la fuite de ce personnel, attiré par l'aspect lucratif du secteur privé, le législateur a permis aux médecins à plein temps d'exercer une activité libérale sous certaines conditions. On voit bien là comment l'activité même de soins exercée dans le cadre d'un organisme public connaît des dérogations qui en complexifie la nature première. Le problème de l'absence de contrainte de rentabilité s'en trouve même accru par le paradoxe posé par la coexistence d'activités privées et publiques au sein d'un même organisme. Enfin, le prestige de certains médecins de très haut niveau qui, par leur aura médiatique, arrivent à influencer certaines décisions internes par le biais de l'opinion publique.

2.3.1.1.4. *La taille importante des CHU*

¹⁰ Cf. Bibliographie

Enfin, la **taille** importante des CHU est facteur de complexité supplémentaire, puisqu'elle induit un phénomène bureaucratique, caractéristique des très grandes organisations.

2.3.1.2. L'hôpital est le théâtre de nombreux paradoxes

Les hôpitaux publics sont soumis à de nombreux paradoxes, que le directeur d'hôpital est chargé de gérer : court terme / long terme, terrain / théorie, local / global... Celui-ci doit savoir passer par les deux extrêmes, que constituent le passage par le terrain et la théorie.

Les hôpitaux publics se trouvent tout d'abord, de par la double configuration de leur structure générale, sans arrêt confrontés à la coexistence d'une régulation basée sur la règle et d'une sur le pouvoir (associé au paradoxe hiérarchie/démocratie), et à la coexistence en son sein d'une structure rigide (administrative) et d'une structure souple (professionnelle).

En effet, les organisations publiques hospitalières, qui sont des **bureaucraties professionnelles** au sens de Mintzberg¹¹, ont une structure avec trois grandes caractéristiques:

- une base fortement professionnalisée et spécialisée ;
- une partie logistique importante ;
- la coexistence de deux types de hiérarchies.

Les unités de support au sein d'un hôpital « peuvent être très hiérarchisées et paraissent constituer des enclaves de nature mécaniste à l'intérieur de la configuration professionnelle. C'est ainsi qu'il émerge fréquemment dans l'organisation professionnelle deux hiérarchies administratives parallèles et séparées, une démocratique et qui va du bas vers le haut pour les professionnels, une seconde de type mécaniste et qui va du sommet vers le bas pour les fonctions de support logistique ».

On retrouve à travers ces deux types de structures clairement établies le jeu du pouvoir et de la règle que connaissent toutes les administrations¹². Dans les bureaucraties professionnelles, il est relativement clairement établi au sens où l'une des deux structures de l'organisation, la structure professionnelle, axe son fonctionnement essentiellement sur des jeux de pouvoir, alors que l'autre, la structure administrative et logistique, possède un fonctionnement essentiellement axé sur les règles.

¹¹ Mintzberg H., Le management. Voyage au centre des organisations, 1990

¹² Friedberg E., Le pouvoir et la règle : dynamique de l'action organisée, 1993

La configuration administrative, de type mécaniste, est structurée par **fonctions** avec toutes les spécifications que cela implique (structure rigide, rationnelle, très hiérarchisée...).

La configuration professionnelle, de type démocratique, est structurée selon le schéma de division des structures par **activités**, constituées par les services. Cette configuration est donc en principe plus souple, réagissant relativement rapidement avec les évolutions de l'environnement.

Les hôpitaux publics sont par ailleurs soumis à d'autres paradoxes.

- Un paradoxe court terme / long terme : ainsi, tous les moyens doivent être mis en œuvre pour la satisfaction des patients, alors qu'à plus long terme, des impératifs de gestion financière doivent être pris en compte.
- A ceci s'ajoute le paradoxe global / local, la stratégie d'un service n'étant pas forcément la même que la stratégie de l'hôpital, ou ne portant pas obligatoirement sur les mêmes objets.

2.3.2. L'approche Système permet d'appréhender les organisations complexes

Un système est, d'après J.L. Lemoigne¹³, une entité identifiable (quelque chose), caractérisée par son **activité** (qui fait quelque chose), dotée d'une structure (architecture), évoluant dans le temps (dynamique), au sein d'un **environnement**, dans un but donné (**finalité**).

L'approche Système modélise un corps, en observant de l'extérieur ses composants et aboutit à un découpage en **sous-ensembles**.

De la **théorie des systèmes**, qui est un concept scientifique, qui se formule en termes mathématiques et physique (Bertalanfy, biologiste, *Le concept du système ouvert*. 1937 ; Wiener, mathématicien, *La cybernétique*, 1937 ; Shannon et Weaver, télécommunications, *La théorie de l'information*, 1949...), on est passé à la **systémique** qui se réfère aux aspects culturels d'une façon d'appréhender une réalité complexe, quel que soit le domaine.

En France, la systémique est surtout connue grâce aux ouvrages de J. de Rosnay, Le Moigne, E. Morin et J. Mèlèse.

Plus précisément, l'Analyse Systémique peut être définie comme « un ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisé en fonction d'une finalité » (J. de Rosnay, 1975,

¹³ La théorie du système général, 1977

Directeur du Développement et des Relations Internationales à la Cité des Sciences et de l'Industrie à Paris/La Vilette) ou « une totalité organisée faite d'éléments solidaires ne pouvant être définis que les uns par rapport aux autres en fonction de leur place dans cette totalité » (de Saussure).

En d'autres termes, **un système est un ensemble d'éléments qui sont reliés entre eux par un ensemble de relations, de façon à former un tout, qui est distinctement mais relativement isolé de l'environnement.**

La systémique est une méthodologie considérant qu'il existe dans tout système quatre secteurs : la structure, le système en lui-même, les réseaux et le champ d'évolution. Chacun de ces secteurs agit et réagit en interaction avec les autres secteurs et s'organise avec des niveaux de hiérarchie d'une complexité croissante.

- La **structure** constitue le premier élément qui commence à s'organiser avec des niveaux élémentaires de hiérarchie allant vers une complexité croissante.
- Le second secteur ou **système** en lui-même, est le lieu de production à travers lequel va transiter les flux d'entrée (par exemple les malades d'un hôpital). Par son action, ce système fabrique de l'ordre (à travers les soins) mais aussi de l'entropie ou énergie qui n'est plus disponible pour le système (la guérison). Pour l'hôpital, il se retrouve, par exemple, dans le système de fonctionnariat, la grille des plannings et des salaires.
- Le troisième élément est constitué d'un système de **réseaux**. Il y a d'abord tous les réseaux de communication internes et externe à l'Etablissement (télécommunications, journal d'hôpital, notes de service), et des communications plus ou moins verbales et formalisées (badges, logo, carte de visites, couleurs, l'amicale, etc.). En outre, il existe un autre réseau de communication, qui est constitué de boucles de rétroaction. La comparaison la plus simple d'une telle boucle nous est donnée par un thermostat qui renvoie au brûleur un "ordre" de mise en marche ou d'arrêt pour "obéir" au programme d'objectif mis dans sa mémoire. Cette boucle de rétroaction (feedback en anglais) maintient le système selon une régulation automatique afin de répondre aux objectifs.

Ainsi pour un établissement public, ce maintien par régulation s'effectue entre autres grâce aux évaluations régulières des agents, au retour d'information par des entretiens ou des réunions de travail; ce retour est donné également par un système efficace de traitement des réclamations des usagers qui remplit alors son but d'amélioration du service, ou par un système de boîte à suggestions ou d'enquête en

fin de séjour. L'environnement extérieur à l'hôpital et l'image qu'il renvoie de l'établissement est enfin un autre mode de feed back intéressant.

- Le quatrième et dernier élément d'une organisation étudiée à travers le prisme de l'analyse systémique est représenté par l'**environnement**, ce mot devant être interprété dans un sens très large et en concordance avec la nature de l'organisation en cause. C'est en quelque sorte la frontière entre le "**nous**" et le "**eux**". Il y a entre ces deux mondes des points de contact et de friction. C'est ici que se situent les véritables problèmes à long terme d'une organisation car cet environnement l'agresse en permanence, en conséquence de quoi le système tout entier va devoir s'adapter à cet environnement fluctuant.

Pour un établissement hospitalier, cet environnement se situe dans la population locale potentiellement malade, dans la concurrence avec les cliniques privées; dans les influences politiques; dans la relation souvent inconfortable avec l'autorité de tutelle, la DDASS, le C.A. qui obligent à composer donc à découvrir un compromis d'adaptation.

Le quatrième élément inclut également le schéma de la culture d'entreprise ou le projet d'établissement.

En résumé, l'approche système combine un point de vue organique (système, sous systèmes, composants), un point de vue finalité et fonctionnel (but, fonctions, architecture fonctionnelle) et un point de vue dynamique (comportements, régulation, évolutions).

C'est une façon d'appréhender les phénomènes **complexes** par l'étude des interdépendances et la recherche d'une **finalité** contextualisé (vis-à-vis d'utilisateurs et de **parties prenantes**), en vue d'assurer la gestion des **interactions** par adaptation mutuelle des fins et des moyens.

L'analyse système replace au niveau global et pluridisciplinaire l'étude des conflits (exigences, choix...). Elle propose des compromis argumentés (impacts, justifications) qui optimisent la qualité (performances, coûts et délais) du système, ses interactions avec l'environnement et son cycle de vie en tenant compte des risques.

Les théories classiques ont étudié des organisations sans hommes; l'approche systémique englobe la totalité des éléments du système étudié, tant du point le plus matériel que du point de vue des relations interpersonnelles des hommes qui le construisent, l'habitent et le font vivre, en tentant d'intégrer l'ensemble des différences qui peuvent toutefois exister.

2.3.3. Conséquences en termes d'objet d'étude

2.3.3.1. Optimiser les différents modes de prise en charge simultanément

Comme on vient de le voir, l'hôpital est un système. Les différents flux de prise en charge sont ainsi en interaction, de même que les acteurs de ce système.

Dès lors, ceci implique, pour faire une optimisation pertinente, de gérer les flux dans leur ensemble, car ils interagissent entre eux, du fait qu'ils utilisent des ressources communes (lits, plateaux techniques...), qui constituent autant d'**interfaces**.

Dans le cas contraire, on risquerait d'optimiser, de **créer de la valeur** pour l'un des modes de prise en charge au détriment de l'autre : il s'agit donc d'optimiser l'ensemble, plutôt que chaque élément séparément.

Ainsi, au plateau de biologie, le délai de rendu de résultat risquerait d'être rapide pour l'hôpital de jour et les urgences, qui sont des urgences vitales et organisationnelles, l'hospitalisation étant traitée en dernière priorité, au détriment de la Durée Moyenne de Séjour. Au total, pour l'établissement, une telle optimisation, i.e. une création de valeur pour l'hôpital de jour et les urgences (baisse de la ressource temps), menées de façon isolée, ne représenterait pas nécessairement une création de valeur au niveau de l'institution (gain net), étant donné la destruction de valeur que cela créerait au niveau de l'hospitalisation classique (augmentation de la ressource temps, éventuellement associée à une diminution du résultat).

On comprend alors la nécessité d'optimiser les différents types de **flux** patient / de **processus**, correspondant aux prises en charge, et non chacun séparément, afin de prendre en compte leurs interactions.

On pourrait ainsi étudier utilement les 3 modes de prise en charge qui modélisent l'essentiel des flux patient de l'hôpital, aux caractéristiques et contraintes diverses :

- **Aux urgences**

Le flux des patients y est en effet non programmable.

- **Dans le cadre d'un hôpital de jour**

Le flux des patients est programmé, mais le temps de prise en charge est normé. On sait généralement à l'avance quels acteurs interviennent dans la prise en charge et ils sont en nombre assez limité. La difficulté de gestion du flux est la contrainte temporelle forte qui pèse sur les acteurs, qui disposent de peu de marge pour chaque

étape du processus de prise en charge, celles-ci devant s'enchaîner à un rythme soutenu.

- **Dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle chirurgicale**

Dans ce mode de prise en charge, la difficulté de gestion des flux et de la coordination afférente vient, non pas de la contrainte temporelle entourant la prise en charge, même si la Durée Moyenne de Séjour est devenu un indicateur qui est suivi, mais de la diversité et du nombre d'acteurs sollicités. Ainsi, dans le cas d'une prise en charge chirurgicale, le patient passe en consultation préopératoire, au bloc, puis en salle de réveil, puis dans le service de chirurgie.

Dans ce mémoire, l'attention sera centrée sur un **mode de prise en charge (au SAU)**, avec une **attention portée sur les interfaces** qui existent entre ce processus de prise en charge et les autres, que ce soit au niveau de la recherche de lits avec l'hospitalisation traditionnelle ou au niveau des plateaux techniques, avec les autres modes de prise en charge.

2.3.4. Conséquences en termes de méthode d'optimisation : Approche Système incarnée dans l'analyse de la valeur

2.3.4.1. Optimiser en prenant en compte les différentes parties prenantes

Il faut éviter de créer de la valeur pour le patient sans que la solution préconisée ne soit vivable pour le personnel et viable les finances de l'hôpital. Dès lors, il s'agit d'optimiser en conciliant la valeur pour le patient, pour le personnel et pour l'institution, via l'approche système et sa manifestation au travers de l'analyse de la valeur.

2.3.4.2. Définition de la méthode d'analyse de la valeur

L'analyse de la valeur consiste à remettre en cause un produit existant, à partir de la redéfinition des besoins et de la recherche systématique du minimum de moyens nécessaires à la réponse de ces besoins.

2.3.4.2.1. Les principes et concepts de base de l'analyse de la valeur

Le souci de l'économie, le calage strict sur le besoin et le marché, **l'analyse fonctionnelle**, l'approche pluridisciplinaire de la conception et le travail de groupe, la mobilisation efficace de l'information et la créativité sont au cœur de la méthode. L'analyse de la valeur, par sa démarche, ses concepts et ses outils, constitue une approche **systémique** de l'évaluation et de la conception des produits et services. Méthode originale de conduite de projet, elle facilite par là même l'obtention d'une efficacité globale et déployée bien à propos.

L'analyse de la valeur est une méthode d'investigation qui ne laisse rien dans l'ombre et qui implique un croisement de multiples regards sur le produit, sur le besoin de l'utilisateur, sur les coûts, sur les contraintes de l'environnement, sur le marché et donc sur la valeur de ce produit.

L'analyse de la valeur s'applique tout autant à la re-conception de produits existants que la conception de produits nouveaux. Elle s'applique aussi bien à des produits matériels qu'à des **services** immatériels (analyse de la valeur administrative). Elle peut traiter le produit en tant que tel, mais aussi le procédé de fabrication du produit. Elle s'intéresse tout autant à des produits unitaires simples qu'à de vastes systèmes complexes.

L'analyse de la valeur est une nouvelle méthode de travail qui valorise les compétences de l'organisation, qui privilégie les synergies et la démarche systémique. Elle s'inscrit parfaitement dans la cohérence des évolutions de l'entreprise vers la Qualité Totale.

2.3.4.2.2. Historique et développement de l'analyse de la valeur

Née en 1947 dans l'entreprise General Electric à la suite des travaux de L.D. MILES, l'analyse de la valeur a vite été utilisée par les industriels ayant à faire face à des défis économiques et stratégiques importants. L'analyse de la valeur s'est développée dans les années 60 en Grande Bretagne, en Allemagne Fédérale, au Japon et en France. Les applications de l'analyse de la valeur se sont multipliées avec succès dans tous les secteurs industriels (Airbus, Minitel, fusée ARIANE, industrie du bâtiment, industrie textile, constructeurs automobiles, vente par correspondance, etc.).

Longtemps dominé par l'approche économique de la valeur, le débat sur la notion de valeur évolue pour se porter sur un autre terrain, qui renvoie à une lecture différente du sujet et des modes de gestion associés. Comme le souligne P. Lorino, « ce glissement [...] manifeste le passage de l'entreprise introvertie (le nez sur ces techniques et ses contraintes) à l'entreprise extravertie (l'entreprise au vent du marché) »¹⁴. Ainsi, la valeur est souvent abordée comme une donnée pour l'entreprise, « ce qui revient à poser les processus de valorisation comme extérieurs à l'entreprise et s'imposant à elle »¹⁵. Dans ce contexte, la notion de valeur est contingente à l'entreprise, le processus de création de valeur étant contraint par l'environnement.

¹⁴ Lorino P., *L'économiste et le manager*, Editions la Découverte, Paris, 1991.

¹⁵ Bréchet J.-P., Desreumaux A., "Le thème de la valeur en Sciences de Gestion. Transversalité, ambiguïté et enjeux", *Actes des XIV^{ème} journées nationales des IAE*, Nantes 1998, p. 7-12.

Définir la notion de valeur comme un construit favorise la transition vers un modèle différent et nouveau de la notion de valeur. Celui-ci privilégie les actions innovantes permettant de faire face à des difficultés, souvent inextricables, liées aux pratiques actuelles de gestion. Le fait de retenir la valeur comme une construction ne doit pas ignorer que la valeur est « le fruit de **compromis entre les membres de l'entreprise** et leurs représentations des différentes contraintes »¹⁶. Il s'agit donc d'un **processus de co-valeur**.

Plutôt « qu'à une logique déterministe, [la valeur] obéit à une démarche d'apprentissage (identification des processus créateurs de valeur) »¹⁷. L'objectif est d'apporter des réponses pratiques aux acteurs des organisations en tenant compte de leur finalité : créer de la valeur.

2.3.4.3. L'analyse de la valeur passe par l'analyse fonctionnelle

L'analyse fonctionnelle est une démarche qui consiste à décrire complètement les fonctions et leurs relations. Le résultat est une représentation visuelle et/ou écrite des fonctions systématiquement ordonnées, caractérisées, hiérarchisées et valorisées (coût, etc.).

L'analyse fonctionnelle comporte généralement les phases ou opérations suivantes:

- identification des **fonctions** (découvrir celles-ci, les inventorier);
- ordonnancement des fonctions ("mettre" de l'ordre entre fonctions de service et fonctions techniques, entre fonctions principales et fonctions complémentaires, déterminer les relations entre les fonctions);
- recherche de formulations appropriées et ouvertes pour chacune des fonctions (un verbe suivi de compléments, en évitant d'évoquer des solutions);
- valider les fonctions (faut-il garder ou non ces fonctions, peuvent elles disparaître du fait d'évolutions dans les besoins et dans l'environnement);
- caractérisation ou spécification des fonctions (identification des critères et niveaux d'appréciation ou d'exigence sur les fonctions);
- hiérarchisation, pondération ou encore valorisation des fonctions (quelle stratégie fonctionnelle?).

¹⁶ Crozier M., Friedberg E., *L'acteur et le système*, Seuil, Paris, 1977.

¹⁷ Lorino P., *Méthodes et pratiques de la performance, le guide du pilotage*.

L'analyse de la valeur cherche à répondre aux **besoins** en engageant le minimum de moyens, ces besoins étant comblés grâce aux **fonctions** d'un produit.

Ceci fait de **l'analyse fonctionnelle**, qui est l'étude des fonctions du produit, une **composante de l'analyse de la valeur**.

2.3.4.4. L'analyse de la valeur intègre l'approche système

Les approches système et d'analyse de la valeur sont cohérentes car elles cherchent toutes deux à répondre aux questions suivantes :

- Dans quels **buts** le système est-il conçu ?
- Quelles **actions** le système doit-il assurer pour satisfaire ces buts ?
- Comment est organisé et **fonctionne** le système pour réaliser ces buts ?

Par ailleurs, le choix d'adopter une approche de type **analyse de la valeur**, comme méthode **d'optimisation** permet de créer le plus de valeur possible, pour les patients, le personnel et l'hôpital en optimisant les ressources disponibles.

En effet, la méthode d'analyse de la valeur permet de prendre en compte les intérêts de ces différentes parties prenantes :

- L'optimisation se fait sous contraintes. On peut raisonner à ressources constantes, pour prendre en compte les contraintes financières de l'**hôpital** et chercher à obtenir le meilleur résultat, i.e. à créer le plus de valeur possible dans ce contexte.
- L'intérêt du **personnel** est également intégré, puisque celui-ci s'exprime sur les flexibilités (niveau constituant la limite de l'acceptable ou niveau idéal) associées au temps (une des ressources mises en évidence par la méthode retenue, dénommée RAR ou Ressources Activités Résultats ; cf. plus loin) de prise en charge à chaque étape du processus. Il s'exprime ainsi sur le temps qu'il lui est nécessaire pour accomplir ses tâches, et sur les niveaux qui le mettent plus ou moins sous pression.
- L'intérêt du **patient** est en outre pris en compte, car l'optimisation par l'analyse de la valeur a été centrée sur le temps de prise en charge, donc sur la réduction du **temps d'attente** et sur la coordination des acteurs, qui doivent intervenir au bon moment du processus, pour garantir une bonne prise en charge **médicale**. On optimise ainsi la prise en charge du point de vue de l'utilisateur : On intègre des aspects de satisfaction qui renvoient à sa qualité de patient (amélioration de la prestation médicale) et des aspects renvoyant à sa qualité de client (amélioration de la prestation de service, par la réduction du temps d'attente).

2.3.4.5. L'analyse fonctionnelle comme méthodes d'optimisation des flux

L'analyse des flux concerne tous les types de flux : matières, énergies, informations, personnes... Cette méthode est étroitement corrélée à celle de l'analyse fonctionnelle :

il s'agit en effet de déterminer :

- les fonctions de l'activité étudiée
- les flux auxquels l'activité est soumise
- les flux générés par l'activité
- les processus de traitement des flux appliqués pour assurer chaque fonction
- la répartition des flux entre chaque fonction

L'établissement de diagrammes de flux permet de détecter les flux partagés par plusieurs activités, les interactions, les goulets d'étranglement (flux critiques), les flux parallèles ou redondants, voire parasites.

Une fois les processus modélisés, et la mission identifiée, on peut se demander s'il y a adéquation entre mission et processus.

Les améliorations peuvent venir de chaînons manquants, de redondances ou de dysfonctionnements internes au processus. On peut se demander si le processus existant est complet : les entrées, sorties du processus, et chaque sous-processus sont-ils utiles et complets, viennent-ils du bon acteur au bon moment, sont-ils conformes au standard ?

2.4. APPROCHE SOCIOLOGIQUE ET MANAGÉRIALE DE LA COORDINATION DES ACTEURS HOSPITALIERS

Cette approche mettant en évidence l'interdépendance existant au sein de l'hôpital et donc l'intérêt d'une gestion globale pour optimiser le fonctionnement de l'hôpital, peut cependant se heurter aux comportements des acteurs, qui agissent naturellement le plus souvent dans le sens de la maximisation de leur intérêt propre, les bureaucraties professionnelles ayant un mode de fonctionnement où les jeux de pouvoir occupent une bonne place.

Par ailleurs, il est bon de compléter l'approche technique de la coordination qui vient d'être proposée (gestion des flux et analyse fonctionnelle) par une approche plus sociologique de cette dernière.

2.4.1. Coordination et jeux de pouvoir dans les organisations hospitalières publiques

2.4.1.1. Les difficultés de la coordination dans une bureaucratie professionnelle

L'analyse sociologique d'un hôpital est particulièrement intéressante.

Ainsi, l'hôpital, bureaucratie professionnelle, d'après H. Mintzberg se caractérise par :

- des logiques fonctionnelles appuyées sur une primauté de son centre opérationnel, l'hôpital fonctionnant à partir d'un grand nombre d'unités élémentaires et indépendantes
- une importance des fonctions de support logistique qui soulagent le centre opérationnel de tâches considérées comme accessoires au regard de la mission fondamentale de soins, une ambiguïté du sommet stratégique qui doit répondre à des tutelles multiples, dont les préoccupations ne sont pas toujours convergentes ;
- une prédominance du **relationnel**, c'est-à-dire de l'**ajustement mutuel**, ceci étant favorisé la **standardisation des qualifications**. Cette dernière rend en effet possible une coordination spontanée grâce à une homogénéisation des comportements individuels. Cette prédominance de la coordination informelle est renforcée par l'absence de ligne hiérarchique, entre le sommet stratégique (direction) et le centre opérationnel (médecins).

Dans ce contexte, « les études nombreuses faites sur l'hôpital montrent que, si les difficultés sont bien spécifiques à chaque système, elles se situent presque toujours à **l'interface** entre plusieurs métiers, plusieurs fonctions ou catégories qui ont à coopérer pour résoudre des problèmes »¹⁸.

- La coordination à l'hôpital est tout d'abord difficile, du fait du déséquilibre existant entre les parties qui doivent se coordonner :
Un hôpital étant une organisation de type « professionnelle », sa reconnaissance résulte en effet principalement des performances des personnels du **centre opérationnel**, qui sont chargés de l'exécution des missions fondamentales de l'organisation (médecins en particulier). Une grande partie du pouvoir se trouve donc

¹⁸ Gonnet F., "Application du raisonnement stratégique et systémique aux hôpitaux publics", dans *L'analyse stratégique, Sa genèse, ses applications et ses problèmes* actuels (colloque de Cerisy), 1994

au niveau du centre opérationnel, certains auteurs allant jusqu'à décrire l'organisation professionnelle comme une pyramide inversée « où les opérateurs professionnels sont au sommet et les administrateurs en dessous d'eux pour les servir »¹⁹.

- La coordination sur les décisions stratégiques est problématique :
Les organisations professionnelles ont des difficultés à gérer l'organisation au niveau global. Si la **coordination** des activités *quotidiennes* (qu'on appelle des « routines »²⁰) au niveau du centre opérationnel se fait de façon quasi naturelle, en particulier grâce à la standardisation des qualifications (« la plus grande partie de la coordination nécessaire est réalisée par la standardisation des qualifications et du savoir »²¹), les problèmes surviennent essentiellement lors de la prise de décisions *stratégiques*. Celle-ci exige en effet une forte coopération entre les professionnels de la santé (centre opérationnel), les personnels administratifs (technostructure) et le sommet stratégique. Ainsi « l'analyse des régulations instrumentales qui connectent le centre et la périphérie ne peut se passer d'un complément en termes de stratégie d'acteurs, de pouvoir et de zones de manœuvre »²².
- La coordination s'oppose à l'indépendance naturelle de centre opérationnel.
A l'hôpital, les unités de production du centre opérationnel (les services) sont relativement indépendantes les unes des autres, il n'y a que peu de hiérarchie opératoire, le degré de spécialisation est élevé et des pratiques corporatistes dominent encore. Chaque service entretient des relations directes avec son environnement client et tend à s'organiser indépendamment pour faire face aux missions qui lui sont imparties.
Cette caractéristique s'accroît avec la taille de la structure²³ car la rationalité des acteurs peut alors être considérée comme moins grande.
En effet, ne pouvant avoir une connaissance générale du fonctionnement de l'organisation, chaque acteur agit en fonction de ses propres buts, de sa propre rationalité et des enjeux sous-jacents qu'il perçoit. Même si les objectifs ne sont pas

¹⁹ Mintzberg H., *Le management, voyage au centre des organisations*, 1998

²⁰ Lorino P. et Cohendet

²¹ Mintzberg H., 1998, *op. cité*

²² Moisdon J-C., Tonneau D., "Concurrence et complémentarité : stratégies de l'hôpital et de sa tutelle", dans Contandriopoulos A-P., Souteyrand Y., *L'hôpital stratège*, 1994

²³ Cremadez M., "Les clés de l'évolution du monde hospitalier", *Les cahiers de Gestions Hospitalières* n° 59, *Gestions Hospitalières* n°266, mai 1987

clairs, les comportements sont rationnels par rapport à des opportunités, au contexte qui les définit, aux comportements des autres acteurs, et au jeu qui s'est établi entre eux. On peut donc parler de comportements à rationalité limitée, celle-ci étant limitée à l'environnement de l'acteur et à la perception qu'il a de cet environnement.

2.4.1.2. Les jeux de pouvoirs, obstacles à la coordination

L'hôpital apparaît donc comme « un lieu de pouvoir éclaté »²⁴ où les professionnels soignants, notamment les médecins qui composent le centre opérationnel jouent un rôle clé. Le concept de **pouvoir**, que l'on peut qualifier de relation et non d'attribut des acteurs, permet ainsi d'éclairer sous un autre jour l'acteur et sa stratégie.

Dans le cadre d'une relation, qui met aux prises des acteurs dans l'accomplissement d'un objectif commun, le pouvoir peut se manifester et devenir contraignant pour l'une des deux parties : « Le pouvoir est inséparablement lié à la **négociation** : c'est une relation d'échange donc de négociation dans laquelle deux personnes au moins sont engagées »²⁵.

De plus, si la forme traditionnelle et particulière sous laquelle s'exprime le pouvoir est l'autorité²⁶, l'exercice du pouvoir n'est pas réservé aux seuls détenteurs de l'autorité : il peut appartenir à chacun des acteurs et émaner de structures informelles. Tandis que le **pouvoir** peut se définir comme la possibilité qu'un individu a d'imposer sa volonté à un autre, l'**autorité** apparaît comme une forme de pouvoir reconnue et traduite dans l'organigramme, et est liée au poste hiérarchique ou à la fonction (**pouvoir formel** ou officiel, selon les termes de Mintzberg, qui constitue une forme de pouvoir légitime). Le pouvoir n'est pas, comme l'autorité, une relation d'autorité formelle mais une relation négociée. Ceci implique qu'il n'y a pas de pouvoir sur quelqu'un sans que ce dernier n'ait la possibilité de vous influencer. Crozier et Friedberg retiennent une définition du pouvoir qui est très générale : « le pouvoir est la capacité pour certains individus ou groupes d'agir sur d'autres individus ou groupes »²⁷. Ainsi, le pouvoir ne peut se développer qu'à travers l'échange entre les acteurs engagés dans une relation donnée.

²⁴ Grossier E., Jancourt D., Nizard G.: "Le déplacement du pouvoir à l'hôpital", *Gestions Hospitalières*. 1996

²⁵ Crozier M., Friedberg E., *L'acteur et le système*, 1977

²⁶ Jameux C., "Analyse des organisations et entreprise. Points de repère issus de la notion de pouvoir", *Sciences de la société*, n°33, 1994

²⁷ Crozier M., Friedberg E., *op. cité*

Cyert et March²⁸ (années 1960) évoquent les jeux du pouvoir qui sont à l'œuvre lors de la détermination des buts de l'organisation, par négociation entre une coalition d'individus, chacun cherchant à obtenir des avantages personnels.

Cette théorie permet d'envisager de multiples autorités remplaçant une seule autorité au centre du pouvoir. Dès lors, l'organisation ne fonctionne plus de haut en bas, le pouvoir s'offrant à qui s'en accapare à l'occasion d'une négociation. Le pouvoir est ainsi la possibilité de déterminer, orienter ou diriger la conduite de ceux avec qui on est en relation. Il résulte de la mobilisation par les acteurs des sources d'incertitude pertinentes qu'ils contrôlent dans une structure de jeu donnée, pour leurs relations ou transactions avec les autres participants.

Le pouvoir à l'hôpital prédomine donc largement sur l'autorité et est exercé par de multiples individus ou groupes. Dans ce contexte, on comprend que les ajustements par négociation sont constants, ce qui ne favorise pas la stabilité de la coordination entre acteurs.

2.4.1.3. La notion de coordination

Si la notion de **coopération** reste relativement floue et dépend du contexte dans lequel elle est employée, bien que de nombreux auteurs se soient penchés sur sa définition, on peut dégager certains concepts communs :

- Le **degré de formalisation** de la coopération et donc des échanges (communication et échanges d'information) entre acteurs peut tout d'abord être plus ou moins grand. Pavard et Soubie²⁹, en guise d'illustration de cette idée, opposent la coordination de deux kayakistes qui font face aux tourbillons d'un rapide (coopération peu formalisée, les actions dépendant en grande partie du contexte), et la coopération entre un pilote d'avion et son co-pilote (situation très formalisée, avec des protocoles d'action élaborés à l'issue d'études approfondies).
- L'intensité de la **négociation** à laquelle recourent des acteurs qui coopèrent peut être variée : Lorsqu'au sein d'un groupe d'acteurs, une décision est prise de manière tranchée par un petit nombre d'acteurs, il n'y aura eu, ni coopération entre l'ensemble des acteurs du groupe, ni négociation. A l'inverse, si une décision finale est prise d'un

²⁸ Cyert R.M., March J.G., *Processus de décision dans l'entreprise*, 1970

²⁹ Pavard, B. « Pourquoi étudier les systèmes coopératifs ? », in Pavard, B., *Systèmes coopératifs : de la modélisation à la conception*, Octares, Toulouse, 1994, p. 7-14

accord commun, après une forte période de négociation au sein du groupe, il y aura eu coopération entre les acteurs.

- L'existence **d'éléments** communs aux acteurs, dont chacun doit avoir conscience, est par ailleurs nécessaire. Selon les auteurs étudiés, l'accent se porte sur des croyances communes, un but ou une intention commune ou un savoir commun³⁰.
 - Concernant le partage des **croyances**, Piaget³¹ évoque ainsi une « échelle commune de valeurs » et De Terssac un "référentiel commun" et une « vue partagée »³². C'est le fait de passer d'un niveau de croyances individuelles à un niveau de croyance collectif qui rend le partage des croyances possible. En effet, des croyances individuelles contradictoires créent généralement des conflits, et « sans l'assistance d'un agent extérieur au conflit, qui pourrait faire pencher arbitrairement la balance en faveur de A ou non A, résoudre le conflit pose alors le problème de la négociation et de l'explication de critères de choix précis permettant de voter pour A ou non A »³³.
 - Concernant l'existence **d'objectifs** communs aux acteurs, qui soient à même de guider l'action, Galliers³⁴ affirme : « La coopération existe entre deux agents par rapport à une proposition quand un agent reconnaît que l'autre agent a pour but la réalisation de cette proposition et qu'il est engagé à résoudre ce but comme un but commun, en relation avec les autres agents qui l'ont aussi pour but et ceci suite à un choix délibéré. Ainsi la coopération existe entre deux agents, par rapport à une proposition, si au moins un des deux agents est engagé dans la réalisation de cette proposition en rapport avec les autres agents pour qui elle constitue un but et, ceci, suite au fait qu'ils croient avoir un but commun ».
- Enfin, la coopération a toujours lieu dans une relative incertitude, aucun acteur ne sachant si les personnes en face de lui vont coopérer ou non. De nombreuses études économiques, notamment dans le cadre de la Théorie des jeux développée ci-

³⁰ Decortis, F., Pavard, B., « Communication et coopération : de la théorie des actes de langage à l'approche ethnométhodologique », in Pavard, B., *Systèmes coopératifs : de la modélisation à la conception*, Octares, Toulouse, 1994, p. 21-50

³¹ Probst, G J.B., *Organiser par l'auto-organisation*, Les Editions d'Organisation, Paris, 1994

³² De Terssac, G., Lompré, N. « Coordination et coopération dans les organisations », in Pavard, B., *Systèmes coopératifs : de la modélisation à la conception*, Octares, Toulouse, 1994, p. 175-201

³³ Royer, V. « Partage de croyances : condition nécessaire pour un système coopératif ? », in Pavard, B., *Systèmes coopératifs : de la modélisation à la conception*, Octares, Toulouse, 1994, p. 53-7

³⁴ Galliers, J. R. A Theoretical Framework for Computer Models of Cooperative Dialogue, Acknowledging Multi-Agent Conflict. Thèse, Open University (UK), in Erceau, J., Chaudron, L., Ferber, J., Bouron T., "Systèmes personne(s)-machine(s) : patrimoines cognitifs distribués et mondes multi-agents, coopération et prises de décision collectives", in Pavard, B., *Systèmes coopératifs : de la modélisation à la conception*, Octares, Toulouse, 1994, p. 119-152

dessous, ont cherché à lever cette incertitude en tentant d'optimiser la décision de deux agents devant décider, dans une certaine situation, s'ils devaient ou non coopérer afin de maximiser leurs gains³⁵. Il en est ressorti que la coopération est un moyen de maximiser les gains, c'est-à-dire en d'autres termes, de créer de la valeur pour les acteurs, comme développé au point ci-dessous.

2.4.2. Théorie des jeux et création de valeur

Les comportements alternatifs s'offrant aux acteurs face à une situation de possible coopération et leur conséquence sur la création de valeur, individuelle et collective ont été très bien mis en évidence dans le *dilemme du prisonnier*.

Celui-ci a été imaginé dans les années 50 par Melvin Dresher & Merrill Flood et a été appliqué par de nombreux auteurs, en particulier pour l'étude des relations internationales et plus particulièrement dans le domaine de la course aux armements nucléaires.

Ce dilemme consiste à proposer à deux complices prisonniers, qui ne peuvent pas communiquer entre eux, le marché suivant: « *Si tu dénonces ton camarade, tu auras la vie sauve et l'autre sera condamné à 20 ans de prison; par contre si vous vous dénoncez mutuellement, vous écoperez chacun de 10 années de prison; enfin si aucun de vous deux ne parle, vous aurez chacun, par suite du doute, 2 ans de condamnation* ».

Le dilemme se pose donc pour chaque prisonnier de décider s'il doit coopérer ou être un défecteur.

Ne pouvant communiquer entre eux, ils ne peuvent anticiper le comportement de l'autre. Les choix qui s'offrent à chacun sont donc les suivants :

En se taisant, un prisonnier sera condamné, suivant le comportement de l'autre, à 20 ans ou à 2 ans de prison. La perte peut donc être grande mais ne concernera que l'un des deux complices.

S'il dénonce au contraire son complice, la condamnation pourra se porter à 0 ou 10 ans de prison. Le gain peut donc être grand, mais ne peut s'appliquer qu'à l'un des deux complices.

On voit donc qu'individuellement, ne pouvant savoir quelle sera la position de l'autre, il est plus avantageux de dénoncer l'autre, le gain potentiel étant plus grand que dans le cas où il

³⁵Axelrod, R., Comment réussir dans un monde d'égoïstes : théories du comportement coopératif, O. Jacob, 1996

se tairait (pas d'emprisonnement) et la perte étant moindre (10 ans au lieu de 20 ans potentiels dans le cas où il se tairait).

Néanmoins, si l'un des prisonniers fait ce raisonnement, l'autre a de grandes chances d'aboutir à la même conclusion, si bien que chacun dénonçant l'autre, ils sont finalement tous deux condamnés à 10 ans de prison.

La probabilité d'être emprisonné 10 ans dans le cas où l'on opte pour dénoncer son complice est donc plus grande que celle d'être libéré, ce qui induit une situation avec deux perdants.

Le dilemme illustre que sans communication, dans une situation d'interdépendance où le gain de l'un dépend du comportement de l'autre, chacun est perdant individuellement (condamnation à 10 ans de prison), de même que collectivement, l'emprisonnement total étant, pour les mêmes faits reprochés de 20 ans au lieu de 4 s'ils avaient été solidaires.

La solution la meilleure (**gagnant-gagnant**) aurait été en effet de garder le silence, ce qui est individuellement plus avantageux (2 ans de prison au lieu de 10 ans) et représente aussi un gain pour le groupe des complices, l'emprisonnement total pour les mêmes faits étant de 4 ans au lieu de 20.

Or ceci n'est possible que si une stratégie coopérative a été mise en place, chacun acceptant de renoncer à la solution peu fréquente, mais potentielle, où il pourrait maximiser son gain (pas d'emprisonnement).

Notons que si les personnes font face au même dilemme un nombre infini de fois, le résultat peut devenir totalement différent car la décision antérieure de l'autre va déterminer la prochaine décision, et cela mutuellement. C'est bien ce que l'on observe quotidiennement dans les relations personnelles.

Malheureusement, le management incite souvent à des comportements de défecteur, où chacun est perdant. « L'apathie au niveau individuel devient la folie au niveau collectif » (Robert Axelrod). Faire défection, c'est en effet avoir un comportement qui pénalise tout le monde si chacun en fait autant, parce qu'il procure un gain certain à court terme. Instaurer un management coopératif revient donc à résister à cette tentation d'un profit à court terme. Dans ce sens, un gouvernement par des lois et non par des hommes peut être utile (John Adams).

Le but est donc d'instaurer un nouveau comportement qui ne recherche plus le maximum de bénéfice mais l'**optimum**. D'ailleurs selon Garrett Hardin, aucune société n'a jamais atteint son maximum de possibilités. Il n'existe à long terme que de bonnes stratégies optimales de symétrie. La difficulté dans l'application de ce management coopératif réside dans le fait que s'il peut être bien compris intellectuellement, il est parfois difficile à appliquer car il renvoie à des conflits personnels en relation avec notre perte de sécurité, la confiance et la relation à l'autre.

3. APPLICATION DE LA MÉTHODE DE COORDINATION : OPTIMISATION DES PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

3.1. LE CHOIX D'UNE ÉTUDE QUALITATIVE

L'approche adoptée dans ce mémoire a consisté à explorer l'applicabilité d'une méthode d'analyse de la valeur et de gestion des flux à l'hôpital et d'illustrer l'intérêt potentiel qu'elle pourrait présenter du point de vue d'un directeur d'hôpital.

Dès lors, le choix a été fait d'effectuer une étude qualitative. Celle-ci a été réalisée grâce à des entretiens semi-directifs menés auprès d'acteurs clé, des observations de terrain, effectuées dans une optique comparative (couplant une observation au niveau de chaque étape du processus et une observation menée en suivant la trajectoire de certains patients), et l'utilisation d'études chiffrées sur le sujet, de sources diverses.

Il s'agit donc d'aborder la question sous un angle stratégique et managérial et d'identifier les zones critiques de travail.

Notons que la méthode décrite peut être approfondie par les acteurs concernés, pour en déduire des actions d'amélioration à leur niveau, en détaillant la description du processus de prise en charge (choix d'une granularité plus fine).

Une telle optique, qui est celle d'un directeur d'hôpital, pourrait être utilement complétée par une analyse chiffrée poussée, nécessitant l'intervention d'autres professionnels (ingénieurs en organisation, consultants) et un lourd investissement en temps (période suffisamment longue pour être significative).

A titre d'exemple, l'étude sur l'analyse des flux à la Division des Urgences Médicochirurgicales (DUMC) de l'Hôpital Cantonal Universitaire à Genève (Suisse) a fait appel pendant 1 mois, à l'ensemble des IDE du SAU, a

bénéficié du financement d'1,6 poste d'infirmier pour soutenir le recueil des données, le groupe de pilotage du projet étant composé de 5 personnes au niveau de la direction.

Des logiciels existent par ailleurs pour mener avec rigueur ce type de raisonnement et de calcul d'optimisation sous contraintes, comme le logiciel Witness, utilisé à l'HEGP dans sa phase d'ouverture pour la programmation de flux au SAU.

3.2. LE SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES, TERRAIN D'APPLICATION DE LA MÉTHODE DE COORDINATION RETENUE

3.2.1. Application de la méthode d'analyse de la valeur aux *flux* générés par la prise en charge du patient

Comme on l'a vu dans la partie précédente, les applications de la méthode d'analyse de la valeur étant larges, il est possible de l'appliquer aux **flux** générés par la prise en charge du patient.

On applique donc la méthode d'analyse fonctionnelle et l'analyse de la valeur à un produit particulier : les flux.

La décomposition du flux en **processus**, i.e. en sous-étapes, définies par les sous-actions nécessaires à la prise en charge, explique le temps passé par le patient à l'hôpital, en le décomposant en temps passé à chaque sous-étape.

A chaque étape du processus de prise en charge que suit le flux de patients, l'analyse de la valeur permet de se demander s'il est possible de réduire la durée de cette étape (qui est une ressource), tout en gardant un bon résultat, voire en l'augmentant. En d'autres termes, le résultat médical reste-t-il bon, malgré une réduction du temps passé auprès du malade, et à l'inverse, la prise en charge rapide améliore-t-elle significativement le résultat médical obtenu, du fait de la rapidité de l'action dans l'urgence ?

3.2.2. Choix de l'étude de la prise en charge aux *urgences*, en phase avec la réalité du terrain de stage

Sur le terrain, l'étude a été faite à partir de l'exemple d'un service correspondant à un type de prise en charge. Pour combiner mon approche avec les préoccupations de terrain à l'HEGP, je me suis en effet centrée sur le processus de prise en charge aux urgences, car cet hôpital fait face lui aussi à la difficulté de gérer des flux non prévisibles et non lissés dans le temps.

La gestion des flux au SAU pose tout d'abord problème aux équipes qui y travaillent. Elles consacrent en effet une part importante de leur énergie à essayer notamment de gérer la sortie du patient, ce qui leur donne l'impression de s'éloigner de leur cœur de métier. Si la mauvaise coordination détruit de la valeur pour les patients, elle en détruit donc aussi pour le personnel.

Les cadres sont ainsi pris par la recherche de lits, sans avoir le temps de se consacrer à leur tâches d'encadrement des équipes soignantes.

On peut faire le même constat chez les médecins, qui passent beaucoup de temps au téléphone, à essayer de convaincre un collègue d'accueillir un de leur patient. Il leur semble nécessaire d'expliquer le cas médical, dans l'optique d'une continuité des soins, poursuivie malgré le changement de structure de prise en charge. Par contre, il leur est pénible de sentir la traditionnelle réticence des services d'hospitalisation à accueillir des patients issus du SAU. Ceux-ci le sont en effet au détriment de patients programmés, qui sont généralement en phase avec leur spécialité médicale et leurs sujets de recherche.

Si cette approche d'excellence, typique des hôpitaux universitaires est justifiée, parce qu'elle fait partie des missions dévolues à un CHU, et qu'elle permet de faire avancer la médecine, on voit donc qu'elle entre en contradiction avec l'autre mission de tout hôpital : la proximité et le traitement de l'urgence médicale.

Dans un système plus formalisé, comme c'est le cas à l'hôpital Cochin, qui permet un fonctionnement au quotidien plus normé et facilité par l'existence de conventions, ceci ne les libère pas pour autant du temps nécessaire à la gestion de l'aval du SAU. Le temps gagné au quotidien dans la gestion de l'aval est en effet remplacé par le temps lié à la gestion des conventions créées pour gérer l'aval du SAU : conclure des conventions (travail d'approche, tisser des relations avec les collègues, aller visiter les structures...), mais aussi les faire vivre, les évaluer, « mettre de l'huile dans les rouages » pour le fonctionnement et les ajustements au quotidien de ces conventions.

Ceci est emblématique du malaise des médecins, qui ont de la réticence à ajouter à leur mission médicale, des missions d'organisation et de gestion, inhérentes à la fonction de chef de service.

Ces difficultés de gestion de flux au SAU viennent notamment du fait que l'hôpital public a une mission de soigner et d'accueillir les personnes qui s'y présentent alors que les structures de santé privées peuvent refuser les patients dont la prise en charge sera lourde.

Celles-ci, dont la survie dépend de la capacité à créer du profit (comme toute entreprise privée) se concentrent donc sur les prises en charge normées et répétitives, et sur les patients atteints d'une pathologie unique et bien définie. Elles sont souvent ainsi réticentes à accueillir les patients dont les pathologies sont complexes (longue étape de diagnostic dans le processus de prise en charge du patient) ou ceux dont l'étape de sortie sera difficilement gérable, comme pour les personnes âgées notamment.

Les personnes âgées présentent souvent des polypathologies, difficulté à laquelle s'ajoute celle de leur sortie du SAU, une fois la phase aiguë de leur maladie terminée. Celles-ci deviennent en effet souvent dépendantes, leur maladie et un passage à l'hôpital, hors de leur cadre de vie et de leur famille étant source de déstabilisation.

Dès lors, les patients du SAU dans un hôpital public sont très hétérogènes du fait que ceux-ci voient leur accès aux structures privées difficile voire refusé : beaucoup ne présentent pas de caractère d'urgence, les urgences vitales ne constituant en effet que 5% des admissions aux urgences³⁶.

Dans son rapport annuel sur la Sécurité sociale en 2002, la Cour des comptes rappelle que sur 13,5 millions de passages enregistrés chaque année (nombre en croissance moyenne de 4,6 % par an), 30 % seulement donnent lieu à une hospitalisation - 86 % de ceux pris en charge par les SAMU. « 25 % des patients qui se présentent aux urgences n'ont besoin que d'une simple consultation, sans soin technique ni investigation, et pourraient aussi bien relever de la médecine de ville », affirment les magistrats.

Sur l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, le taux d'hospitalisation est encore plus faible (17 % d'admissions dans l'hôpital et transferts) en 2001³⁷, ce qui rejoint le phénomène mis en évidence par la DREES³⁸, selon lequel dans les très gros établissements, comme l'AP-HP, Lyon, Marseille et Bordeaux, on peut sentir « l'effet d'une offre hospitalière particulièrement dense et des comportements spécifiques des usagers dans les grandes concentrations urbaines, qu'il s'agisse, pour une partie de la population, de l'utilisation de

³⁶ AP-HP, données chiffrées 2001

³⁷ AP-HP, *Urgences, urgences-porte et urgences spécialisées organisées en garde générale. Activités et moyens, données chiffrées 2001*

³⁸ Cf. bibliographie

ces services comme source régulière de soins, ou de l'attraction qu'ils exercent sur les personnes jeunes ou isolées ».

Le SAU doit en effet, d'après les textes (article R712-65 du code de la santé publique), « accueillir sans sélection vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitale ».

La « situation d'urgence » est difficilement appréciable, l'injonction à accueillir « sans sélection » poussant à interpréter cette notion largement, la réponse à l'urgence vitale n'étant pas considérée comme la seule mission du SAU (« notamment »). Une partie importante des urgences vitales, comme les polytraumatisés ou les victimes d'infarctus du myocarde, vont directement dans les services spécialisés adéquats (réanimation, cardiologie...). Ainsi, les services ont ils parfois mis en place des réseaux de soins spécialisés avec le SAMU, avec comme par exemple celui réalisé entre le SAMU de Paris et le service de Cardiologie de l'Hôpital Cochin.

Ceci se reflète en partie dans la classification des patients, effectuée par l'IAO à l'arrivée au SAU, puisque les patients de niveau 1, bien que ne nécessitant pas d'hospitalisation d'après l'évaluation de l'IAO, sont vus par les médecins, et vont donc passer dans les étapes suivantes du processus de prise en charge. Le temps passé à ces étapes sera plus long en moyenne que celui correspondant pour une urgence vitale (niveau 4).

Par ailleurs, les structures de santé privées ferment lors des périodes de congés, la période estivale et d'hiver (besoins de la population accrus) étant particulièrement critique. Le personnel est en effet en congés, ainsi que la population, si bien qu'il peut être plus rentable de fermer une structure dont les coûts salariaux sont fixes, et donc indépendants des flux de patients.

C'est pour gérer notamment le contexte estival de fermeture des structures de santé environnantes et de lits d'aval, et plus généralement pour s'inscrire dans un cadre conventionnel dynamisé (signature de conventions avec des établissements Participant au Service Public Hospitalier (PSPH) que mon étude a été illustrée au niveau du SAU de l'HEGP.

3.2.3. Modélisation de la prise en charge aux urgences, par l'analyse fonctionnelle

La prise en charge au SAU a été décrite sous forme d'un **processus**, en utilisant l'**approche fonctionnelle**, sous sa forme **Ressource Activité Résultat (RAR)**. Cette approche identifie le ou les résultats (en rose dans les schémas qui suivent, comme par exemple la production d'une fiche de liaison...) associés ou attendus d'une activité du processus (ex : diagnostic), puis elle détaille les ressources (en bleu sur les schémas) nécessaires pour réaliser l'activité dans de bonnes conditions.

Lorsque l'on analyse un processus complet, le résultat de l'activité 1 doit contribuer aux ressources de l'activité 2 ou d'une activité suivante.

Ceci est le prélude à l'**analyse de la valeur** (mettant en parallèle les ressources et le résultat pour chaque activité).

Pour ce qui est des ressources, pour limiter le champ d'étude, le choix a été fait de se centrer sur les **acteurs** nécessaires à la réalisation de l'étape du processus de prise en charge, et sur le **temps** nécessaire à celle-ci. On pourrait compléter utilement l'étude en intégrant les **ressources matérielles** (boxes d'examen, matériel d'imagerie...), qui constituent elles aussi de potentiels **goulets d'étranglement** et conditionnent donc aussi la capacité du service en terme de gestion de flux.

Néanmoins, ces dernières étant plus figées que les ressources en personnel, qui peuvent être réallouées de façon relativement souple, l'approche n'a pas intégré l'étude des ressources matérielles.

La notion de **Flexibilité** a été introduite pour chaque activité du processus, au niveau des ressources (acteurs intervenant et durée de l'étape).

La flexibilité 0 (zéro) indique que ce niveau est impératif, et la flexibilité 3 qu'il s'agit du niveau « idéal ». Par exemple, pour assurer l'activité d'accueil aux urgences, s'il est bon dans l'idéal (flexibilité 3) qu'un senior oriente le patient, une IAO peut également le faire (flexibilité 0, une Aide Soignante n'ayant pas ce droit en raison d'une circulaire).

Notons que cette représentation de la prise en charge confirme l'hypothèse de recherche de ce mémoire, selon laquelle la réduction du temps de prise en charge (i.e. des ressources engagées pour assurer la prise en charge) est un des moyens de créer de la valeur. Ceci est en effet le cas, si le résultat issu de la prise en charge ne baisse pas en contrepartie.

Cette analyse de processus permet d'identifier les résultats inutiles, c'est-à-dire qui ne sont pas ressources pour une autre activité. Elle conduit également à se poser des questions sur les ressources utiles et leur mode de production.

Cette modélisation avec la méthode RAR permet également de bien montrer les interdépendances entre les activités.

Dans le RAR des urgences, on voit bien toute la partie du processus qui concerne les prestations externes (Laboratoires de biologie, radiologie ou examens complémentaires).

3.3. DESCRIPTION DES PROCESSUS IDÉAUX DE PRISE EN CHARGE AU SAU - PAR L'ANALYSE FONCTIONNELLE

3.3.1. Méthode retenue

La description du processus de prise en charge aux urgences que j'ai élaborée dans cette partie est établie à partir de textes officiels régissant cette activité, de recommandations de bonnes pratiques issues de professionnels, d'une étude réalisée aux urgences de Nancy³⁹ et d'entretiens menés avec les acteurs :

Gérard Cotelon, Directeur des Soins de l'HEGP

Maryse Devos, Cadre supérieur de santé du secteur SAU, SAMU-SMUR, réanimation polyvalente, chirurgie digestive- urologique-gynécologique, hôpital de Versailles

Dr Alain Davido, Chef de Service du SAU de l'HEGP

Dr Patrick Brun, Chef de Service du SAU de l'hôpital Louis Mourier

Dr Christine Ginsburg, Chef de Service intérimaire de l'Hôpital Cochin

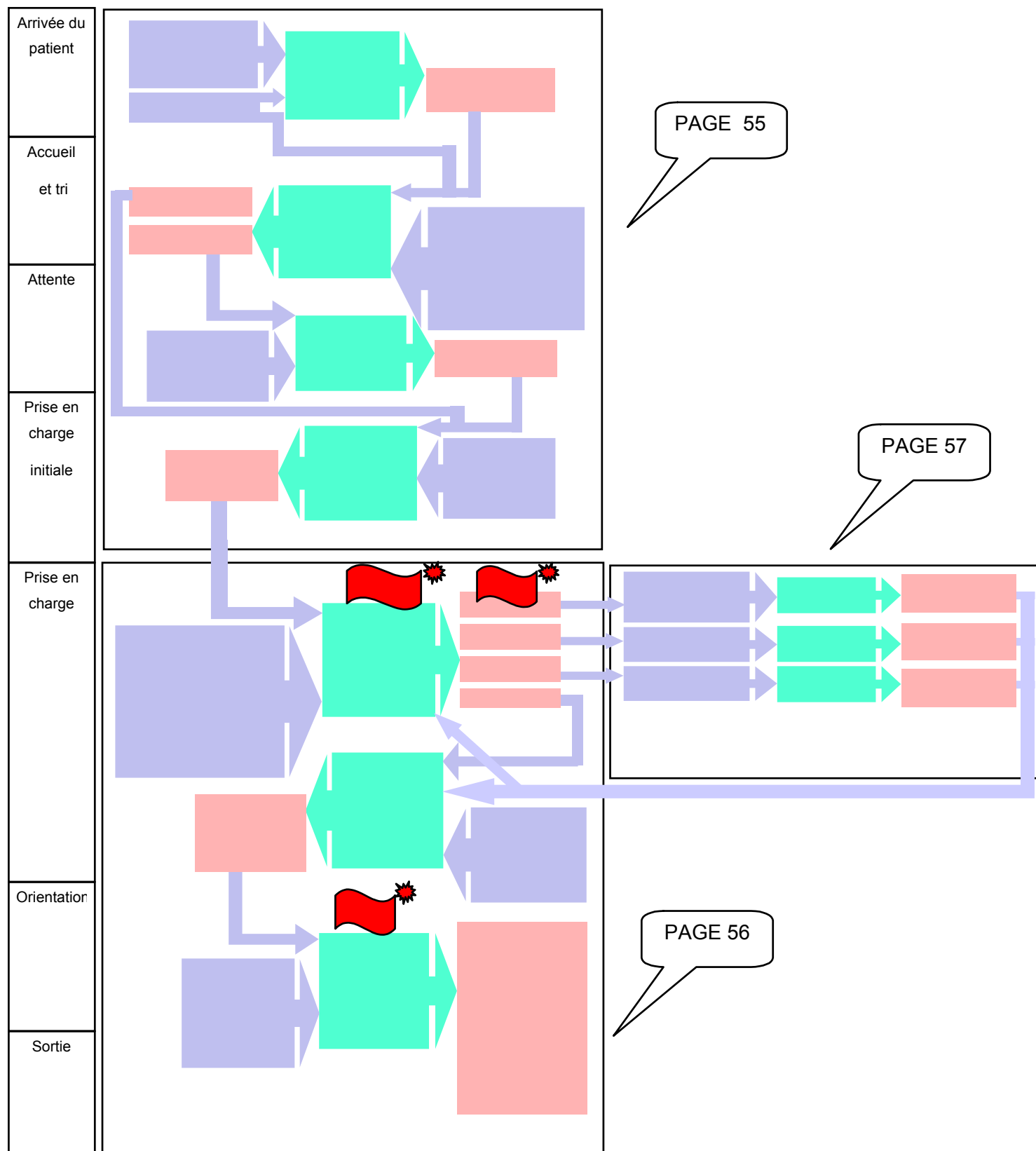
J'ai souhaité représenter par le schéma ci-dessous un modèle idéal : il indique les niveaux de ressources idéaux et acceptables pour chaque étape du processus de prise en charge, pour assurer la **sécurité** des patients et pour des raisons de bonne **organisation** et gestion des flux.

³⁹ Abdelhouala B., Colin T., Grandhay J.P. et al. (cf. Bibliographie)

Ainsi, faire attendre un patient pendant trop longtemps, même si le cas médical n'est pas grave, embolise les boxes et empêche donc la prise en charge de patients plus lourds dans de bonnes conditions.

Il s'agit donc de retenir pour chaque étape un délai qui intègre ces deux critères.

Le processus de prise en charge idéale d'un patient au SAU



Patient :
Arrivée « à pied » ; véhicule d'urgence, médicalisé ou non

Acteurs d'exécution :

Flex	Niveau 1-2	Niveau 3-4
0	patient, famille, taxi, police secours, ambulance, croix rouge	pompiers, SMUR

Autres : Informations communiquées par le patient, la famille, la police, le SMUR, les pompiers...

Activité : Transporter le patient au SAU (et premiers soins si nécessaire), et l'orienter en tant qu'urgence vitale ou non

Lieu(x) : Véhicule d'urgence

Critères de décision : Doléances, état général visible du patient, risques vitaux supposés, informations communiquées pouvant expliquer l'état du patient

LEGENDE :

Flexibilité 0 : niveau impératif

Flexibilité 3 : niveau idéal

Patient : Patient arrivé au SAU, et orienté en tant qu'urgence vitale ou non (salle de déchocage ou circuit normal)

Accueil, communication, tri

Autres : Dossier patient ouvert, cotation de gravité attribuée

Patient : Patient orienté en consultation sans RV ou au SAU, en salle de déchocage ou en zone d'attente, en traumatologie

Activité : Identifier, accueillir et trier les patients

Lieu(x) : Borne d'accueil, salle d'évaluation de l'IAO

Critères de décision : *Évaluation infirmière +/- médicale* (médecin régulateur trieur), formalisée par une échelle de cotation de la gravité (remplie à partir de la prise des constantes, doléances, état général visible du patient, risques vitaux supposés, informations communiquées pouvant expliquer l'état du patient...)

Acteurs d'exécution : IAO, aide soignant, agent administratif

Acteurs de décision :

Flex	formalisés administratives	accueil	tri
0	AS	AS +/- IAO si doute	IAO +/- senior si doute
3	Agent administratif +/- AS ou IAO si doute	IAO	IAO senior

Temps :

Flex	Niveau 1-2-3	Niveau 4
0	30 min + check visual de l'IAO en salle d'attente	0 min
3	10 min	

Activité : Attendre avant d'être pris en charge

Lieu(x) : Salle d'attente, couloir

Critères de décision : Cotation de gravité, Pathologie supposée (peut ou non supporter un temps d'attente), encombrement des salles de soins, disponibilité du personnel soignant

Patient orienté vers le secteur adéquat

Acteurs d'exécution : Patient

Acteurs de décision :

Flex	
0	AS
3	IAO, IDE

Temps :

Flex	Niveau 1-2	Niveau 3	Niveau 4
0	2 h	30 min	0 min
3	1 h	15 min	

Patient pré diagnostiqué

Autres : Dossier patient dans lequel sont conférés les résultats de l'évaluation clinique, +/- classification CCMU (classification clinique de la médecine des urgences) du patient

Activité : Installer le patient, lui expliquer le déroulement des soins, faire l'observation clinique infirmière, l'examen clinique, *maintien des fonctions vitales* (lors soins) et soulagement de la douleur

Lieu(x) : Boîte d'examen ou salle de déchocage, secteur traumatologie ou non traumatologie

Critères de décision : Évaluation clinique, plaintes formulées par le patient, étude des données médicales existantes concernant le patient (lettre du médecin traitant, carnet de santé, etc...)

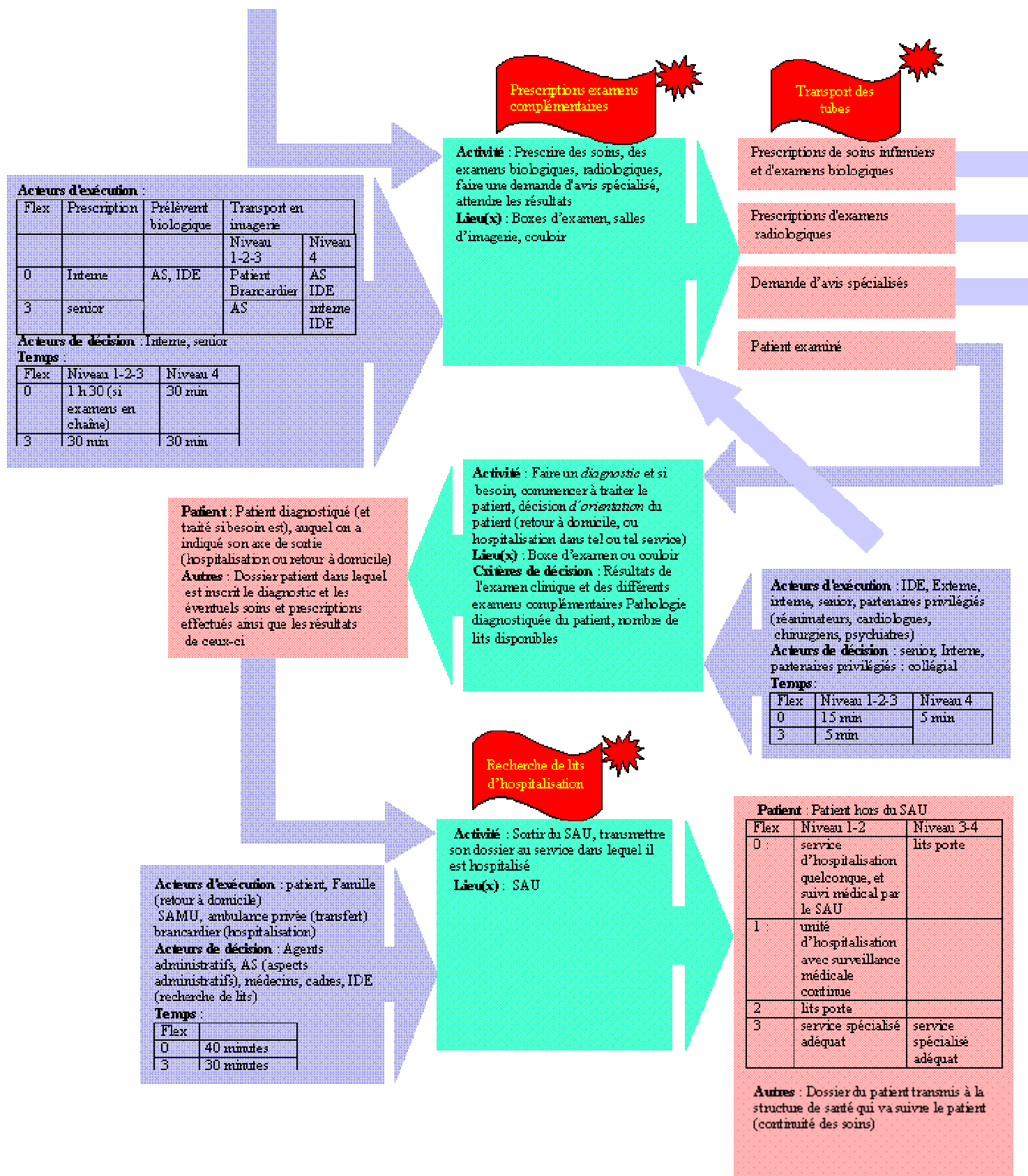
Acteurs d'exécution : IDE ou AS, Externe, interne, senior

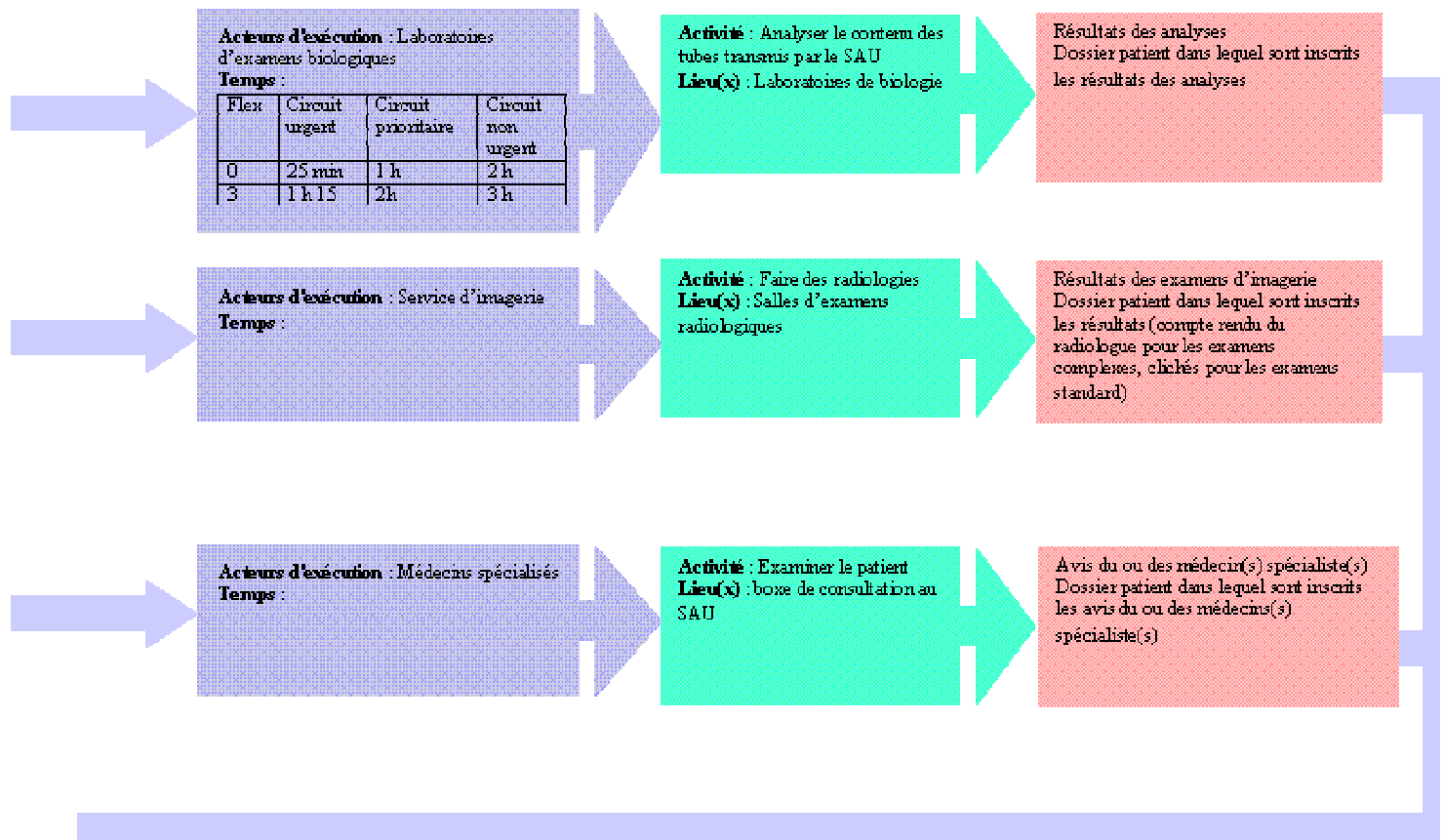
Acteurs de décision :

Flex	Niveau 1-2	Niveau 3-4
0	externe puis interne	chef de clinique
3	senior	senior

Temps :

Flex	
0	1 h
3	30 min





3.3.2. Remarque générale : la nécessaire distinction des flux de patients au sein du SAU, en fonction du degré de gravité

Etant donné la spécificité de la prise en charge en urgences, où se mélangent urgences vitales et urgences « ressenties », et les ressources réduites dont disposent les services d'accueil des urgences (notamment concernant les ressources médicales, problème soulevé par le rapport Steg et auquel les pouvoirs publics ont essayé de remédier depuis), il convient tout d'abord de **distinguer les flux et les ressources qui y correspondent selon le niveau de gravité du patient.**

La différenciation, notamment en termes d'acteurs et de temps de prise en charge, est acceptable, le but étant implicitement de créer le même résultat médical pour chaque patient, en engageant les ressources qui sont nécessaires. Des ressources importantes sont ainsi nécessaires pour des patients dont la prise en charge est complexe, le temps de prise en charge devant être réduit, pour faire face à l'urgence vitale et les acteurs intervenant dans la prise en charge devant être expérimentés, pour savoir gérer les cas médicaux non standards.

Ainsi, les seniors, qui ont une expérience médicale, peuvent prendre en charge les cas les plus difficiles, encadrer les étudiants en médecine, les internes et les résidents, qui sont encore en formation dans les cas intermédiaires et déléguer les cas classiques et répétitifs.

La présence d'un médecin coordonnateur, ayant « acquis une formation spécifique, par une qualification universitaire et par une expérience professionnelle de 2 ans dans un service recevant des urgences » est donc exigée par les textes, de même qu'est reconnue la légitimité de la présence de médecins en formation, nécessaire dans un CHU.

Une autre affectation des ressources (réparties de façon équivalente quelle que soit la gravité du patient par exemple) ne permettrait pas d'obtenir une prise en charge de même qualité pour les patients graves, ce qui, pour des ressources globales identiques utilisées au SAU, aboutirait à un résultat global pour le SAU inférieur et créerait donc moins de valeur.

3.3.3. Commentaires sur les différentes étapes du processus de prise en charge

Voici quelques remarques sur les étapes de prise en charge au SAU, expliquant et détaillant le schéma inséré ci-dessus :

3.3.3.1. Transport au SAU

L'objet de ce mémoire n'a pas été d'analyser cette étape, qui est extrahospitalière et nécessiterait une étude spécifique.

On notera néanmoins qu'une bonne régulation au niveau du SAMU par le permanencier auxiliaire de régulation médicale (PARM) et éventuellement le médecin régulateur contribue à réduire le flux d'entrée de patients aux urgences. Ainsi, en effet, sur 4,1 millions d'appel au 15 en 1997 (hors appels sans suite), plus de 50 % n'aboutissent pas à un transport à l'hôpital (simple conseil médical téléphonique, envoi d'un médecin de garde à domicile, envoi d'un SMUR sans transport de patients)⁴⁰.

Par ailleurs, les patients arrivant aux urgences par SMUR, qui représentent 6 % de l'ensemble des passages enregistrés au service des urgences des établissements de soins en 1997⁴¹, sont hospitalisés dans 86 % des cas, contre 27% des cas, lorsqu'ils se rendent directement aux urgences. L'arrivée par le SMUR est donc bien corrélée au niveau de gravité du patient, comme c'est logique, étant donné l'organisation des centres 15 qui régulent, par le biais du Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale et n'acceptent donc d'intervenir que dans les cas médicaux graves.

⁴⁰ DREES. Les appels d'urgence au centre 15 en 1997 (cf. bibliographie)

⁴¹ source SAE 1997

Notons enfin que le temps de transport doit être pris en compte pour connaître le délai total de prise en charge. Ce temps de prise en charge pré-hospitalière est en effet à ajouter à la prise en charge à l'hôpital et est donc tout autant essentiel, comme l'ont montré de récents accidents médiatisés survenus dans des cas d'urgence vitale.

3.3.3.2. Accueil et orientation

L'étape d'accueil et d'orientation du processus de prise en charge au SAU peut elle-même se décomposer en sous-étapes (sous-processus), si on adopte une granularité plus fine :

- L'attente avant la prise en charge à la borne d'accueil par l'AS : idéalement, elle est nulle, et elle ne doit pas excéder 2 minutes (flexibilité 0).
- L'accueil par l'AS : le temps de prise en charge par l'AS est d'environ 5 minutes, étant donné les formalités à accomplir.
- L'attente avant la prise en charge par l'IAO : elle ne doit pas excéder 5 minutes, en cas d'affluence ; idéalement, elle est nulle.

Au total, le temps précédant l'examen par l'IAO est donc de 5 à 12 minutes.

Ceci est cohérent avec la position commune du Collège des médecins du Québec (CMQ) et de l'Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec (OIIQ) de janvier 2000, sur le tri à l'urgence, qui se prononce sur le temps précédant l'examen de l'IAO, qui devrait être nul (Flexibilité 3) et de 10 minutes dans le pire des cas (Flexibilité 0). Il faut noter que ces chiffres recommandés supposent que les formalités administratives auprès de l'AS sont faites après le tri par l'IAO.

- Le tri : il dure environ 5 à 7 minutes. Le Projet de service de l'hôpital Cochin prévoit que l'examen de l'I.A.O. ne doit pas excéder 5 minutes. Ceci rejoint la position commune canadienne sur le sujet.

Au total, le temps de prise en charge à l'accueil et l'orientation est de 10 à 20 minutes.

Il ressort que l'accueil par un aide soignant et le tri par une IAO (ce dernier point étant préconisé par une circulaire de 1991⁴²) est nécessaire pour éviter les erreurs de diagnostic sur la gravité du cas du patient, pouvant entraîner un accident fatal (on pense aux cas de crise cardiaque, qui se manifestent par des douleurs, pouvant être expliquées par d'autres

⁴² Cf. Bibliographie

pathologies sans gravité). D'où le fait qu'ils soient mentionnés en niveau de flexibilité 0 sur mon schéma ci-dessus.

Le décret sur les urgences de 1995, repris par celui de 1997 a précisé qu'un médecin senior doit voir le patient dès l'arrivée («L'équipe médicale doit être suffisante pour qu'au moins un médecin assure l'examen de tout patient à l'arrivée de celui-ci dans le service», le texte précisant plus loin que l'équipe médicale s'entend de praticiens hospitaliers, de praticiens des hôpitaux, d'assistants, d'attachés, de médecins contractuels et vacataires. Les internes et résidents étant en stage ou en formation, ils ne sont pas membres de l'équipe).

L'ARHIF⁴³ restreint la catégorie des seniors en excluant les assistants associés et les attachés associés (diplôme étranger). Il reste à savoir comment interpréter ce texte, i.e. s'il s'agit qu'un senior examine le patient au moment du tri, ou attende le passage en box d'examen.

La présence d'un agent administratif pour effectuer les formalités d'enregistrement paraît quant à elle plus favorable (flexibilité 3) que celle d'un aide soignant (flexibilité 0), car cela libère ce dernier des tâches non soignantes pour lui permettre de se centrer sur son cœur de métier.

Ainsi, j'ai pu observer que l'AS d'accueil n'avait plus le temps de se centrer sur les signes présentés par les patients dans la file d'attente, étant occupé à gérer les appels téléphoniques et à ouvrir les dossier des patients.

On peut noter cependant que les décrets sur les urgences mentionnent la nécessité pour un SAU de disposer d'un agent chargé des admissions. Dans les faits, il est fréquent que le patient ne passe pas auprès de l'agent administratif du fait de l'organisation du circuit patient et de la géographie des locaux. Les formalités administratives minimales se reportent en conséquence sur l'AS d'accueil (qui enregistre l'identité, l'adresse et la carte de sécurité sociale, pour réunir des éléments permettant une facturation, auquel l'agent administratif n'aura pas pu veiller).

L'importante augmentation du nombre de passages aux urgences depuis 10 ans et notamment celle du nombre d'usagers ne requérant pas de soins immédiats, a rendu une nécessaire détermination de l'ordre de passage des usagers qui soit fonction de l'urgence et de la gravité des cas et non selon la chronologie d'arrivée. La réponse apportée a été la

⁴³ Cf. Bibliographie

création d'une fonction de tri pour distinguer les usagers dont le cas présente des conditions menaçantes pour leur vie et, ainsi, empêcher la détérioration de leur état.

Au départ, le tri était effectué par des non-professionnels qui, tout en procédant à l'inscription des usagers, estimaient l'urgence de leur condition. Mais il est vite apparu que cette organisation ne permettait pas de garantir une bonne prise en charge des cas les plus graves.

Une unité d'urgence recevant un volume fluctuant de patients qui présentent une grande variété de problèmes, le tri par une infirmière prend toute son importance, particulièrement en période de grande affluence et de débordement et là où les ressources en main d'œuvre professionnelle peuvent difficilement répondre à la demande.

La fonction essentielle du tri consiste en l'identification des conditions urgentes et la détermination du niveau de priorité des soins.

Le tri à l'urgence consiste à évaluer la condition du patient, à déterminer l'urgence d'intervention médicale selon une classification prédéterminée, à diriger le patient vers l'aire de traitement ou la salle d'attente ou encore à l'orienter vers une autre ressource.

L'infirmière au tri procède à l'évaluation de tout patient qui se présente à l'urgence. Si un patient est gravement malade, l'infirmière doit l'accompagner jusqu'à la salle de stabilisation pour assurer sa prise en charge immédiate par l'infirmière de l'aire de traitement ou pour initier les soins et recueillir l'information pertinente.

Tout patient présentant un degré de gravité identifié comme tel par le SMUR ou les pompiers ou l'IAO devrait être amené directement à l'aire de trauma pour une évaluation médicale, sans s'arrêter au tri. L'évaluation médicale déterminera si le patient a besoin d'une prise en charge immédiate.

L'infirmière au tri doit effectuer une évaluation initiale brève mais suffisamment élaborée pour permettre de poser un jugement clinique adéquat et assurer une prise de décision sécuritaire.

L'objectif premier du tri étant d'assurer l'évaluation des patients dès leur arrivée, les temps d'attente avant le tri doivent être systématiquement surveillés. La durée de l'évaluation par l'infirmière au tri doit être courte. Le processus doit être dynamique et la durée du tri peut varier selon l'état du patient, le délai d'attente au tri et l'activité de la salle d'urgence.

Une classification est utilisée dans le processus de tri pour déterminer le degré d'urgence des soins requis par le patient afin d'éviter toute détérioration de son état pendant l'attente. La décision de l'infirmière eu égard au niveau de priorité à attribuer au patient doit s'appuyer sur l'évaluation de sa condition clinique et s'exprimer en fonction du délai avant la prise en charge médicale.

C'est toujours la condition du patient qui sert de critère principal à la détermination du degré d'urgence et non la durée d'attente. Le degré de priorité à donner aux soins d'un patient doit être déterminé selon une classification préétablie et acceptée conjointement par les infirmières et les médecins. Il importe que le modèle de classification retenu permette de répondre de façon efficace aux besoins des patients. Au Québec, le choix d'un système à cinq niveaux a été faite car elle permet une discrimination adéquate des besoins des patients.

À l'instar de plusieurs associations canadiennes de médecins et d'infirmières d'urgence, le CMQ et l'OIIQ recommandent *L'échelle canadienne de tri et de gravité pour les départements d'urgence* (ETG), guide élaboré sur les bases des priorités à cinq niveaux du modèle australien.

Sans rentrer dans les détails des autres classifications existantes dans la littérature et dans la pratique, on trouve d'autres classifications (par couleur, dont le niveau de gravité est inversé –niveau 4 : urgence vitale...), dont les différences portent sur le nombre de degrés d'urgence et sur le temps maximal accepté avant l'examen médical en box.

Ainsi, à l'hôpital Cochin, les patients « bleu » (étiquette colorée en bleu sur URQUAL, ce qui permet une visualisation par tous les acteurs des niveaux d'urgence des patients qui sont au SAU à un instant t de l'endroit où se trouve chacun) peuvent attendre 4 heures et correspondent à des patients qui pourraient être traités en ville. Dans la classification retenue à la Division des Urgences MédicoChirurgicales (DUMC)⁴⁴, il est également reconnu qu'il n'existe pas de délai d'installation pour le patient qui est trié en « degré d'urgence 4 ».

On voit que cette classification intègre le fait que les passages aux urgences ne sont pas tous liés à des urgences vitales.

⁴⁴ Bazin A., Garnerin P., Vermeulen B., étude sur l'analyse des flux aux urgences : contexte, méthodes et résultats (cf. bibliographie)

Les temps d'attente doivent combiner urgence médicale, nécessité organisationnelle et satisfaction du patient (cf. M. Giroud dans la bibliographie), si bien qu'il est bon qu'un patient non urgent médicalement, même s'il peut attendre indéfiniment sans danger, ne voit pas son temps d'attente trop augmenté.

Dans le cas contraire, l'agressivité et des tensions vont naître. (cf. M.J. Vega dans la bibliographie). Le patient, comme tout consommateur et tout individu s'énervé légitimement d'attendre longtemps, dans des conditions pas toujours idéales. Et il est par ailleurs généralement dans une situation d'urgence perçue par lui comme telle, même si l'urgence réelle, évaluée par les professionnels (IAO) n'est pas en phase avec cette perception. Ceci entraîne des tensions, du fait que le temps de prise en charge réel ne va pas répondre aux attentes et aux exigences qu'il estime nécessaires au vu de l'urgence qu'il perçoit pour lui-même.

C'est bien le sens de la grille de la DUMC, qui recommande un temps d'attente, pour les patients non urgents, tout en précisant qu'il n'y a pas de délai d'installation du patient dans le box d'examen.

3.3.3.3. Attente

Selon la classification en niveau d'urgence, les niveaux de priorité et les temps de réponse proposés sont les suivants, pour l'étape du processus d'attente avant l'évaluation clinique dans les boxes d'examen⁴⁵. On trouvera condensées dans le tableau ci-dessous quelques échelles de gravité et les temps d'attente qui y sont associés selon des critères *médicaux*.

⁴⁵ Association canadienne des médecins d'urgence. – «L'échelle canadienne de tri et de gravité pour les départements d'urgence : guide d'implantation». – Journal de l'Association canadienne des médecins d'urgence. – Vol. 1, n°3 suppl. (oct. 1999). – P. S1-S28

Source de l'échelle de tri	DUMC, Cochin, HEGP échelle de Genève	Echelle canadienne de tri et australienne ETG	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec	Groupes de réflexion sur les urgences Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins ⁴⁶
Urgence vitale	Immédiat	Immédiat	Immédiat	Immédiat
Pronostic vital ou fonctionnel en jeu	20 minutes	15 minutes		
Très urgent		30 minutes		30 minutes
Urgent		1 h	1 h	
Semi urgent	<2 heures	2 h	2 h	
Consultation de ville possible	Pas de délai		Pas de délai	Pas de délai

Plus la cotation de gravité est élevée, plus il est important que le délai de prise en charge prévu soit respecté, ce que l'échelle canadienne traduit comme suit :

Niveaux	Délai avant la prise en charge médicale	Pourcentage de succès exigé	Taux prévisible d'admissions
Priorité I :réanimation	Immédiat	98 %	70%–90%
Priorité II :très urgent	15 minutes	95 %	40%–70%
Priorité III :urgent	30 minutes	90 %	20%–40%
Priorité IV :moins urgent	60 minutes	85 %	10%–20%
Priorité V :non urgent	120 minutes	80 %	0%–10%

Il convient néanmoins de rajouter des éléments *organisationnels* dans ces temps d'attente. Ainsi, une attente supérieure à 2 heures sera mal perçue par l'utilisateur et créera des difficultés de gestion des flux.

⁴⁶ Rapport des groupes de travail sur les urgences- Groupes de réflexions sur les urgences dans le cadre des protocoles des 13 et 14 mars 2000.- D. Nicolle - Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins - oct 2001

Dans l'idéal, la réévaluation, des patients en attente de consultation médicale fait partie intégrante du tri de l'IAO. La condition clinique de ces patients en attente doit en effet être réévaluée, si elle semble se détériorer ou si le délai fixé pour la prise en charge par le médecin est dépassé. À la suite de la réévaluation, l'infirmière peut modifier le niveau de priorité, si la condition clinique du patient le justifie. C'est toujours l'état clinique et non le temps d'attente qui détermine le niveau de priorité des soins.

3.3.3.4. Examen clinique

Notons que l'ARHIF se prononce sur le temps passé par les acteurs par patient pour les différents examens (examen clinique, examens complémentaires et diagnostic) :

- Le temps médical passé en moyenne par patient est recommandé à 30 minutes. Le temps passé par le médecin se décompose entre la phase d'examen clinique (qu'on peut évaluer à 2/3 de ce temps médical, soit *20 minutes*) et de diagnostic.
- Le temps infirmier par patient est préconisé à 1h15 pour la zone d'accueil et la zone d'examen et de soins (hors zone de surveillance de très courte durée).

Ces temps comprennent les temps de prise en charge par les IDE au niveau de l'accueil (IAO, préconisé à 5 minutes, pouvant atteindre 15 minutes), de *l'examen clinique* (1ers soins et observation clinique infirmière, pour transcription dans le dossier de soins, que l'on peut évaluer à *5-10 minutes*), de la demande d'examens complémentaires (prélèvements biologiques et soins complémentaires, évalués à 45 minutes) et du diagnostic (soins complémentaires si besoin, évalués à 5-10 minutes).

Le projet de service de l'hôpital Cochin préconise par ailleurs un temps de passage dans la *zone d'examen* (examen clinique, examens complémentaires et diagnostic) qui ne doit pas excéder 2 heures afin de maintenir un certain taux de disponibilité des boxes.

Dans le cas d'une urgence vitale (niveau 4), le patient arrive généralement directement à cette étape d'examen clinique, celle de l'accueil et du tri, et de l'attente étant « court-circuitées ».

L'existence d'une salle de déchocage est obligatoire du fait des textes.

La répartition des tâches entre les médecins est classique, la prescription médicale ne pouvant être faite par des internes.

Les recommandations de seniorisation s'appliquent à cette étape de prise en charge, d'où la flexibilité 3 mentionnée dans le schéma.

La seniorisation est de plus nécessaire pour les cas graves, les internes pouvant se voir déléguer le traitement de cas simples, le contrôle des seniors sur l'activité des internes se faisant, d'après la SFUM⁴⁷ via des procédures écrites, précisant les cas pour lesquels ils doivent en référer immédiatement à un médecin senior, et les cas où ils doivent rendre compte après leur examen.

L'examen clinique peut être long, plus ou moins selon la gravité de l'état du patient (qui peut allonger ou diminuer au contraire le temps d'examen), son âge et sa saleté : temps pour interroger du patient sur son traitement, récupérer les ordonnances, appeler la famille si besoin, manipuler le patient.

3.3.3.5. Examens complémentaires

C'est cette étape de la prise en charge qui prend le plus de temps.

3.3.3.5.1. Archives médicales

L'accès aux *archives médicales* est préconisé par la SFUM en moins de 30 minutes.

3.3.3.5.2. Avis spécialisés

Concernant le recours à des *avis spécialisés*, la SFUM se prononce sur les temps suivants :

- Le réanimateur de garde est disponible dans les 3 minutes.
- L'anesthésiste doit pouvoir intervenir dans les 10 minutes.
- Le chirurgien et tous les spécialistes doivent pouvoir être sur place dans les 30 minutes.

Considérés par la SFUM comme des critères essentiels, il s'agit de temps, auxquels sont associés la flexibilité 0.

Les recommandations de l'ARHIF sur les gardes ou astreintes dans les services d'aval qui sont indispensables (au sens de l'article R. 712-64 du Code de la Santé Publique : réanimation, médecine générale ou médecine interne, médecine à orientation cardio-vasculaire, médecine pédiatrique, anesthésie-réanimation, chirurgie orthopédique et

⁴⁷ La SFUM ou *Société Française d'Urgences Médicales* est une société savante qui s'est donné pour mission de veiller au progrès de la connaissance en matière de médecine d'urgence. La SFUM, s'imposant comme organisme de formation médicale continue, met en place des congrès et des séminaires et travaille à la recherche d'outils d'évaluation propres aux services d'urgence.

chirurgie viscérale, y compris gynécologique).au fonctionnement du SAU mentionne quant à elle la nécessité que le médecin arrive au SAU dans les 15 minutes.

3.3.3.5.3. Prescription complémentaire et prélèvement biologique par l'IDE du SAU

Les examens spécialisés ne peuvent être demandés par un interne (flexibilité 0) et les compte rendus doivent être donnés au malade à son retour (préconisation de la SFUM).

Notons en outre que les examens biologiques ne peuvent être traités par le laboratoire que si l'IDE a réalisé les prélèvements biologiques sur le patient, ce qui rajoute une étape supplémentaire par rapport à un examen complémentaire d'imagerie.

3.3.3.5.4. Traitement des examens d'imagerie et de biologie

- La SFUM se prononce sur un délai de rendu pour certains examens d'imagerie : les échographies les plus urgentes (ex : échographies abdomino-pelviennes) sont obtenues dans un délai inférieur à 30 minutes (flexibilité 0) et les échographies cardiaques dans un délai de 60 minutes.
- Le retour des examens biologie en 2h, 24h sur 24 est considéré par la SFUM comme essentiel (flexibilité 0), les textes mentionnant des résultats obtenus « sans délai ».
- La SFUM insiste notamment sur des délais de transport courts, pour tous les prélèvements de biologie (moyens de transports dédiés et rapides sont jugés essentiels) et pour les radiologies standards (réalisation dans les locaux du SAU ou à proximité immédiate).
- Le transport en imagerie de patients graves doit être fait par deux personnes, à même de réagir en cas de dégradation de l'état du patient. L'accompagnement par un aide soignant permet de gérer les perfusions dans le transport.
- Dans le but de respecter les délais mentionnés, la SFUM considère comme indispensable (flexibilité 0) l'existence d'un circuit d'urgence pour les radiologies standards. Plus généralement, un circuit prioritaire est souhaité (flexibilité 2) pour les examens d'imagerie.

Les textes se prononcent en outre sur les disciplines devant être assurées 24 h sur 24 dans un SAU :

- Les examens d'imagerie réalisables de nuit, sont la radiologie classique, l'échographie, la scanographie et les explorations vasculaires. Ceux de biologie sont

la biochimie, l'hématologie, l'hémobiologie, la microbiologie, la toxicologie, l'hémostase, les gaz du sang.

3.3.3.5.5. *Réception des résultats des examens complémentaires*

Notons que des délais de retour des examens rapides sont inutiles si l'équipe des urgences n'est pas informée immédiatement de l'arrivée des résultats de biologie et d'imagerie, pour lui permettre de passer à l'étape suivante de la prise en charge (le diagnostic). En effet, l'équipe des urgences traitant plusieurs cas de patients en parallèle, il peut s'écouler un temps important avant qu'elle ne s'enquière de leur disponibilité pour le patient concerné.

Sur le logiciel URQUAL utilisé à l'hôpital Cochin, les résultats de biologie qui sont de retour sont visibles (changement de couleur de l'icône biologie de l'étiquette patient). Par contre, l'information sur les résultats de système radiologie n'est pas automatisé de la sorte, puisqu'il est non informatisé.

3.3.3.6. Sortie

3.3.3.6.1. *En cas de sortie directe depuis la zone d'examen*

Le projet de service de l'hôpital Cochin se prononce pour les patients graves sur des durées au niveau de cette étape :

- En cas de prise en charge dans la *salle de surveillance rapprochée* de l'unité d'observation, l'attente dans cette zone ne peut excéder 6 heures. Par ailleurs, cette zone ne doit être utilisée que si l'état du malade nécessite un séjour en réanimation et que l'Hôpital n'a pas de lit disponible.

3.3.3.6.2. *En cas de passage dans la zone de surveillance de très courte durée*

5 à 7 % des patients admis aux urgences nécessitent une prise en charge dans la zone de surveillance de très courte durée⁴⁸.

- Une règle de nombre de boxes pour la *zone de surveillance de très courte durée* (3 à 5 par tranche de 10 000 passages pour un SAU) est prévue dans les décrets sur les urgences.

⁴⁸ ARHIF, Recommandations sur la permanence médicale et paramédicale dans un service d'urgence (cf. Bibliographie)

- L'ARHIF s'est prononcée en outre sur les effectifs de cette zone : l'effectif d'1 ETP médical pour 2000 passages et de 1 IDE et 1 AS jusqu'à 15 lits est préconisé.
- Par ailleurs, le rôle de la zone de surveillance de très courte durée est de permettre une observation du patient, une surveillance clinique, une réalisation de gestes techniques et thérapeutiques, de prescrire le recours à un spécialiste, mais pas d'attendre un lit d'hospitalisation. Le passage de moins de 24 h est réaffirmé par l'ARHIF. La SFUM, quant à elle accepte au pire (flexibilité 0), une présence de 2 nuits consécutives et de 36 h, la DMS devant rester inférieure à 24 h. Le rapport Capron abonde lui aussi dans ce sens.

3.4. DESCRIPTION DES PROCESSUS RÉELS DE PRISE EN CHARGE AU SAU

3.4.1. Méthode retenue

Le processus réel décrit ici se base sur des interviews des acteurs, sur des observations menées sur le terrain dans les SAU de l'hôpital Cochin et de l'HEGP, ainsi que sur une étude sur l'analyse des flux à la Division des Urgences Médicochirurgicales (DUMC - Hôpital Cantonal Universitaire, Genève, Suisse)⁴⁹, et sur des résultats issus de la base de données mission PMSI⁵⁰.

Par rapport au processus idéal décrit dans la partie précédente, il s'agissait d'observer les acteurs réellement impliqués dans chaque étape du processus de prise en charge, ainsi que le temps réellement nécessaire à chaque étape (qu'il a donc fallu mesurer sur le terrain).

3.4.2. Remarques générales

3.4.2.1. Finesse de la description du processus (ou granularité)

Il convient, pour en tirer des plans d'action, d'entrer dans le détail du processus en adoptant une analyse (ou granularité) plus fine lorsque l'étape du processus pose problème.

⁴⁹ Bazin A., et al. Etude sur l'analyse des flux aux urgences : contexte, méthodes et résultats (cf. Bibliographie)

⁵⁰ Cf. Bibliographie

Ainsi, le processus de prise en charge aux laboratoires est composé du transport, du passage par le centre de tri -AGEB- puis par les laboratoires, avant d'être réexpédié aux services.

Il convient ensuite d'analyser chaque étape du processus.

Concernant le passage à l'AGEB, on peut le décomposer en plusieurs phases : la réception des prélèvements, l'ouverture des sachets d'expédition sur la paillasse et leur identification en tubes urgents et non urgents, la saisie informatique, puis l'envoi aux laboratoires.

De la même façon, la prise en charge au niveau de l'accueil du SAU se compose de l'enregistrement d'identité du patient et du tri des patients en fonction de leur gravité.

3.4.2.2. Existence de temps morts cachés

Il existe beaucoup de temps morts dont les acteurs n'ont pas conscience. Néanmoins il faut noter que ceux-ci ne sont pas nécessairement inutiles, en ce sens qu'ils peuvent créer de la valeur.

Ainsi, entre le moment où le médecin a pris la décision de prescrire un examen complémentaire pour asseoir son diagnostic et celui où il établit effectivement l'ordonnance, j'ai pu constater près de 15 minutes, pendant lesquelles le médecin continue à affiner son pré-diagnostic et ses hypothèses, échange éventuellement sur le cas médical avec l'équipe, puis s'installe pour remplir le dossier patient, les prescriptions étant généralement faites en dernier. Ce sont souvent d'ailleurs les IDE qui demandent au médecin s'il a fait sa prescription, et qui anticipent parfois celle-ci, lançant ainsi des tâches en parallèle (prélèvement infirmier en parallèle de la prescription médicale alors qu'elle devrait lui être consécutive), au lieu de respecter une stricte succession des tâches.

Le prélèvement infirmier démarre alors. Mais les IDE groupent les actes qu'elles ont à effectuer sur un patient, avant de passer à la phase suivante du processus, à savoir l'envoi des tubes au laboratoire.

Ainsi, lors de mon observation, j'ai pu constater que l'IDE effectuait les prélèvements sanguins et installait une perfusion par la même occasion pour pouvoir commencer le traitement en attendant le résultat des examens complémentaires. Dans le cas observé, la perfusion a tout d'abord été difficile

à poser, si bien qu'il a fallu s'y reprendre à plusieurs fois. La patiente relevait par ailleurs d'une prise en charge psychiatrique, si bien que la patiente réclamait qu'on lui prête une attention importante et qu'on lui explique à quoi servaient les soins prodigués, ce qui était gage de sa coopération aux soins (elle a ensuite refusé toute radiologie).

On note ici la spécificité de la comparaison du processus de soins avec un processus industriel, l'humain et les temps de prise en charge étant moins normés. Il s'agit d'un colloque singulier entre le patient et le médecin, et non d'un processus prévisible et répétitif de soins.

3.4.2.3. Absence de fiabilité de la mesure de la durée des processus

Les temps réellement réalisés ne correspondent généralement pas aux temps mesurés au sein de l'organisation.

Ainsi, à l'AGEB, alors que la prise en charge d'un prélèvement urgent par le personnel peut durer environ 5 minutes avant sa transmission au laboratoire, les tubes urgents peuvent patienter près de 5 minutes après leur arrivée avant d'être pris en charge.

Or toutes les mesures de la performance de l'AGEB, qui était très critiquée dans la phase de mise en place de cette nouvelle organisation, démarraient lors de l'arrivée du tube sur la « paillasse » (i.e. le début du traitement pré-analytique après réception des tubes) par une inscription manuelle de l'heure, soit un écart du simple au double entre le temps mesuré (5 minutes) et le temps « réel » (5+5 minutes).

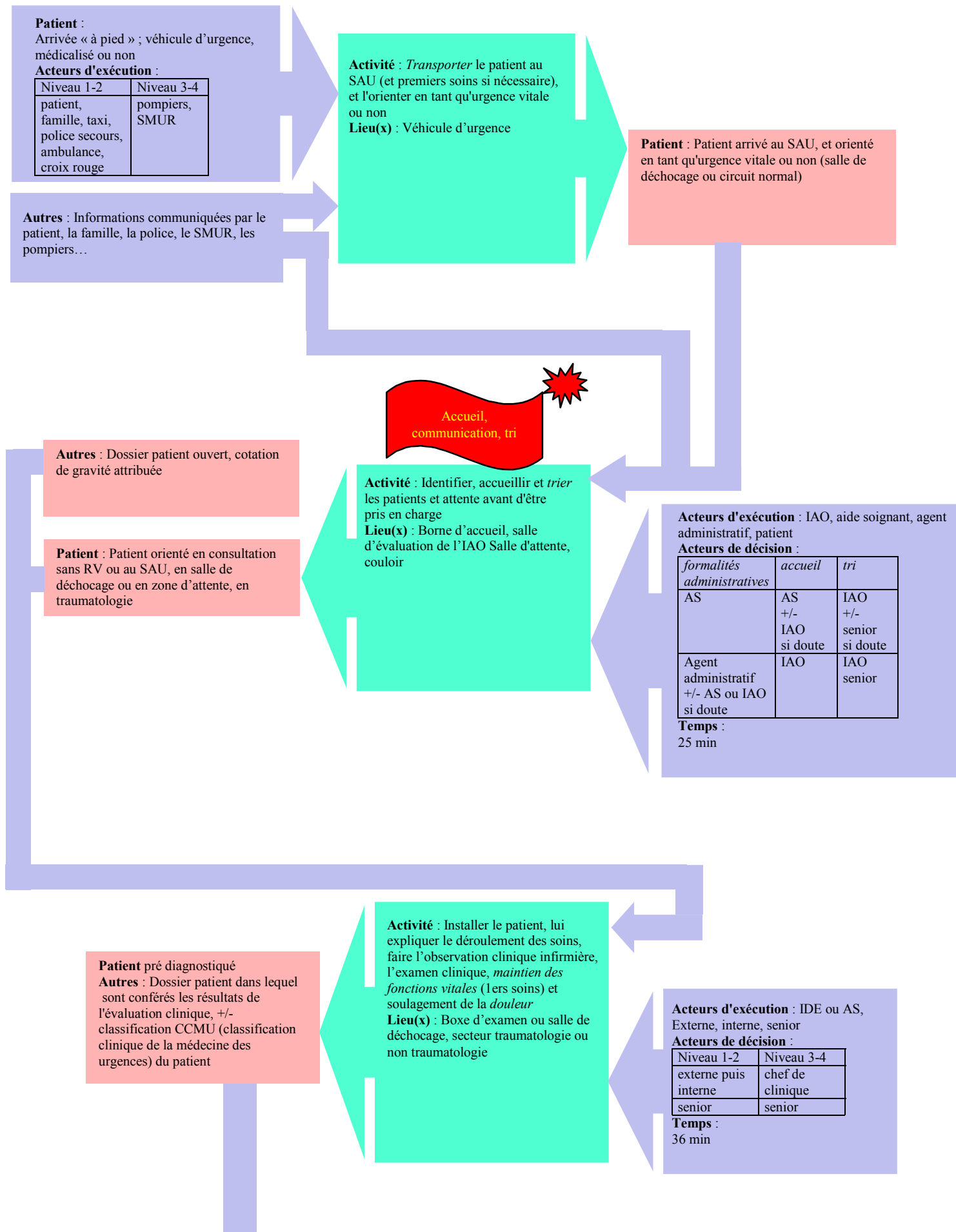
De même, si l'IAO voit rapidement les patients (en moins de 10 minutes et plus rapidement en cas de gravité du cas identifié par l'AS d'accueil), le patient peut patienter près de 30 minutes avant d'atteindre le bureau de l'AS d'accueil. Le temps enregistré dans le logiciel URQUAL ne démarre qu'au moment où le patient est enregistré par l'AS d'accueil si bien que l'écart entre le temps réel et le temps mesuré est significatif (ici un écart de 30 minutes pour un temps mesuré de 20 minutes). Dans ce cas, un tel écart paraît non acceptable puisque cette erreur de mesure empêche de mettre en évidence que la prise en charge atteint un niveau insatisfaisant (flexibilité inférieure à 0). En effet, le but de l'accueil au SAU est de discriminer les cas graves, afin d'adapter la durée de leur prise en charge. Il s'agit donc d'attribuer la cotation de gravité rapidement, que les acteurs (Directeur des Soins Infirmiers -DSI- et

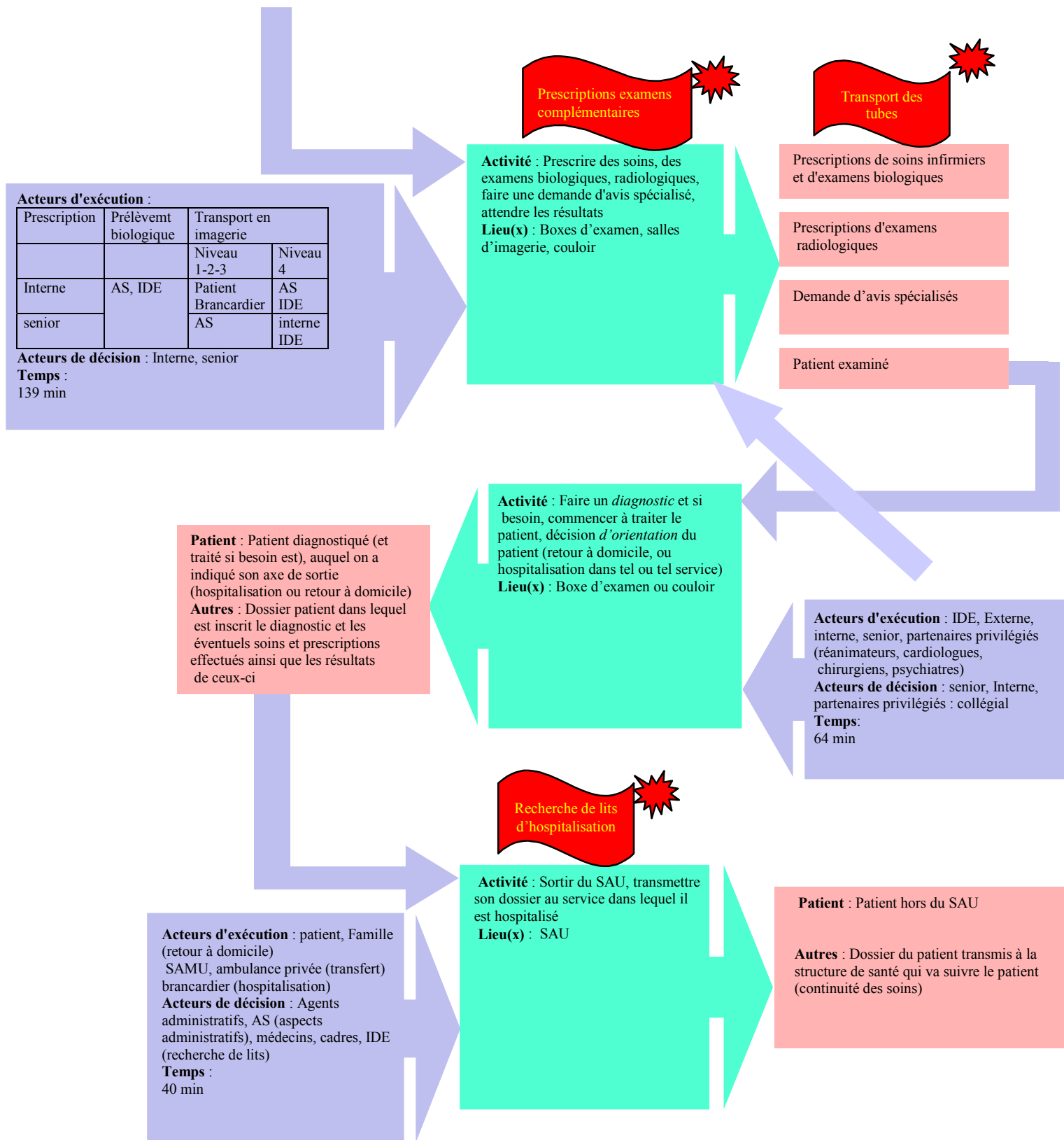
le chef de service du SAU) que j'ai interrogés ont évalué à 20 minutes maximum (flexibilité 0).

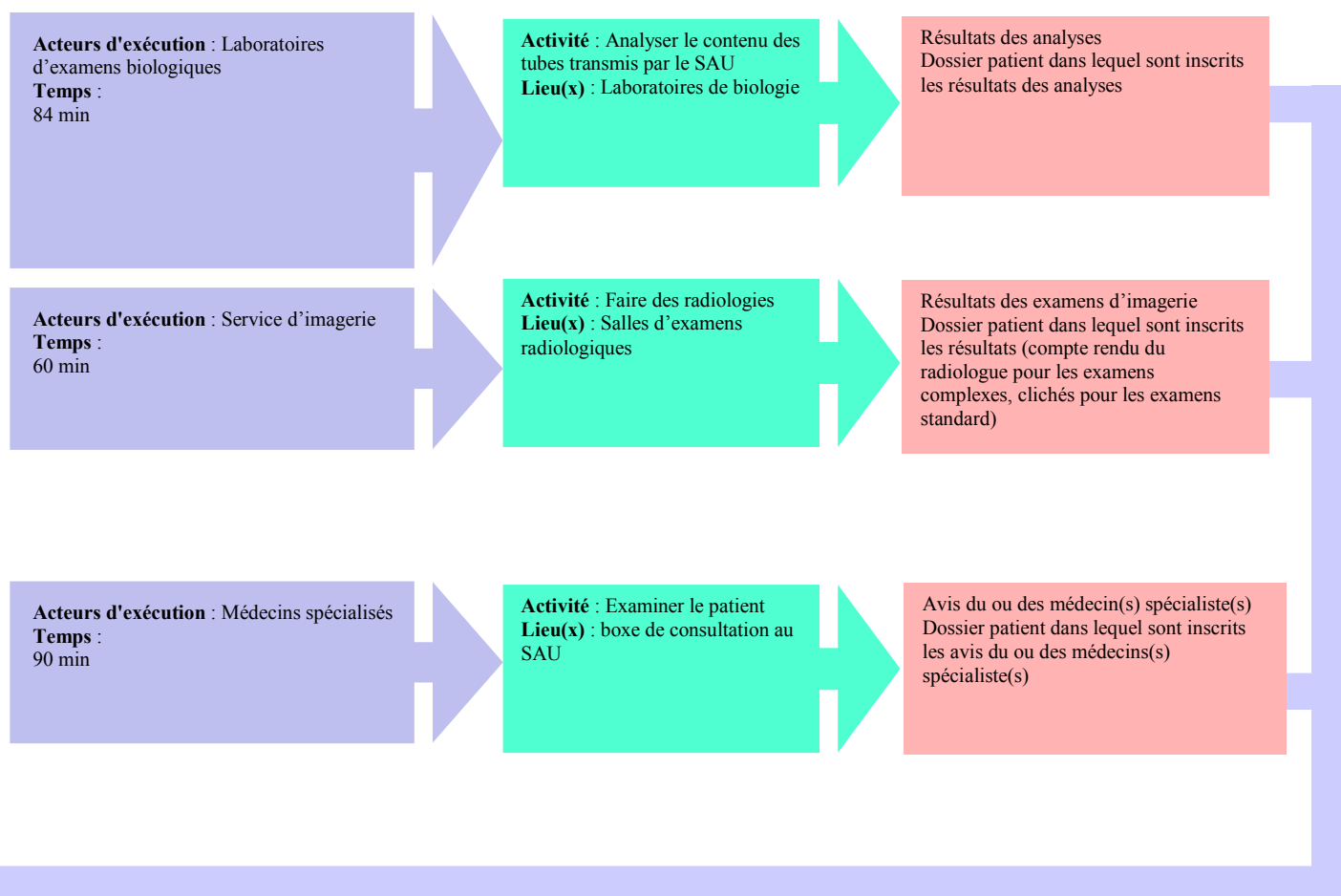
Ces exemples montrent bien qu'il faut mesurer correctement et précisément les temps, et non s'en tenir aux temps officiels, qui sont partiels.

3.4.3. Etude des flux associés au processus de prise en charge au SAU

Concernant les temps de prise en charge, l'étude menée au DUMC fournit les mesures moyennes suivantes, qu'on peut comparer aux temps de prise en charge idéal, établis plus haut (cf. schéma).







On peut noter tout d'abord que certains patients correspondant à une gravité donnée empruntent le circuit correspondant plutôt à une autre gravité.

Et ce alors que la prise en charge d'un patient au SAU est différenciée, en termes d'acteurs intervenant dans la prise en charge et de temps de prise en charge, en fonction de la gravité (cf. schéma idéal dans la partie précédente).

Ainsi, une personne dans un état critique et qui sera donc classée en niveau de gravité 4 peut, n'ayant pas conscience de son état, arriver à pied, et non par le SAMU.

J'ai également pu observer le cas d'un patient classé de niveau 2 (peu grave) par l'IAO se voir prescrire un examen complémentaire pointu (IRM), alors que ces examens sont réservés aux cas graves. Il s'agissait en l'occurrence d'un cas de cancer métastasé, dont on n'a perçu la gravité potentielle et donc le nécessaire recours éventuel à la chirurgie dans un délai court, qu'après le retour des premiers examens de biologie. L'évaluation faite par l'IAO au moment de l'arrivée du patient au SAU se révèle donc inadaptée (sans que soit remise en cause la qualité du tri effectué, qui ne pouvait distinguer par un simple examen la gravité du cas) en cours du processus de prise en charge, alors que le patient reste identifié comme peu grave aux yeux de tous (sur le logiciel URQUAL).

Une telle situation s'explique par le fait que le recours à un moyen de transport donné est à l'initiative du patient, même s'il existe des mécanismes pour réorienter le patient vers le mode de transport adéquat jusqu'au SAU. Les médecins gérant les transports dédiés aux cas graves (SAMU) veillent ainsi à ce que leur recours soit justifié, n'hésitant pas à renvoyer sur d'autres modes de transport (ambulances, pompiers...), et ceux gérant les autres transports médicalisés cherchent à réorienter sur le SAMU en cas de nécessité.^o

Or dans les cas critiques, les accidents peuvent arriver, car il s'agit alors pour les professionnels de discriminer, au sein d'un flux plus ou moins homogène de patients et de conventions de gravité, le patient qui a emprunté ou été orienté vers le mauvais circuit.

L'étude des processus réels se révèle être différente du processus idéal en termes d'acteurs impliqués dans les étapes du processus de prise en charge.

Ainsi, j'ai pu observer que l'IAO n'est pas toujours présente en permanence à l'accueil en cas d'affluence dans la zone d'examen. Une étude de 1995⁵¹ réalisée par la SFUM et le réseau sentinelle des urgences démontre d'ailleurs que seuls 39% des hôpitaux disposaient d'une IAO, alors qu'elle était recommandée par circulaire depuis 1991. Néanmoins, la situation a dû changer depuis les textes de 1995 et 1997.

De même, les internes prennent parfois en charge entièrement un patient sans que cela soit le résultat d'une délégation formalisée dans une procédure de répartition des rôles entre médecins du SAU ou d'une délégation effectuée au cas par cas en fonction de la gravité du patient.

Dans l'étape d'accueil et d'orientation, le temps le plus long est souvent le temps d'enregistrement ou celui d'attente avant l'enregistrement.

Ainsi, les organisations de l'HEGP et de l'hôpital Cochin, bien que différentes aboutissent toutes deux à des temps correspondant à cette étape qui sont importants.

Il apparaît que les flux qui posent problème peuvent être étudiés sous l'angle de l'organisation du travail, les tâches effectuées pouvant se faire en série ou en parallèle.

A l'hôpital Cochin, l'aide soignant d'accueil traite en effet les cas des patients de façon séquentielle, accueillant les patients les uns après les autres, mais est tout d'abord perturbé dans sa tâche par les traditionnelles arrivées de SAMU, qui sont traitées immédiatement. Cette interruption est justifiée, du fait que les patients amenés par véhicule d'urgence sont la plupart du temps plus graves que ceux venus à pied. Néanmoins, il existe une autre raison moins justifiée qui interrompt le travail de l'AS : le téléphone, qui sonne constamment, l'AS faisant de fait office de standardiste du SAU. Une queue importante se forme donc parfois, au pied de son bureau et il n'a plus le temps d'effectuer un contrôle médical des patients.

Une réorganisation des appels, en lien avec le standard et une utilisation plus systématique des numéros directs pourrait améliorer la prise en charge du patient et créer davantage de valeur.

Quant à l'HEGP, l'aide soignant traite le cas de plusieurs patients en parallèle, puisqu'il accueille immédiatement chaque patient qui se présente, lui prenant

⁵¹ Cf. Bibliographie

ses papiers avant de l'envoyer en salle d'attente ou au POMA, ce qui vient interrompre le traitement du dossier en cours. Il se perd parfois dans ses dossiers et l'ordre de traitement de ceux-ci semble devenir un peu aléatoire : ce n'est dès lors ni le critère d'urgence, ni celui d'ordre d'arrivée qui sont respectés.

3.4.4. Etude de l'interface de la prise en charge au SAU avec les autres modes de prise en charge

Il s'agit d'illustrer et de mettre en évidence l'interaction du processus des urgences avec le reste de l'organisation et donc avec d'autres processus, de prise en charge (hôpital de jour, hospitalisation classique) et de support (fonctions médico-techniques...).

3.4.4.1. Au niveau de l'étape « sortie du SAU » : l'interface avec la prise en charge par l'hospitalisation classique

Cette interface consiste en la recherche d'un mode de sortie pour le patient du SAU qui a besoin d'être hospitalisé.

Cette hospitalisation peut se faire :

- En interne (services d'hospitalisation d'aval des urgences, comme la gériatrie, la médecine interne, la cancérologie, la pneumologie, la réanimation...);
- En externe par transfert (services d'aigus d'hospitalisation, services de soins de suite, services de long séjour très rarement, d'hospitalisation à domicile..., comme l'a mis en exergue le rapport Capron).

Ainsi, la dernière étape du processus de prise en charge au SAU (i.e. la sortie du SAU) consiste à faire entrer le patient dans le processus de prise en charge dans un service d'hospitalisation. On comprend donc que la durée de cette dernière étape dépend de la rapidité de l'entrée dans le processus d'hospitalisation et donc des acteurs y travaillant. Or la rapidité de ce transfert entre le SAU et la structure d'hospitalisation pose un problème général, les capacités en lits étant mal réparties pour les besoins de la population (nombre insuffisant de lits dans les spécialités d'aval des urgences, soins de suite et réadaptation...). C'est notamment le cas qu'a fait le rapport Capron pour l'AP-HP.

La logique retenue au SAU de l'hôpital Cochin est donc de travailler particulièrement sur l'étape du processus de prise en charge « sortie, recherche de lits ». Il est vrai que la situation spécifique de l'hôpital Cochin y rend la gestion de la recherche de places d'aval du

SAU particulièrement critique : en effet, les services impliqués dans l'aval du SAU ont un recrutement très peu basé sur les urgences.

La politique adoptée par le service est donc : « *le bon malade, au bon endroit, au bon moment* ».

Toute la prise en charge du patient est ainsi dirigée vers son orientation à venir : il s'agit en permanence pour l'équipe de se donner les moyens de trouver quel est le bon endroit pour l'accueil du patient.

La collaboration des spécialistes au niveau du SAU va dans ce sens puisqu'elle permet de diagnostiquer plus rapidement et de façon plus fiable. Celle-ci semble très développée à l'hôpital Cochin.

Ainsi j'ai vu un spécialiste rhumatologue aider un médecin du SAU à transférer un malade, en expliquant le cas médical à la structure potentielle d'accueil. J'ai vu aussi des spécialistes urologues se déplacer au SAU dans un délai raisonnable (moins de 45 minutes après avoir été joint en direct au téléphone).

Les problèmes de coopération sont gérés au fur et à mesure, le chef de service contactant les services lorsqu'une anomalie dans la coopération lui est signalée par son équipe (lors des staffs journaliers par exemple).

Par ailleurs, l'importance portée au transfert du patient au « bon endroit » fait que l'équipe du SAU de l'hôpital Cochin refuse de transférer un malade de nuit dans un service qui n'a pas de présence médicale continue, pour des raisons de qualité de la prise en charge médicale. De même, les transferts sont préférés à une admission dans un service de l'hôpital inadapté à la pathologie de patient.

Enfin, le SAU de l'hôpital Cochin a cherché à développer des partenariats importants avec des structures d'accueil extérieures.

Toujours dans le but de placer le patient au « bon endroit », le critère de choix de ces structures partenaires est la qualité médicale dans une spécialité donnée, établie préalablement et évaluée régulièrement, selon certains indices (volonté de la structure d'assurer la continuité des soins, entre structures sanitaires distinctes ; plaintes de la famille auprès du SAU par rapport à la structure où a été envoyé le patient ; visites de l'équipe de l'hôpital auprès de la structure partenaire...).

Le critère institutionnel n'a donc pas été retenu, ni celui de statut public de la structure partenaire, ni enfin celui de sa proximité par rapport au domicile du patient.

Au final, on peut constater les résultats de cette politique volontariste puisqu'en général, il n'y a pas de malades dans les couloirs du SAU de l'hôpital Cochin.

Toutefois une étude plus approfondie de ce service pourrait être utile pour vérifier que cette politique de transfert actif n'a pas d'effet pervers.

3.4.4.2. Au niveau de l'étape « demande d'examens complémentaires » : l'interface avec l'hôpital de jour et l'hospitalisation classique au niveau du plateau médico-technique

Il s'agissait d'étudier l'étape du processus du traitement des examens biologiques par les laboratoires, qui est en interaction avec le processus des urgences.

La flexibilité de la biologie a donc été étudiée, en termes de ressources de temps (i.e. temps du rendu des examens), en fonction de leur organisation (ressources machines et de personnel disponibles).

Ainsi, j'ai demandé aux acteurs du pôle biologie de l'HEGP : « Quel est pour vous le délai de rendu des examens en dessous duquel vous ne pouvez descendre, et celui qui serait votre délai idéal ? ».

Le but est d'effectuer une comparaison de la flexibilité en termes de délai de rendu des examens proposée par la biologie avec celle exigée par le SAU (temps associé à l'étape du processus de prise en charge des malades où les examens complémentaires sont prescrits).

Ceci illustre les interactions existant entre les parties de l'hôpital et fournit des pistes de contractualisation visant à trouver un compromis acceptable (flexibilité correcte pour les différents processus concernés : urgences, biologie).

Il conviendrait d'introduire dans le raisonnement le temps de prise en charge des examens issus de l'hôpital de jour et de l'hospitalisation classique pour intégrer toutes les parties prenantes dans cette contractualisation.

3.4.4.2.1. *Le traitement des examens de biologie commence au niveau du SAU*

Les acteurs du SAU ont souvent tendance à oublier que les examens de biologie ne peuvent être traités qu'une fois que le médecin a prescrit l'examen complémentaire et que l'IDE a effectué le prélèvement biologique sur le patient au SAU : d'où l'importance de veiller au temps consacré à ce sous-processus des urgences qui conditionne le délai de rendu des examens.

L'essentiel du temps passé par l'IDE auprès du patient a lieu après l'examen clinique du patient par le médecin, qui débouche sur une prescription de soins. Le temps consacré aux soins et diagnostics infirmiers est important (comme évoqué plus haut : 1 h 15, selon les recommandations de l'ARHIF). Or, la part la plus importante de celui-ci (45 minutes) se déroule durant la phase d'attente des examens complémentaires (puisque'il s'agit du moment où le SAU traite le patient, en attendant de poser le diagnostic).

L'IDE doit effectuer les soins prescrits en même temps qu'elle est chargée d'effectuer des prélèvements biologiques, prélude nécessaire aux examens complémentaires de biologie.

Or, les examens de biologie constituent un goulet d'étranglement du processus de prise en charge, si bien qu'on comprend l'importance de l'ordre de réalisation des prescriptions de soins :

Ainsi, j'ai pu observer le temps réel qui s'écoule entre la décision de demande d'examen complémentaire de biologie et l'envoi des tubes au laboratoire.

Pour une patiente qui était atteinte d'une maladie chronique et qui avait des troubles psychologiques, le médecin a ainsi arrêté les examens biologiques qu'il désirait vers 18h50. Or, sa prescription sur ordonnance n'a eu lieu qu'un quart d'heure plus tard (19h07). Les prélèvements n'ont été envoyés qu'une demi heure après (19h35), le temps que l'IDE finisse ce qu'elle était en train de faire, qu'elle prépare le matériel nécessaire, rassure la patiente, qui était anxieuse, réussisse à poser une perfusion (2 tentatives) et effectue les prélèvements biologiques en tant que tels.

3.4.4.2.2. Les temps de prise en charge dans le processus réel

Le processus de prise en charge au laboratoire peut se décomposer en sous processus, i.e. le passage par l'AGEB, puis par un laboratoire. Il s'agit donc de connaître le temps de traitement des deux étapes.

Les instruments de mesure du temps disponibles sont :

- Heure d'enregistrement sur la table de tri (ou « paillasse »), fait manuellement par les agents de l'AGEB ;
- Heure d'enregistrement dans le logiciel de gestion de laboratoire Netlab au moment de l'enregistrement informatique effectué par les agents de l'AGEB ;
- Heure de réception dans le laboratoire, enregistré manuellement par certains laboratoires.

L'observation et les mesures disponibles font apparaître les temps suivants pour les deux étapes étudiées :

- Temps de traitement à l'AGEB

Il existe à l'AGEB un circuit distinct pour le traitement des examens urgents : un poste de saisie y est dédié et surtout, le traitement sur la « paillasse » se fait en **flux tendu** et non par **lot**, comme pour les autres tubes. Ces derniers, non-urgents, ne passent en effet à l'étape suivante du processus de prise en charge à l'AGEB que lorsque les plateaux à 12 alvéoles groupés entre plusieurs laboratoires sont remplis.

Les mesures disponibles du temps de traitement des tubes à l'AGEB concernent les examens d'hémostase. En effet, le laboratoire d'hématologie enregistre manuellement l'heure de réception des tubes à son niveau, ce qui permet de calculer automatiquement le temps de passage à l'AGEB.

Les temps constatés de passage à l'AGEB varient entre 12 à 20 minutes, soit 16 minutes en moyenne pour les examens urgents, contre 37 minutes; soit plus du double pour le circuit non urgent

Plus précisément, une étude par tranche horaire montre que les temps de passage à l'AGEB varient en fonction de la charge de travail : le temps le plus important enregistré est de 25-30 minutes (flexibilité 0), tandis que le temps minimal constaté est de 5 min (flexibilité 3).

On considérera que ce temps est représentatif de la prise en charge en urgence, au moins au niveau des laboratoires de la zone robotisée (biochimie et hématologie, qui traitent 30% des prélèvements de biologie).

- Temps de traitement au laboratoire de Biologie

Le processus observé l'a été en biochimie, plus gros laboratoire, auquel sont adressés près de 40 % des prélèvements effectués par les services de soins.

Le temps donnés ci-dessous sont issus des mesures effectuées par le laboratoire de biochimie en 2001 (en période de rodage, ce qui relativise les données collectées) concernant le temps de traitement d'un échantillon biologique provenant du service d'accueil des urgences pour des examens urgents. Ils résultent du temps affiché sous Netlab lors de l'enregistrement des tubes par les agents de l'AGEB.

Etant donné que l'organisation de la biologie se fait en circuit urgent - non urgent, et que le SAU est l'un des représentants du circuit urgence, on considérera par extrapolation que les temps de traitement des autres prélèvements urgents est comparable.

Les temps constatés sur le circuit en urgence sont les suivants :

- 5 à 20 minutes pour les gaz du sang
- 31 à 46 minutes pour les marqueurs cardiaques
- 25 à 58 minutes pour la biochimie clinique (ionogramme, enzymologie, bilan hépatique, CRP...)

Ainsi on constate que le temps de traitement des examens urgents de biologie ne dépasse pas 1 heure (flexibilité 0) et descend jusqu'à 5 minutes (flexibilité 3) selon le type d'examen urgent.

Cependant, en termes de méthodes, ces mesures sont à relativiser. Le temps enregistré pour l'AGEB est celui qui s'écoule entre le temps où le tube arrive sur la table de tri et celui où il est pris en charge par le laboratoire d'hémostase, ces temps étant enregistrés manuellement. Or le temps entre lequel le tube est arrivé et celui où il est traité sur la table de tri peut être long, même pour les tubes urgents, et ce temps n'est pas enregistré.

Concernant le temps mesuré par la biochimie, de telles imprécisions sur le temps d'examen peuvent exister.

Par ailleurs, les temps mesurés et mentionnés se recoupent en partie : le temps de travail par les agents de l'AGEB sur l'ordinateur où sont enregistrés les tubes et le temps de transport entre l'AGEB et le laboratoire est inclus aussi bien dans le temps mesuré par le laboratoire de biologie, que dans le temps mentionné plus haut pour l'AGEB).

Ce temps compté deux fois est a priori assez faible pour les gros laboratoires, qui correspondent à des activités de routine (hématologie et biochimie). En effet, ces laboratoires se trouvent dans la zone robotisée, ce qui réduit le temps de transport des tubes depuis l'AGEB. Par contre, pour le laboratoire de micro-biologie, ce temps de transport peut être plus significatif, du fait de son éloignement de l'AGEB.

On peut estimer le temps de transport pour l'hématologie et la biochimie à 1 minute dans l'idéal (flexibilité 3) et à 2-3 min dans le cas où on intègre un temps mort entre la fin de l'enregistrement et le départ vers le laboratoire (flexibilité 0).

Pour la microbiologie et les autres laboratoires spécialisés, on peut compter sur 7 minutes environ en flexibilité 0.

3.4.4.2.3. La définition officielle de l'urgence au niveau du pôle biologie

Il faut s'attarder sur la définition de l'urgence retenue par le pôle biologie.

Le circuit de l'urgence est officiellement abondé selon deux critères au niveau de l'AGEB :

- Le *moyen de transport* par lequel les tubes arrivent, les pneumatiques étant considérés comme apportant des tubes à analyser rapidement.

Ainsi, le critère de l'urgence retenu correspond à certains *services* (ceux reliés au pôle biologie par pneumatiques), qui sont considérés comme envoyant des prélèvements urgents, de par la gravité moyenne importante des patients accueillis. Comme cela est classique, il s'agit des blocs opératoires, du SAU, des réanimations, du Plateau Technique Interventionnel, des Unités de Soins Intensifs de cardiologie, des salles de réveil. Ces services sont donc reliés au pôle de biologie par des *moyens de transport* rapides, les pneumatiques.

- A ce premier critère, s'ajoute la couleur des sacs, dans lesquels sont enfermés les tubes, qui arrivent par les valises, moyen de transport plus lent (puisque la durée de transport peut dépasser le quart d'heure lorsque le service expéditeur se trouve à l'opposé du plateau de biologie).

Aux prélèvements issus des services reliés par pneumatique peuvent donc se joindre des prélèvements dont l'analyse doit être rapide. L'urgence est alors définie par le service, au cas par cas, pour les *patients graves*.

Par ailleurs, au niveau des laboratoires, il n'existe pas de distinction entre circuit urgent et non urgent, pour ne pas avoir à dédier des machines au circuit de l'urgence, ce qui serait défavorable à la rentabilisation des automates utilisés. Néanmoins, les tubes urgents sont **traités en flux tendus**, alors que les autres ne seront mis dans l'automate que quand un portoir est plein.

Ceux-ci sont identifiés par les laboratoires grâce aux identifiants portés par le personnel de l'AGEB sur les tubes urgents (des ronds sont ainsi inscrits sur les bouchons) et par les flags utilisés sur informatique (dans netlab) lors de la saisie des prélèvements. Des portoirs spécifiques aux tubes urgents sont également utilisés à l'entrée du laboratoire.

Il existe en outre une possibilité d'agir sur l'ordre de **validation biologique**, les prélèvements les plus urgents étant présentés à la validation en premier. Une telle démarche doit cependant être volontaire, car elle n'est pas pour le moment automatique. Des **validations automatiques** existent par ailleurs, au niveau de la biologie.

On note donc que la distinction entre circuit urgence - non urgence de la biologie ne recoupe pas entièrement la notion de service (SAU, blocs...), ni de type de prise en charge (hôpital

de jour...), mais permet de rendre un service le plus adapté possible aux « clients » du laboratoire. La définition retenue pour l'urgence permet ainsi aux laboratoires de gérer l'interface des différents modes de prise en charge, les priorités étant données aux urgences vitales.

3.4.4.2.4. *Les assouplissements et les limites constatés sur le terrain*

Ces critères officiels sont cependant complétés, voire infirmés par divers éléments.

- Tout d'abord, le **code visuel de la couleur du sac est brouillé** par le double critère retenu : moyen de transport et couleur du sac :

Un sac blanc arrivé par pneumatique sera traité comme un sac rouge arrivé par valise car les tubes arrivés par pneumatiques sont traités indifféremment, quelle que soit la couleur du sac dans lequel ils sont envoyés.

Un deuxième élément de complexité vient du fait que le matin, les sacs rouges qui ont été écartés des analyses de nuit du fait de leur non appartenance à la liste établie, ne sont pas traités immédiatement par les agents de l'AGEB. Ils considèrent en effet que les examens écartés ne sont pas urgents, si bien qu'ils passent après les nouveaux sacs rouges et ceux des pneumatiques arrivés le matin.

- En outre, le **critère de type d'examens biologique entre parfois en compte** :

Les agents du pôle biologie ne se permettent pas de porter un regard sur la prescription clinique, bien que les prélèvements mis dans des sacs rouges ne soient pas tous urgents.

Cependant, cette règle varie selon les horaires. Ainsi, les agents hospitaliers de la journée, affectés à l'AGEB sont remplacés la nuit par des techniciens de laboratoire (qui travaillent à cheval sur les laboratoires et le centre de tri) qui sont donc à même d'effectuer un tri entre les examens. Une liste d'examens traités en urgence la nuit a été élaborée (cf. annexe D), ce qui permet de sélectionner les examens qui arrivent au pôle de biologie, quel que soit leur statut (moyen de transport, couleur du sac). Un coup de fil des cliniciens permet cependant d'obtenir la réalisation d'autres examens, qui sont urgents du fait du patient source.

La nuit, le critère des sacs et des transports est donc remplacé par un critère basé sur le type d'*examens biologiques*, traduit dans une liste d'examens.

A ceci s'ajoute une connaissance par les agents de l'AGEB des examens qui sont urgents, ce qui aboutit à leur insertion dans le circuit de l'urgence, même s'ils n'arrivent pas par un mode de transport urgent ou ne sont pas mis dans un sac rouge:

Il s'agit par exemple de gaz du sang, qui correspond à une urgence vitale

(insuffisance respiratoire, comas...) et analytique (ce qui signifie que si le prélèvement attend, les résultats seront faussés).

Les marqueurs cardiaques (BNP, troponine) peuvent quant à eux révéler que le patient fait une crise cardiaque et correspondent donc à une urgence vitale.

- Les examens **portés par un personnel d'un service sont** aussi considérés comme **urgents**, de même que si les **médecins des services appellent** les biologistes.
- Des **sacs verts** sont par ailleurs censés répondre au besoin de traitement prioritaire. Néanmoins, j'ai pu constater que leur utilisation est quasi **abandonnée**.

Ces assouplissements dans les règles officielles de l'urgence au niveau du pôle biologie permettent un ajustement intelligent des règles, effectué par le personnel, règles qui appliquées de façon trop automatique perdraient peut être en efficacité.

Néanmoins, on peut se demander si des ajustements faits systématiquement ne pourraient pas être intégrés aux règles de discrimination des tubes en urgent et non urgent.

C'est ainsi le cas des gaz du sang, qui sont traités en urgence, quels que soient la couleur des sacs utilisés et le mode de transport.

En outre, le mélange complexe de règles écrites et non écrites rend peu lisible le circuit de l'urgence pour une personne extérieure (et notamment pour les nouveaux agents), ce qui peut être à l'origine d'un affaiblissement de leur efficacité et être source d'erreurs.

Enfin, j'ai pu constater que le système, mal utilisé, atteint ses limites :

Ainsi, les sacs rouges sont, de façon trop fréquente, utilisés pour des prélèvements non urgents.

De plus, les services qui effectuent plusieurs prélèvements pour un même patient, ne discriminent pas en leur sein les examens urgents des autres. Lorsqu'un bilan de 20 tubes est envoyé au pôle biologie dans un sac rouge, un tel afflux de tubes dans le circuit urgent embolise celui-ci, et ralentit donc le traitement des urgences réelles.

3.5. OPTIMISATION DES PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE PAR UNE MEILLEURE COORDINATION DES ACTEURS

Les pistes que l'on peut dégager de l'analyse effectuée, pour améliorer la coordination entre acteurs autour du patient au SAU, se rapportent à trois domaines : des propositions

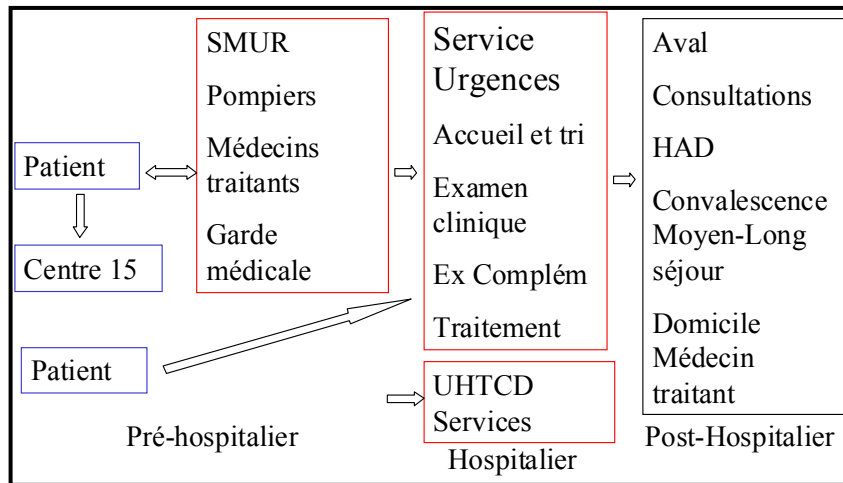
générales d'amélioration de l'aval du SAU, une meilleure gestion des flux, et une bonne utilisation des conventions ou outils contractuels (traduisant les enseignements tirés de l'analyse de la valeur).

3.5.1. Propositions générales pour améliorer l'aval du SAU

Comme on l'a déjà évoqué, le but de ce mémoire n'est pas de développer ce type de solutions concernant la gestion de l'aval du SAU. Néanmoins, on peut évoquer quelques idées de solutions générales, notamment celles issues du rapport Capron :

- Travailler sur les mentalités des médecins pour sortir de l'opposition « universitaire »- « urgence »
- Ne pas chercher à diminuer le taux d'hospitalisations, qui semble pertinent
- Avoir recours aux lits porte, seulement pour poser un diagnostic et non en tant que lits d'attente
- Réserver une part importante du service de gériatrie, quand il existe, à l'aval des urgences (60 à 90%)
- Eviter les mutations internes dans un lit de la mauvaise spécialité
- Disposer d'équipes mobiles de gériatrie
- Accepter les transferts, mais limiter les transferts abusifs en orthopédie
- Accepter l'intervention du secteur sanitaire privé, quand celui-ci assure une prise en charge de qualité
- Développer la coopération des SSR avec le court séjour, en passant notamment par les gériatres des établissements de court séjour pour établir les relations avec les SSR
- Mutualiser les ressources de 1^{er} aval (médecine interne, gériatrie...)
- Implanter les Services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) dans les hôpitaux de court de séjour disposant d'un SAU pour faciliter la gestion de l'aval du SAU grâce à l'appartenance à une même institution
- Prioriser l'accès aux soins de suite de l'AP-HP pour des hôpitaux de court séjour de l'AP-HP
- Redéployer certains lits de **1^{er} aval** (court séjour) vers les spécialités de court séjour qui servent d'aval aux urgences et vers le **2^e aval** (SSR)°

- Conserver des capacités de prise en charge des traumatisés (fermeture la nuit des cliniques)
- Développer l'HAD, au lieu du long séjour, pour désengorger les SSR



3.5.2. Propositions issues des méthodes de gestion des flux et d'analyse de la valeur

3.5.2.1. Réactualiser les outils de discrimination des flux existants

On a en effet noté que des outils de discrimination des flux existent, et sont utiles en cas d'affluence importante, mais qu'ils sont mal utilisés par les acteurs.

Perdant de leur pertinence et de leur précision, ces outils de gestion des flux par priorités perdent de leur pouvoir organisateur.

Ainsi, on a cité le cas des sacs de couleur dans lesquels envoyés les tubes : les sacs verts sont tombés en désuétude, tandis que les sacs rouges sont utilisés par les services pour des tubes qui ne répondent pas à l'utilisation prévue et que le traitement des sacs rouges par les agents du pôle biologie n'est pas univoque.

Le tri en niveau de gravité effectué par l'IAO à l'accueil du SAU est lui aussi approximatif, et semble dépendre des personnes présentes à l'accueil. De plus, l'interprétation de ce tri par les autres acteurs du SAU n'est pas unanime, ceux-ci ne s'entendant même pas sur le nombre de degrés existant dans la classification appliquée au SAU.

Ainsi, il est frappant que le chef de service du SAU veuille que 4 niveaux d'urgence soient utilisés alors que l'IDE de la zone d'examen prétend qu'il n'y en a que 3 (ce que confirme l'existence de seulement 3 casiers pour classer les fiches établies par l'IAO), et que celle qui fait fonction d'IAO ne classe aucun patient niveau 4, puisqu'elle considère qu'un patient d'une telle gravité va directement dans la zone d'examen. Au final, j'ai pu constater que la plupart des patients sont classés en niveaux 2 ou 3, ce qui empêche une gestion adéquate de leur niveau de priorité, connue de tous les acteurs du SAU. On note d'ailleurs que certaines grilles internationales vont jusqu'à 5 niveaux.

Il convient donc de sensibiliser les utilisateurs à l'intérêt de tels outils de discrimination des flux, et de leur rappeler le mode d'utilisation.

Ainsi, il faut faire comprendre aux services de soins que la classification adéquate d'un tube, selon son degré de priorité réel, permet aux laboratoires de biologie d'assurer un traitement rapide des tubes urgents. Un tel traitement en urgence serait rendu impossible, si tous les services classaient leur tubes non urgents en urgent. Les laboratoires ne disposeraient en effet pas des ressources nécessaires pour traiter l'ensemble des flux dans un délai aussi court ou bien verraient celles-ci fortement sous utilisées dans les moments de creux d'activité.

L'utilisation d'une **grille à disposition de l'IAO**, élaborée en collaboration avec les médecins du SAU, dont elle déduit un score de gravité, peut permettre d'utiliser plus systématiquement et objectivement les niveaux de gravité existants.

3.5.2.2. Reconnaître l'urgence organisationnelle et mieux cerner l'urgence vitale

3.5.2.2.1. Reconnaître l'urgence organisationnelle

Si l'urgence vitale est bien intégrée dans le mode de gestion des flux, au pôle biologie, comme au SAU, celle d'urgence organisationnelle n'existe pas. La connotation d'urgence peut en effet être **vitale** ou **organisationnelle**, cette dernière pouvant être reliée au fait de pouvoir faire entrer le patient dans une autre phase du processus de prise en charge.

La prise en charge en hôpital de jour est ainsi le cas type d'urgence organisationnelle. La rapidité de prise en charge n'y est pas dictée par des raisons médicales, mais les volontés de trouver des solutions de prise en

charge moins coûteuses, obligent à concentrer les soins sur une période très courte, ce qui rend nécessaire le respect des délais de prise en charge prévus.

*Un examen complémentaire peut aussi permettre, sans qu'il y ait urgence vitale, de poser un **diagnostic différentiel** de telle sorte que le patient puisse sortir du SAU, que ce soit pour rentrer chez lui ou pour être hospitalisé.*

Une telle logique d'urgence organisationnelle présenterait l'avantage d'éviter aux cliniciens d'avoir à prétendre une urgence vitale vis-à-vis des laboratoires, alors qu'elle n'est pas avérée, le traitement accéléré réservé aux deux types d'urgence permettant aux cliniciens de bénéficier d'une prestation adaptée à leurs besoins. Une telle approche a été adoptée par le CHU de Tours par exemple.

Il est intéressant de noter des méthodes innovantes visant à introduire une urgence organisationnelle de façon officielle dans un domaine où elle est rarement reconnue. Ceci vise à officialiser la nécessité d'une gestion efficiente en termes de délais.

Ainsi, de même que la fermeture des hôpitaux de jour, le soir et le Week End oblige le personnel à une rigueur de gestion des délais, certains hôpitaux ont mis en place une incitation similaire au niveau du SAU.

Ce serait le cas à l'hôpital de Bourges, où les lits porte ferment entre 15 et 18 heures, pour obliger le personnel à vider les lits porte, le personnel de l'équipe suivante n'arrivant qu'à 18 heures.

Dans une moindre mesure, le SAU de l'hôpital Cochin a changé l'appellation de ses lits porte, qui se nomme désormais Unité d'Observation, et ont préféré les brancards aux lits classiques, pour inciter à respecter les 6 heures prévues par le projet de service. Au delà, une hospitalisation dans l'unité d'observation est prononcée.

3.5.2.2.2. Mieux cerner l'urgence vitale

Notons qu'un tel enrichissement de la notion d'urgence avec l'urgence organisationnelle nécessiterait en contrepartie, pour fonctionner à moyens constants au laboratoires, de réduire le flux des tubes classés en urgence vitale.

Il convient de réduire le flux des examens empruntant le circuit urgent, ce qui l'embolise et ne permet donc un rendu de résultats satisfaisant pour personne, puisque les examens ne sont plus alors traités selon leur besoin, mais sans réelle discrimination appropriée.

Les examens dits urgents représentent en effet actuellement plus de 30 % des examens traités au pôle biologie, alors que la part d'urgences vitales est traditionnellement plutôt de l'ordre de 10%.

	Non urgent	Urgent	Total	% d'urgent	Part des spécialités
Biochimie	19173	11227	30400	36,9%	38,9%
Hématologie	15490	7682	23172	33,2%	29,7%
Microbiologie	10774	3636	14410	25,2%	18,4%
Physiologie	3908	2427	6335	38,3%	8,1%
Immunologie	1055	1190	2245	53,0%	2,9%
Pharmacologie	875	283	1158	24,4%	1,5%
Génétique	380	21	401	5,2%	0,5%
Total	51655	26466	78121	33,9%	100,0%

Source : AGEB, HEGP, Mai 2002

Ceci serait rendu possible par une sélection des examens venus des services dits urgents, ainsi plus généralement qu'à l'entente avec les services cliniques sur une liste d'examen réellement urgents.

On en dès lors viendrait à des examens d'urgence vitale, **définis de jour comme la nuit**, par une **liste d'examens urgents** et par une possibilité d'appréciation par les cliniciens (du fait de l'**état du patient**), ce qui rendrait le système plus simple et donc vraisemblablement plus efficace.

Il conviendrait néanmoins de se baser sur une **autodiscipline des services** de soins, en leur demandant d'envoyer ces deux types d'examens urgents dans des **sacs rouges**.

En effet, il serait trop long, inefficace et source d'erreurs de demander aux agents de l'AGEB de se référer constamment à une liste d'examens urgents par laboratoire, pour savoir quels tubes faire entrer dans le circuit urgent.

Il serait bon de vérifier périodiquement le niveau de respect par les services de la liste d'examens urgents (par la mise en place d'indicateurs de respect des critères de sacs rouges par les services) et de publier les résultats.

L'utilisation de critères trop peu systématiques et trop complexes et/ou nombreux rend la pertinence du classement en urgence et donc la gestion des flux hasardeuse. Même s'il

s'agit de trouver des critères suffisamment fins pour être pertinents, il faut donc trouver le juste équilibre entre finesse et simplicité.

Une action de sensibilisation des biologistes auprès des cliniciens, par le biais du pôle de biologie, permettrait enfin de réduire les prescriptions qui ne créent pas de valeur pour le patient.

3.5.2.3. « Tendre » la gestion des flux de patient, pour réduire les temps d'attente entre les étapes du processus de prise en charge

3.5.2.3.1. *La gestion en juste à temps*

Principe de gestion industrielle, qui s'est développé dans les années 1970 dans les usines Toyota, le juste à temps (ou Kanban, en japonais) s'est largement diffusé dans les pays développés.

Le juste à temps, qui permet de réduire les coûts de production, constitue l'un des outils privilégiés des **flux tirés**. Il rend opérationnelles les procédures d'appel par l'aval, le postulat de base étant que le flux d'information et flux de matière doivent être étroitement corrélés.

Concrètement, c'est le client qui déclenche l'ordre de production ou de livraison, par le renvoi des étiquettes Kanban (indiquant la référence du produit, le nom du fournisseur, du client, la taille minimale du lot de livraison ...) au fournisseur.

Les avantages de l'approche sont que le service client se voit responsabilisé, que l'approvisionnement se trouve fiabilisé, et que les stocks intermédiaires sont réduits.

Selon le principe du kanban, les efforts déployés pour améliorer la fiabilité des machines et pour faciliter les changements rapides de séries jouent un rôle, mais ne constituent pas l'essentiel. La « machine bouchon » est celle dont le cycle est le plus long et qui par là-même détermine la capacité d'accueil et de prise en charge du service tout entier. Avoir identifié l'étape du processus de prise en charge du patient qui constitue ce goulet d'étranglement permet de centrer ses efforts sur cette étape. Ainsi, il convient par exemple de remplacer les agents en charge de cette tâche, en cas d'absence.

La marge principale de réduction du temps de production réside en fait, non pas au niveau des temps machine (en univers hospitalier, il s'agirait des temps passés par les acteurs sur le cas d'un patient), mais bien au niveau du temps passé en stockage intermédiaire de pièces semi finies. Ces pertes de temps, entre deux étapes du processus de production sont

liées à une mauvaise coordination et à une organisation des acteurs ne permettant pas de travailler en flux tendus.

*Dès lors, le but étant d'améliorer la qualité, **il peut être rentable d'augmenter le temps machine**, pour réduire la pression exercée sur le processus de production, **et d'agir sur la perte de temps la plus flagrante, à savoir le temps de stockage intermédiaire.***

Pour transposer ce concept logistique (de gestion des flux) à l'hôpital, il convient de faire en sorte que les flux liés à la prise en charge du patient au SAU (flux d'information, avec la prescription d'examen biologique par le médecin ; flux physique de tube de prélèvements ; flux de personnes, avec le patient, qui doit être disponible pour la prise de sang ou le soignant, l'IDE devant être disponible pour effectuer le prélèvement) soient continus. Dans le cas contraire, les matières qui constituent le flux considéré sont « stockées », avant de passer dans l'étape suivante du processus de prise en charge, ce qui génère des pertes de temps importantes, comme souligné plus haut.

Ce qui correspond au « temps machine » au niveau de l'étape de prélèvement biologique dans le processus de prise en charge au SAU représente ainsi environ 15 minutes (5 pour la prescription par le médecin et 10 pour le prélèvement par l'IDE, comme mentionné plus haut lors de l'étude du processus idéal de prise en charge au SAU), alors que 45 minutes ont de fait été nécessaires. Or, à cette durée importante constatée avant envoi des tubes, il faut ajouter le temps de transport de ceux-ci jusqu'au laboratoire, et le temps de traitement des examens au laboratoire, que l'on peut exiger en moyenne à 2 h. Dès lors, on réalise l'importance du temps perdu (30 minutes), temps pendant lequel le patient sera immobilisé dans le boxe d'examen, avant de pouvoir être diagnostiqué puis traité efficacement.

A l'AGEB de même, toute l'énergie semble avoir été mise sur les sous processus autres que la réception. Les postes ont été aménagés, les modalités de traitement adaptées, pour réduire le temps de prise en charge, à 5-10 minutes. Ceci demande une organisation complexe pour gagner quelques minutes, alors que le temps passé avant la réception des pneumatiques peut atteindre 5 minutes. En effet, les agents, qui ne sont pas dédiés à la réception des prélèvements urgents, n'interrompent pas ce qu'ils sont en train de faire, si bien qu'ils finissent parfois par oublier momentanément le pneumatique qui est arrivé. Si ce temps perdu ne rend pas a priori inacceptable le temps de prise en charge à l'AGEB, il aboutit à

doubler ce dernier, alors que l'on a mis beaucoup d'énergie à le réduire, ce qui rend cette dernière action un peu vaine.

Pour réduire les stocks intermédiaires, synonymes de perte de temps dans le processus étudié, le kanban a recours à une démarche de progrès continu sur les temps d'écoulement des produits, qu'on peut réduire par :

-la suppression des opérations sans **valeur** ajoutée

-l'**abaissement** des stocks, i.e. **des temps d'attente** dans le cas qui nous intéresse, pour mettre en évidence les dysfonctionnements, première étape pour pouvoir les régler.

Une recherche menée dans les ateliers de mécanique de l'usine Renault-Cléon a tenté de mieux cerner les conditions du succès du passage en organisation en juste à temps⁵² :

- Réussir une organisation en juste à temps suppose une égale rigueur dans le traitement des problèmes **techniques, organisationnels** ou **humains**.
- Le *juste à temps* suppose que les acteurs intervenant dans le processus de production ou de prise en charge changent leur vision du processus, du produit, des actes de soins au sens large, des flux, des relations avec leurs collègues et la hiérarchie.
C'est en effet l'évolution des représentations qui détermine la capacité des acteurs à gérer les priorités, les contraintes de temps, dans lesquelles ils évoluent, à réguler la charge de travail, à prendre « la bonne décision au bon moment ».
- La logique de flux se substitue à celle de la tâche, la satisfaction du client devenant plus importante que la réalisation d'objectifs quantitatifs ; la performance de l'équipe et la cohésion du système prenant le pas sur la possibilité de faire varier le rythme individuel de travail.

Cependant, l'étude réalisée à l'usine Renault met bien en évidence les conséquences éventuelles pour le personnel d'une gestion de type Kanban. Le flux de production impose en effet son rythme au personnel, ce qui, sans certaines précautions, a des implications importantes pour l'individu : mise en évidence des limites propres, stress lié aux contraintes de temps, limitation à l'extrême des marges de manœuvre, sanction collective d'une défaillance individuelle, risque de perte d'identité professionnelle.

⁵² Cf. Bibliographie

Il apparaît que le véritable problème n'est pas celui du niveau des stocks dans l'absolu ou de l'organisation de la production au sens strict. La principale difficulté réside dans la **recherche** d'une cohérence dans le **niveau des contraintes que l'on peut supporter** (exemple : niveau des stocks) **au regard de l'évolution du système social et du management des ressources humaines** (ex : capacité des acteurs à travailler en équipe, à être polyvalents...).

Conduire un projet de juste à temps suppose donc une démarche fondée sur une évolution progressive de l'organisation existante et la définition d'objectifs réajustables en fonction des capacités réelles de gestion des flux par l'équipe.

Un tel changement peut être analysé en termes d'analyse de la **valeur**. Si l'on prend l'exemple de l'étape de la prise en charge où sont réalisés les examens complémentaires, l'application de la méthode Kanban permettrait de réduire la ressource temps liée à cette étape, pour un résultat identique.

Pour le patient, ceci créerait donc davantage de valeur, de même que pour l'institution qui verrait ainsi les boxes libérés.

Pour le personnel, il convient néanmoins d'étudier en détail les conséquences induites sur leur travail : les IDE adopteraient une logique de flux tendus pour ce qui concerne les examens biologiques et ne pourraient donc plus travailler en produisant par « lots » (au sens logistique), ce qui leur évitait un travail discontinu. Comme le travail des IDE n'est pas un travail normé mais adapté à chaque patient, la diversité des soins est importante. Dès lors, leur travail ne se compose pas de tâches répétitives, toutes identiques pour chaque patient si bien que la réalisation par un même acteur de tâches en parallèle risquerait de multiplier les risques d'oubli de la tâche commencée.

Ainsi, il convient d'étudier avec les acteurs concernés, si ce changement détruirait de la valeur pour le personnel, ou si une autre organisation du travail pourrait l'éviter, et dans quelle mesure. Il s'agit en effet d'aboutir au final à une valeur supérieure pour les parties prenantes que sont les patients, le personnel et l'institution.

On pourrait envisager un système de transport vers les laboratoires (comme les pneumatiques) qui soit proche des boxes d'examens et/ou une répartition des tâches avec un AS, qui pourrait envoyer les tubes, pendant que l'IDE effectue les autres soins prescrits.

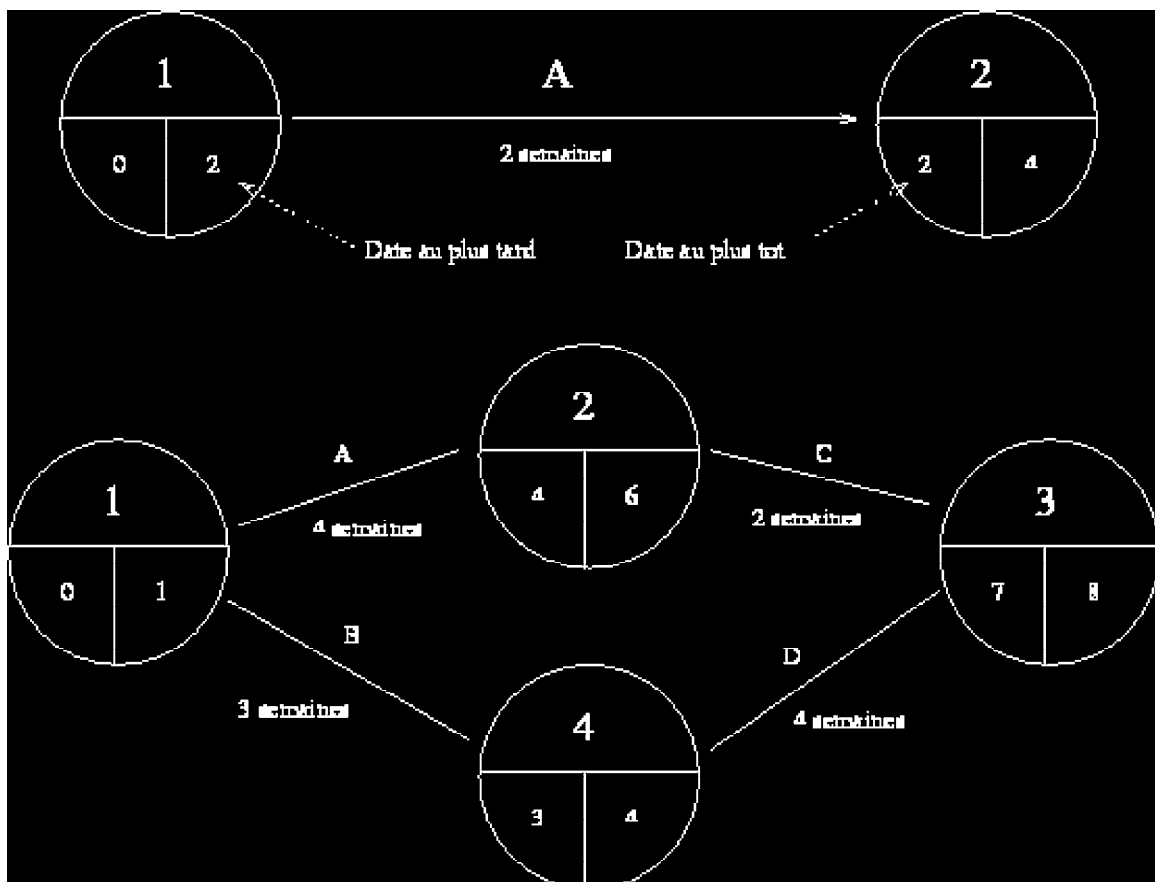
3.5.2.3.2. La méthode PERT

La gestion des flux par la méthode Program Evaluation & Review Technique (PERT) peut permettre de gérer l'ensemble du processus en juste à temps, sans imposer de contraintes inutiles en termes de temps aux acteurs intervenant dans la prise en charge, qui bénéficient de marge dans leur travail.

Cette méthode de gestion des flux permet en effet de faire un « rétroplanning » pour gérer le temps global du processus au plus serré : le **chemin critique**, chemin dont la succession des tâches donne la plus longue durée d'exécution, intègre en effet les contraintes de temps de chaque étape du processus et des processus interconnectés. Le moindre incident sur une tâche critique influant sur le délai final, il convient de donc faire preuve pour celles-ci d'une très grande vigilance.

La date au plus tôt est la date à laquelle peut se terminer le projet en réduisant au maximum toutes les marges. Pour déterminer la date au plus tôt, on parcourt le diagramme depuis le premier nœud jusqu'au dernier.

Dans le cas où plusieurs tâches sont effectuées en parallèle par les acteurs, les autres tâches, non situées sur le chemin critique, disposent d'une marge.



3.5.2.4. Arbitrer entre travail en série ou en parallèle

L'accueil au SAU constitue souvent un goulet d'étranglement dans le processus de prise en charge du patient comme mentionné en rouge sur le schéma idéal au SAU (cf. page 54).

Le retour des examens de biologie constitue aussi un goulet d'étranglement dans le processus de prise en charge au SAU, du fait du temps qui est nécessaire au laboratoire de biologie pour accomplir son propre processus de production. Or, ce processus de traitement des examens au laboratoire de biologie ne démarre que lorsque les prélèvements arrivent en biologie, si bien qu'on peut gagner du temps en enclenchant au plus vite le processus du laboratoire. Pour cela, on peut envisager que les IDE du SAU effectuent les prélèvements biologiques et envoient (ou fassent envoyer) les tubes au laboratoire avant d'enclencher les autres soins prescrits.

On peut aussi envisager que le médecin prescrive les examens complémentaires dont il est sûr d'avoir besoin, avant de remplir son dossier et de discuter plus avant avec ses collègues. L'IDE peut, quant à elle, envoyer les prélèvements dès qu'ils sont effectués avant de revenir poser la perfusion, dans le temps mort d'attente des résultats.

Néanmoins, une telle façon de travailler risquerait de morceler excessivement le travail des personnes, ce qui ne serait pas nécessairement gage d'efficacité et risquerait de multiplier les oublis. Un travail en série réalisé par un acteur donné, même s'il est moins efficient en temps, améliore tout de même la qualité de prise en charge du patient.

3.5.2.5. Appliquer les méthodes d'Analyse de la valeur

Les scénarios d'optimisation du processus tel que décrit par la méthode RAR (Ressources Activités Résultats) peuvent explorer plusieurs pistes. De manière générale, le principe est d'augmenter le résultat de chaque étape et/ou de réduire les ressources engagées pour l'atteindre. Ainsi, on peut pour cela avoir recours à :

- une modification des processus pour créer davantage de valeur ;
- une action de réduction des ressources ;
- une modification de l'ordre des activités ;
- une augmentation directe du résultat.

3.5.2.5.1. Proposition de modification des processus

L'objectif premier du tri au SAU étant d'assurer l'évaluation des patients dès leur arrivée, les temps d'attente avant le tri doivent être systématiquement surveillés. Idéalement, aucune attente ne devrait être tolérée (flexibilité inférieure à 0). En période de pointe, il importe de faire en sorte que l'attente ne dure pas plus de dix minutes ou qu'il n'y ait pas plus de deux patients avant le tri.

Toute attente additionnelle devrait mettre en branle des mesures consistant à modifier le processus existant de tri au SAU : par exemple, l'IAO pourrait se charger d'observer rapidement les patients en attente, suivie d'une évaluation plus élaborée ultérieurement. On pourrait aussi modifier l'affectation des ressources au sein du processus de prise en charge au SAU, en réaffectant momentanément une IDE qui se trouve en zone d'examen pour assurer le rôle d'une IAO supplémentaire.

J'ai pu constater que lors de la période de pointe à l'accueil du SAU de l'hôpital Cochin, une infirmière supplémentaire était venue en support de l'AS le temps de résorber la file d'attente. Deux postes informatiques pour l'enregistrement des patients ont d'ailleurs été prévus pour permettre la saisie des dossiers patients par deux personnes simultanément.

On peut noter qu'en Amérique du Nord, on a essayé d'introduire une modification encore plus significative du processus de prise en charge au SAU, en enrichissant la fonction des IAO. Le tri classique ne permettant pas de réduire de façon significative les délais d'attente des patients qui ne nécessitent pas des soins immédiats, il a été développé le concept de «tri avancé», selon lequel le tri intègre la possibilité pour les infirmières d'initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon des procédures établies.

3.5.2.5.2. Proposition d'action de réduction des ressources

On pourra jouer sur les flexibilités pour réaffecter les ressources existantes (pour une étape donnée du processus, on peut jouer sur les flexibilités élevées en termes de ressources (acteurs très qualifiés et temps enregistré pour cette étape très court) et ainsi récupérer des ressources ou des marges de manœuvre. Ceci permet de créer plus de valeur au niveau global du processus (quotient ressource sur résultat du processus total plus élevé, après réaffectation des ressources, au sein du processus étudié et/ou des processus connectés).

Une flexibilité 3 (idéale) sera éventuellement abaissée, au regard de l'importance du résultat que cette ressource importante permet d'atteindre.

Les activités où la flexibilité est inférieure à 0 devront être corrigées.

On a cité le cas de l'accueil au SAU, qui pose problème en termes de temps de prise en charge avant l'arrivée au niveau de l'AS d'accueil (file d'attente).

On peut avancer des propositions pour corriger cette situation :

- Décharger la personne chargée de l'accueil des tâches administratives et de standard, qui l'handicapent dans la gestion des flux entrants dans le processus de soins aux urgences. Cela peut être dangereux pour le patient et génère du stress puisque cette personne à l'accueil se heurtera à d'autant plus d'agressivité des usagers que le temps d'attente est long et qu'une file d'attente se forme. Une telle attente est en effet difficilement acceptable, pour le patient et le soignant, le motif de recours au SAU étant l'urgence.

Par contre, il semble cohérent de traiter les patients dans leur ordre d'arrivée, sauf pour les arrivées par pompiers et SAMU, qui ont une forte corrélation avec la gravité du cas. Dès lors, les cas des patients arrivés à pied ne sont pas vus réellement avant leur arrivée au niveau du bureau. Il convient donc de ne pas accepter qu'une queue de plus de deux personnes ne se forme (source : Recommandations de l'OIIQ et du CMQ). Dans le cas contraire, l'aide d'un autre soignant devrait être fournie ou bien l'IAO devrait évaluer visuellement les patients en attente.

3.5.2.5.3. Proposition de modification de l'ordre des activités

On peut décomposer l'accueil du SAU en sous-activités (traitement administratif, accueil, tri). Il est possible de réfléchir à l'ordre de passage auprès des différents acteurs chargés de ces sous-activités. La répartition des tâches et le travail en équipe actuels peuvent conduire à des problèmes si le patient lourd passe beaucoup de temps auprès de l'AS et de l'agent administratif, avant d'atteindre l'IAO, qui est vraiment à même d'estimer la gravité du cas.

L'inversion de l'ordre actuel de ces sous-activités peut ainsi créer de la valeur :

- **Envoyer le patient à l'IAO en premier lieu**, avant de procéder aux démarches administratives et même à l'enregistrement informatique du patient. Notons que cela demanderait cependant de réfléchir aux modalités de gestion informatique des dossiers patients en conséquence. Ainsi le logiciel URQUAL, installé à l'hôpital Cochin, est utilisé par l'IAO, si bien qu'elle ne pourrait plus utiliser ce logiciel car le dossier informatique du patient ne serait pas encore ouvert. L'enregistrement de la gravité serait alors fait sur le logiciel par l'AS (il est bon qu'une personne ayant des notions de soins soit en charge de rentrer ces informations essentielles pour la suite de la prise en charge du patient).

- Cette tâche **d'enregistrement informatique** pourrait de plus être réalisé **pendant le temps d'attente du patient** avant qu'il ne soit installé dans la zone d'examen, si bien que cela réduirait le temps d'attente inutilisé.

Dès lors, le résultat de l'étape accueil et orientation serait meilleur (évaluation infirmière effectuée dans de meilleures conditions puisqu'elle ne risquerait pas d'intervenir dans des délais trop longs pouvant mettre le patient en danger) et les ressources-temps des étapes d'accueil et d'orientation et d'attente avant la prise en charge médicale seraient réduites, d'où un ratio de valeur doublement augmenté.

C'est d'ailleurs dans ce sens que s'expriment le Collège des médecins du Québec et l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec dans leur prise de position commune sur le « tri » au urgences⁵³, qui suggère que « dans le but d'éviter des délais d'attente entre le moment de l'arrivée des patients et l'évaluation initiale par l'infirmière, l'inscription des patients devrait être faite après le tri », voire après les premiers soins lorsqu'il s'agit d'un patient lourd.

Dans les faits, j'ai pu observer au SAU de l'hôpital Cochin que de telles mesures étaient mises en place de façon informelle lorsqu'un cas grave est détecté à l'accueil par l'AS.

Ainsi, une jeune fille amenée par les pompiers suite à un accident de la voie publique, a été évaluée immédiatement par l'IAO, l'enregistrement administratif ayant été régularisé ensuite.

Il semblerait donc utile de généraliser ce procédé informel à tous les patients pour éviter de faire attendre trop longtemps un patient grave, avant qu'il n'accède au bureau de l'AS d'accueil.

Ainsi, une personne victime d'un accident du travail (AT), en l'espèce des projections de liquide dans l'œil, s'est présentée au SAU, au moment où le temps d'attente était assez long (file de 5-6 personnes).

L'aide soignant a commencé à poser des questions assez longuement (5 minutes), le cas étant assez complexe (fallait-il remplir des papiers pour la déclaration d'AT, le patient n'avait pas ses papiers...) avant de prendre la mesure de la gravité clinique potentielle. Il a donc envoyé le patient à l'IAO, avant de terminer l'enregistrement informatique. De même, l'IAO l'a tout de suite transmis au senior, afin d'effectuer les premiers soins (rinçage ophtalmique, pour limiter les risques d'atteinte de l'œil), le tri n'ayant été effectué que plus tard dans le boxe d'examen, et le patient ayant été envoyé

⁵³ Cf. Bibliographie

en consultation ophtalmologique dans l'hôpital, après appel du senior au médecin spécialisé.

Cet exemple montre que le temps perdu (près d'une demi heure) avant cet enchaînement très rapide des étapes du processus est énorme, au vu de la gravité du cas.

3.5.2.5.4. Proposition d'augmentation directe du résultat

L'étape « sortie du SAU » peut voir son résultat augmenter par un bon accompagnement par l'équipe soignante. Ainsi, il est important d'expliquer au patient quelle sera la suite de sa prise en charge médicale ou administrative : par exemple, « qui enlèvera les points de suture posés au SAU ? », « comment payer les frais engendrés par le passage au SAU ? ». Ceci prend certes du temps au personnel, ce qui oblige à augmenter la ressource consacrée à cette étape du processus mais l'augmentation du résultat qui en résulte est plus grande, si bien qu'une telle mesure crée globalement de la valeur. Cette création de valeur résulte par ailleurs du fait qu'une sortie du SAU bien gérée limite les retours ultérieurs inutiles du patient au SAU.

J'ai pu observer que l'AS d'accueil avait à traiter un nombre de cas important de patients se présentant au SAU pour une suite d'un premier passage aux urgences. Ceci augmente de façon importante et inutile le flux de patients qu'il a à gérer.

3.5.3. L'approche contractuelle

3.5.3.1. L'analyse de la valeur et l'approche processus comme base pour établir des conventions entre acteurs

Comme déjà mentionné, le fonctionnement d'un hôpital peut être modélisé sous la forme de processus interconnectés. L'expérience montre que la gestion des interfaces entre les processus est délicate, la coordination inter-services étant plus complexe que celle au sein d'un même service, qui peut se faire au quotidien de façon plus informelle, du fait qu'il est placé sous la responsabilité d'une même personne (chef de service). La coordination entre structures juridiquement distinctes est bien sûr encore plus délicate.

La coopération gagnant-gagnant (cf. dilemme du prisonnier) a peu de probabilité d'apparaître naturellement entre services, voire pire, entre structures sanitaires distinctes. Les objectifs de ces groupes humains distincts sont en effet formalisés dans des projets, de

service ou d'établissement, qui ne sont pas forcément compatibles, une certaine concurrence pouvant s'instaurer entre eux.

Dès lors, le recours à la formalisation peut avoir des vertus, pour garantir et stabiliser les engagements réciproques permettant d'aboutir à une relation gagnant-gagnant. Sans celle-ci, les acteurs risquent en effet de craindre la défection de l'autre partie, et ce faisant, de ne pas respecter leur propre engagement.

La formalisation de ce travail en commun sous forme de contrats peut être poussée plus loin, en étant traduite dans les structures médicales (fédération de gestion commune, Fédération d'Activités Médicales Associées ou FAMA ...).

L'idée est de partir de la méthode d'analyse de la valeur appliquée aux processus dans lesquels les acteurs interviennent pour permettre à chaque partie d'exprimer ses besoins, qui seront la base de la contractualisation.

La méthode a l'avantage de permettre à chaque acteur de dégager de façon objective quelles sont les contraintes qui sont les siennes, en partant d'une analyse processus, ce qui est favorable à la discussion et à la mise en évidence de terrains d'entente.

En effet, il est apparu nettement à l'usage que la méthode, en mettant à plat les processus de travail, et les besoins des patients permet que chaque acteur s'exprime sur le registre de son expertise technique et de son métier, au lieu d'être dans le registre de la plainte.

Ainsi, j'ai pu constater, en interrogeant un chef de service que dès que je sortais de la méthodologie et de questions précises sur sa façon de travailler (ex : « qui doit prendre en charge le tri des patients à l'arrivée au SAU pour assurer une bonne prise en charge médicale et une bonne organisation de votre travail ? ») pour aborder la question de façon plus informelle, la discussion dérivait très vite sur des remarques générales sur la difficulté de travailler avec des moyens jugés insuffisants, et avec d'autres acteurs perçus comme non coopératifs ...

Par ailleurs, la décomposition du processus de travail permet d'identifier les causes de dysfonctionnements et donc de s'orienter vers une solution, plutôt que de rester dans l'expression d'un malaise diffus lié à un dysfonctionnement, auquel les acteurs ont souvent tendance à répondre par des demandes de moyens supplémentaires (notamment en personnel) ou par une stigmatisation de la part de responsabilité des autres acteurs intervenant dans le processus (ex : brancardiers).

L'idée est de faire que chaque acteur se recentre sur son processus de travail, analysé comme un tout, où l'interdépendance des étapes est mise en évidence. Les causes de

dysfonctionnement apparaissent ainsi comme elles-mêmes interdépendantes et leur origine interne comme externe est mise en évidence.

Lorsqu'on aborde une étape du processus de travail, où il y a interface avec le processus de travail d'un autre acteur, la méthode permet que l'acteur s'exprime sur ses besoins propres, en tant que chef de service et organisateur de son processus au lieu de se prononcer sur ce qu'il suppose que l'autre va penser ou pouvoir s'engager à faire.

Ainsi, lorsque je demandais en combien de temps en moyenne le SAU a besoin des résultats d'examens complémentaires, dans l'idéal et quel est le temps limite au delà duquel cela devient inacceptable, il fallait insister sur le sens du temps demandé. Les personnes concernées ont ainsi tendance à intégrer les temps effectivement enregistrés, si bien que les réponses portaient davantage sur un temps moyen observé, que sur un temps qui serait souhaitable dans l'absolu. On se trouve dès lors devant l'acceptation d'un mode de fonctionnement peu satisfaisant, perçu comme indépassable, ou devant lequel on se résigne.

Il s'agit donc par la méthode de remettre à plat les temps désirés pour chaque étape du processus, puis de les comparer à ceux que l'autre acteur peut garantir.

Cela permet soit de trouver un délai acceptable pour les deux partenaires, soit de fournir des données servant de base à une discussion objective entre les deux acteurs.

L'intérêt est donc d'avoir fait s'exprimer chacun séparément, en replaçant le point de négociation avec le partenaire au sein du processus dans lequel il s'insère, ce qui permet d'expliquer objectivement le besoin correspondant au niveau demandé (ex. : « pourquoi avoir besoin de tel délai de rendu de résultat ? »). Sinon, la focalisation se fait sur l'aspect de négociation, poussant chacun à instinctivement annoncer et exiger leur niveau de flexibilité 3, i.e. idéal, qui leur permet d'espérer obtenir une flexibilité inférieure et restant dans leur zone d'acceptabilité.

C'est ce que j'ai pu constater, dans le cadre d'une garde que j'effectuais, quand une unité de lits post portes, ouverte pour accueillir les patients devant être hospitalisés depuis le SAU pouvait se mettre en opposition avec le SAU ! En effet, venant juste d'être mise en place, les modalités de son fonctionnement interne n'étaient pas bien stabilisées, notamment concernant le personnel. La cadre et le médecin en charge de l'unité craignaient ainsi une déstabilisation de leur équipe, qu'elles souhaitaient donc encadrer dans la phase de rodage.

Or, cette crainte de l'unité post porte s'était traduite par le veto (temporaire) d'utiliser les lits libres pour y placer les malades du SAU, alors qu'ils étaient prévus à cet effet. Formulée ainsi, une telle réaction suscite naturellement incompréhension et énervement de la part du SAU, qui se sent lésé dans le contrat implicite qui avait été passé avec l'unité.

Le dialogue était dès lors rompu, l'un des partenaires ayant exprimé son besoin en donnant sa flexibilité 3 (idéale), ce qui incite l'autre à en faire autant.

Or, en discutant, j'ai réussi à comprendre d'où venait le blocage, et donc à les faire s'exprimer les acteurs sur leurs flexibilités (« cette proposition vous est vraiment insupportable », i.e. « est on vraiment descendu en dessous du niveau de flexibilité 0 ? ») et ainsi à trouver un terrain d'entente :

Il est apparu qu'il était dans la zone de l'acceptable (flexibilité 0 –limite de l'acceptable- ou supérieure) que l'unité post porte accepte des patients, dans le cas où le service porte du SAU serait plein de besoin, mais à certaines conditions : L'hospitalisation devait se faire lorsque l'équipe de jour était encore présente (étant plus nombreuse et perçue comme plus solide) et que le cadre et le médecin étaient encore présents. De plus, les patients devaient ne pas être trop lourds, afin d'éviter une charge de travail à laquelle l'équipe de nuit aurait du mal à faire face.

En échange, le SAU pouvait faire sortir certains malades du service et donc bénéficier de lits d'aval fléchés, en ce jour où les lits porte étaient déjà très chargés, ce qui lui est apparu suffisant pour faire face au flux de patients.

En mettant en évidence ce que l'autre peut apporter par sa coopération, de façon objective, raisonnée et chiffrée (« j'ai besoin de tel délai de réaction de tel acteur, de façon rêvée, et à la rigueur je me contenterais de tel délai»), on dégage les zones d'entente possible par l'analyse des flexibilités des services ou des structures qui sont en interface, qui peuvent fournir des marges de manœuvre.

3.5.3.2. La meilleure gestion des flux de sortie au quotidien : pour une sortie rapide du SAU

La gestion de l'aval du SAU en cas de sortie par hospitalisation nécessite de trouver une structure d'accueil pour le patient. On s'intéresse dès lors à la création de valeur liée à cette étape du processus de prise en charge du SAU :

- Ressources consacrées à la gestion de la sortie du patient en termes de temps et de personnes dédiées à cette tâche) rapidité de cette sortie dépend donc de la rapidité à trouver une structure ;
- Activité : Sortie du SAU ;
- Résultat : Transférer le patient dans la structure sanitaire adéquate (cf. « le bon malade, au bon endroit, au bon moment » à l'hôpital Cochin).

Je propose ci-dessous une méthode pour augmenter la valeur liée à cette étape « Sortie du SAU ».

PROTOCOLE de GESTION de l'AVAL du SAU

Proposition

Critères de choix :

Choix du patient

Qualité et adéquation médicale à la pathologie (avis du spécialiste)

Domicile du patient

Ressources du patient

Convention

Institution AP-HP

Service public

ORDRE d'APPEL

1) Service porte

2) Hospitalisation dans la spécialité concernée

>>Conserver dans les services de premier aval des lits pour les urgences pour permettre à cette priorité de jouer et fluidifier l'aval dans les services où celui-ci est le plus problématique (oncologie, médecine interne, pneumologie, gériatrie...)

contrat avec les urgences sur le nombre (lits réservés) et la qualité des malades accueillis

>>Reprendre les patients déjà suivis par le service

3) Transfert dans une institution qui suit déjà le patient

sauf si :

>le patient refuse

>l'institution ne peut le prendre en charge (lourdeur du cas)

même si :

>le patient est en fin de vie - plus de traitement thérapeutique efficace

>>au minimum, le médecin vient voir le patient ou prend de ses nouvelles

4) Convention

5) Intra AP-HP

6) Hôpital Public hors AP-HP

7) Privé PSPH

8) Privé non PSPH

9) Interne, dans une autre spécialité

>> Dans ce cas, prévoir un passage des spécialistes ou des médecins du SAU dans le service d'accueil

Conditions

-Expliquer aux familles les raisons du transfert

-Faire intervenir les spécialistes : psychiatres, gériatres, assistantes sociales, oncologues, soins palliatifs...

>> Les intégrer aux décisions, via le staff des urgences, et faire appel à eux

-Respecter les conditions négociées dans les conventions

3.5.3.3. Le choix des partenaires : la gestion des flux à moyen terme

La gestion de flux porte sur l'amont (ex. : conventions avec des SMUR, des centres médicaux, des consultations sans RV) et l'aval du SAU (ex. : SSR, moyen séjour).

Voici des propositions basées sur l'expérience de l'hôpital Cochin et les rencontres avec les acteurs des structures d'aval des urgences à l'HEGP.

3.5.3.3.1. Contenu des conventions

De manière générale, les remarques faites plus haut sur la coopération et les contrats gagnant-gagnant incitent à **formaliser les accords**, ce qui dans le cas de relations difficiles au quotidien, peut éviter d'avoir constamment à renégocier, sur chaque cas de patient, les conditions de la coopération.

De plus, il s'agit de veiller à être dans les conditions du dilemme du prisonnier, à savoir, que chaque partie doit avoir intérêt à respecter la convention, qui doit veiller à instaurer des relations donnant-donnant.

3.5.3.3.2. Adopter des protocoles de répartition de tâches au sein du SAU

Il peut être utile de formaliser la répartition des tâches des acteurs dans le processus de prise en charge au SAU, car cela permet de faire face aux situations tendues en termes de gestion des flux, sans risquer de faire le mauvais choix, qui pourrait aboutir à un accident.

Ceci est particulièrement sensible entre seniors et internes, entre médecins et IAO, etc.

Néanmoins, on peut noter que le travail au SAU a aussi besoin de rester souple, pour pouvoir faire face aux situations très variées qui se présentent.

3.5.3.3.3. *Tisser des relations d'entraide au sein de l'hôpital avec les services de spécialités*

Il peut être utile de passer par le biais d'une FAMA (SAU – Psychiatrie - Médecine interne - Chirurgie viscérale - Orthopédie à l'hôpital Cochin) ou d'une fédération de gestion commune (comme le pôle urgence réseau à l'HEGP) regroupant les services travaillant en lien avec le SAU. Cette démarche vise à traduire et pérenniser dans les structures la collaboration de ces services, qui est naturelle du fait de l'existence de circuits patients inter-services. Le but est aussi de favoriser des arbitrages concertés et cohérents avec ces circuits patients.

Les propositions suivantes de donner des pistes de coordination ou de collaboration entre le SAU et les services de spécialités de l'hôpital :

Le service spécialisé s'engage à/sur :

- Un **délai de passage au SAU**, en cas de demande d'avis spécialisé pour établir le diagnostic au SAU.
- Un nombre de **lits** réservés dans le service spécialisé pour les patients issus du SAU (ex : environ 1/4 des lits du service de médecine interne et 1/5 des lits du service d'orthopédie et de chirurgie viscérale sont ainsi réservés à l'hôpital Cochin).
- Fournir de l'aide aux équipes du SAU pour le transfert des patients de leur spécialité vers un autre établissement.

De manière générale, ils indiquent quelles sont les structures dans lesquelles ils conseillent d'envoyer des patients qui relèvent de leur spécialité, quand il ne leur est pas possible d'accueillir eux-mêmes les patients. Ceci permet de profiter du **réseau** des spécialistes de l'établissement pour établir des conventions avec les structures extérieures et **sélectionner** les structures valables médicalement.

Au quotidien, ils présentent le patient à la structure extérieure qui va le recevoir, après avoir émis un avis spécialisé au SAU.

En contrepartie, le SAU s'engage à/sur :

- Adresser en premier au service de l'hôpital en priorité les patients atteints de pathologies, pour lesquelles le service a une compétence particulière (protocole de recherche...). A l'inverse, le SAU évite d'adresser au service les patients qu'il ne saura pas bien traiter.
- Les modalités de transfert vers le service spécialisé : heures de transfert (« est-ce possible la nuit ? »), délais entre la demande de transfert vers le service spécialisé et le transfert effectif...

De manière générale, le SAU et les services spécialisés doivent définir :

- La répartition des tâches pour assurer une coopération de qualité : par exemple, « qui assure la surveillance du patient ? ».

L'idée générale est de faire comprendre aux services de spécialités que leur appartenance à un hôpital (dont la mission est de répondre aux besoins de santé de la population – présents, via la mission d'urgences, et avenir, via la mission universitaire des CHU) rend leur participation à l'aval du SAU nécessaire. Dès lors, mieux vaut pour eux négocier les conditions de cette participation de façon transparente, plutôt que d'être réticent à coopérer, sans jamais exprimer la raison de cette réticence. Ainsi, on trouvera une relation gagnant-gagnant.

Une telle contractualisation permet de sortir du dilemme souligné par les différents rapports sur les urgences et vécus au quotidien par les acteurs, qui oppose urgences et excellence.

Lors d'une réunion sur la gestion des lits d'aval du SAU pendant la période d'été à l'HEGP, les services d'oncologie ont insisté sur leur mission universitaire et de recherche contre le cancer, auprès de leur file active de patients notamment. Or, les capacités en lits de leur service ne leur permettaient pas de satisfaire la demande, si bien qu'ils ne pouvaient pas prendre en charge, autrement que de manière ponctuelle les patients issus du SAU, et encore plus ceux en fin de vie, pour lesquels aucune thérapeutique n'existe plus. Si ces discussions posent une question d'éthique, on peut en comprendre le fondement.

3.5.3.3.4. Avec les structures externes

Pour établir des conventions avec des structures externes de prise en charge intervenant dans l'aval du SAU, on peut considérer les propositions suivantes :

- Se baser sur les réseaux divers, des médecins du SAU et des spécialistes de l'hôpital, de la direction.
- Veiller à bien respecter les conditions prévues dans la convention afin d'instaurer une relation de confiance indispensable, sans laquelle la convention sera inutile.
- Veiller pour cela à bien assurer la diffusion de la convention auprès des équipes du SAU chargées de l'appliquer.

- Essayer d'inclure dans les conventions des aspects médicaux mais aussi des préoccupations des cadres et de la direction, en veillant à faire participer tous ces partenaires aux négociations.
- Expliciter les aspects bloquants risquant de compromettre la coopération.

Ainsi, certaines structures sanitaires privées sont installées dans un quartier où la population en situation précaire est peu nombreuse, si bien qu'ils ne sont pas prêts vis-à-vis de leur clientèle habituelle à accueillir des Sans Domiciles Fixes ou des patients nécessitant une prise en charge sociale, du fait qu'ils ne possèdent pas d'assistante sociale.

- Faire des points réguliers et des points ponctuels spécifiques dès que la coopération présente des dysfonctionnements.

Dans ce but, j'ai établi une liste des correspondants du SAU de l'HEGP (Cf. extraits en annexe), pour essayer de fluidifier l'aval du SAU. Elle a été établie à partir des entretiens que j'ai mené avec les personnes du SAU (médecins, cadres) et les médecins des services d'aval.

J'ai pris soin d'ajouter aux coordonnées, des informations sur la capacité d'accueil des structures et sur les modalités de la coopération (mode de fonctionnement de la structure, difficultés, contact privilégié, type de malade accueilli, efficacité de la coopération).

Ces informations permettent donc de condenser les connaissances des acteurs de l'HEGP impliqués dans la coopération avec les structures extérieures dans un document unique et pourrait donc être utile pour le **travail quotidien** du personnel chargé de gérer l'**aval**.

Les commentaires mentionnés pour les structures actuelles peuvent aussi permettre de **formaliser** ces éléments **dans des conventions**, intégrant ce genre d'éléments.

Elles peuvent enfin permettre de faire le point sur l'état des partenariats d'aval, ce qui peut suggérer des pistes de développement de conventions dans les **secteurs où les partenariats** sont **insuffisants**.

4. CONCLUSION

Pour optimiser la prise en charge du patient via la coordination des acteurs, je me suis centrée dans ce mémoire sur les modalités de travail des acteurs, adoptant une approche de type organisationnelle.

Cette étude menée dans le cadre du SAU a été l'occasion d'explorer les méthodes de gestion des flux et d'analyse de la valeur, encore peu exploitées dans le monde hospitalier. J'ai pu mesurer l'intérêt de telles méthodes, grâce à mes rencontres, effectuées dans la phase préparatoire de mon mémoire, avec des personnes qui les appliquaient à l'hôpital, ainsi que grâce à l'esquisse d'application que j'en ai faite moi-même.

Elles m'ont permis d'aborder les problèmes sous un angle plus organisationnel que celui généralement retenu et ont montré, à l'usage, qu'elles permettent de contourner des difficultés auxquelles on se heurte fréquemment à l'hôpital :

L'approche **processus** est tout d'abord favorable au **décloisonnement** des acteurs, puisqu'elle offre une modélisation qui est transverse à la structure organisationnelle et fonctionnelle de l'organisation et qu'elle est utilisée par plusieurs acteurs du changement.

Projet de Réorganisation ou de BPR (Business Processus Re-engineering)

Projet Qualité (ISO 9000)

Capitalisation sur la description et la connaissance de l'organisation

Définition des principes, règles et organisation des métiers lors des projets systèmes d'information

Analyse des coûts (méthode ABC)

Analyse des risques...

Par ailleurs, les approches **système** et **analyse de la valeur**, qui sont globales et pluridisciplinaires, permettent une appréhension de la **complexité** par la prise en compte de l'environnement et des interactions et facilitent la **communication** entre acteurs. L'analyse fonctionnelle, prélude à l'analyse de la valeur est un moyen de poser les problèmes d'une manière comprise par tous les acteurs. Utilisées pour trouver des pistes d'optimisation, elles sont donc le gage de solutions viables d'amélioration de la prise en charge du patient.

Elles ont aussi l'avantage de reposer sur une séparation des besoins et des solutions, ce qui permet d'éviter de recourir systématiquement à une augmentation de **moyens** pour répondre à un besoin exprimé, celui-ci pouvant aussi être satisfait par une **réorganisation** du travail et des tâches.

L'**analyse fonctionnelle** permet enfin de clarifier les relations entre clients et fournisseurs en définissant parfaitement le résultat à obtenir, avec les marges de discussion possibles (incarnées dans les flexibilités) et en délimitant le partage des tâches et des responsabilités. Elle est donc utile pour **contractualiser** les relations entre acteurs, dans un sens gagnant-gagnant, seules susceptibles d'être durables.

Bibliographie

ABDELHOUALA B., COLIN T., GRANDHAYE J.P., et al. *Apprentissage, compétences et innovation : construction d'une approche pluridisciplinaire*. Rapport de recherche AOSTP (Apprentissage Organisationnel, Situation de Travail et Performance) : programme fédérateur Institut Lorrain des Sciences du Travail de l'Emploi et de la Formation (ILSTEF), INPL, Université Nancy 2, programme de travail du Ministère de l'Education Nationale et de la Recherche, 2001. 67 p.

L'agenda du patient. Hôpital Expo, Forum de l'hôpital Public, Assises du secteur social et médico social, 24 Mai 2002

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION D'ILE DE FRANCE (ARHIF). *Recommandations sur la permanence médicale et paramédicale dans un service d'urgence* [en ligne]. Document de travail. Janvier 2000. Disponible sur Internet <<http://www.suh-asso.org/public/arhidf.pdf>>

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS. *Aval hospitalier des urgences médico-chirurgicales d'adultes à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris*. Rapport du groupe de travail animé par Loïc CAPRON. Juin 2002, 62 p.

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS. *Les urgences : urgences-porte et urgences spécialisées organisées en garde générale – Activité et moyens 2001*. Direction de la politique médicale – Département des projets médicaux. 64 p.

ASSOCIATION FRANCAISE D'ANALYSE DE LA VALEUR. <<http://www.afav.asso.fr>>

BAUBEAU D., DEVILLE A., JOUBERT M., et al. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. *Etudes et résultats*, Juillet 2000, n°72. Direction de la Recherche , des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

BAZIN A., GARNERIN P., VERMEULEN B. et al. Etude sur l'analyse des flux aux urgences : contexte, méthodes et résultats. *Revue SFUM*, 2001, pp 161-172

BENANTEUR Y., ROLLINGER R., SAILLOUR J.L. *Organisation logistique et technique à l'hôpital*. Rennes : Editions ENSP, 2000. 190 p.

BOUCHE G., CHARPENTIER P., LALLEMAND C. et al. *Réussir une organisation en juste à temps. L'exemple d'un atelier de mécanique chez Renault*. ANACT. Collection Points de Repères

BOUQUIN M. Urgences, l'IAO dans l'œil du cyclone. *Soins*, Avril 2002, n°664, pp. 31-33.

BRUNET F. *Projet de service – Service d'accueil des urgences du groupe Cochin-Saint Vincent de Paul*. Hôpital Cochin, version 2002 actualisée. 125 p.

BUSINESS DIGEST, SALAMANDRE. Dynamiser la pensée stratégique : la théorie des jeux. *Business Digest*, septembre 1998, n°78, Supplément semestriel « Etat de l'art » n°5. Clichy : Flodich & co, Groupe SDGP, 16 p.

Circulaire n° DH/4B/GGS 3 E/91-34 du 104 mai 1991, relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans établissements à vocation générale : guide d'organisation.

CHANTELOU M. , GADEL G. Les appels d'urgence au centre 15 en 1997. *Etudes et résultats*, Mars 2000, n°55. Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

COLLEGE DES MEDECINS DU QUEBEC, ORDRE DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS DU QUEBEC. tri à l'urgence. Un processus dynamique pour assurer une évaluation de la condition des patients dès leur arrivée à l'urgence. *Enoncé de position*. Janvier 2000.

CREMADEZ M., GRATEAU F. *Le management stratégique hospitalier*. Paris : Masson, 1997. 445 p.

Décret N°95-647 du 9 Mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique

Décret N°95-648 du 9 Mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins Accueil et traitement des urgences et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets)

Décret N°97-615 du 30 Mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

Décret N°97-616 du 30 Mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins « accueil et traitement des urgences » et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets)

DUCASSE D. Comment une démarche logistique permet-elle d'atteindre les nouveaux objectifs économiques des centres hospitaliers ? L'exemple de l'Hôpital Européen Georges Pompidou. *Revue Logistique & Management*, 1995, vol. 3 n°1, p.3-9

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES). *Enquête usagers des services d'urgence*. Séminaire préparatoire. 13 Décembre 2001. Paris.

GARNERIN P., BAZIN A., VERMEULEN B. Méthodologie et outils d'analyse des flux de patients. *Revue SFUM*, 2001, pp 173-178

GIROUD M. La satisfaction du patient aux urgences. *Soins*, Avril 2002, n°664, pp. 27-30.

HUMBERT B. Les enjeux des urgences en France. *Soins*, Avril 2002, n°664, pp. 18-21.

HUMBERT B. Le service d'accueil des urgences du futur... *Soins*, Avril 2002, n°664, pp. 50-52.

LAUNAY G. Conséquences de l'agenda du patient sur le schéma directeur du système d'information hospitalier et stratégie d'implémentation des outils. *Revue Hospitalière de France*, Mars-Avril 2002, n° 485, p 121

MATHY C. *Classification de l'activité des unités de prise en charge des urgences*. Mission PMSI. Document de travail. Août 1999.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. *Rapport des groupes de travail sur les urgences* [en ligne]. Mars 2001. Disponible sur Internet : <http://www.inph.org/rapp_urg2002.html>

Management par la valeur et systémique – Quelle complémentarité ! Journée d'étude de l'AFAV. 13 Juin 2002. Paris. 2 volumes.

PETIT A. *Approche globale, approche locale des événements dans une organisation complexe*. Mémoire de DEA en GSI : INPL Nancy, 2000-2001

PETITDEMANGE C. *La conduite de projet face à la mondialisation*. *Management par la valeur*. Paris : Edition Formation Entreprise, 2001. 279 p. Collection Référence Première

Référentiel SFUM, critères d'évaluation des services d'urgences, mars 2001

RIBAU N., GRANDHAYE J.-P. La gestion par projets dans les hôpitaux publics : une forme de gestion contributive au développement de valeur. *Conférence MAAOE (Multinational Alliance for the Advancement of Organizational Excellence)*. Thème : *Towards a sustainable excellence : Questions in Search of Answers*, 26-28 Septembre 2001, Saint Quentin en Yvelines. 18 p.

SAMPIERI N. Le développement potentiel de la logistique hospitalière. Des enjeux pour l'amélioration de la qualité. *Gestions Hospitalières*, Juin-Juillet 1999, pp 449-453

SCHMITT C. *La dynamique de la valeur : contribution à la création de la valeur en P.M.E. à partir du désordre*. Thèse pour le doctorat de 3^{ème} cycle en GSI : INPL Nancy, 1999. Jury : Pr. C. GUIDAT, Pr. M. BAYAD , Pr. M. LACROIX, Pr. P. LORINO, M. GREIF, J.-P. GRANDHAYE.

SCHMITT C., GRANDHAYE J.-P.. *Ordre et désordre en P.M.E. : contribution du visuel au développement organisationnel. Direction et Gestion*. Novembre-Décembre 1999 Janvier-Février 2000, n°180-181, pp.45-60

SCIENCES ET AVENIR. *Spécial Urgences*. Paris. Mai 2000. 139 p.,n°639

SOCIETE FRANCOPHONE D'URGENCES MEDICALES (SFMU). *Critères d'évaluation des services d'urgences. Référentiel SFMU*. Mars 2001. 101 p.

SOCIETE FRANCOPHONE D'URGENCES MEDICALES (SFMU), RESEAU SENTINELLE URGENCES (SAU HOTEL DIEU). *L'Assurance Qualité aux urgences : une enquête nationale multi-centrique. Une démarche d'évaluation sur 216 sites d'accueil des urgences* [en ligne]. 1995. Disponible sur Internet <<http://www-rsu.ap-hop-paris.fr>>

STEG A. *La médicalisation des urgences*. Rapport de la Commission nationale de restructuration des urgences. Paris, septembre 1993.

TONNEAU D. De la performance individuelle à la prestation collective : Qualité des soins et prise en charge gestionnaire – La rencontre des logiques professionnelles. In *Réussir ensemble oui ... mais comment*. Présentation à Lausanne (Suisse). 14 Novembre 2001.

VANDEVELDE N. Etre infirmière d'accueil et d'orientation à l'hôpital Saint Louis à Paris. *Soins*, Avril 2002, n°664, pp. 34-35.

VASSY C. Vraies et fausses urgences : comment trier les usagers ? In *Les usagers du système de soins*. Rennes : Editions ENSP, 2000. Deuxième partie, chapitre 7, pp 193-212

VEGA A. Les urgences, une fenêtre sur la ville. *Soins*, Avril 2002, n°664, pp. 22-23.

VEGA M.-J. Le temps de l'urgence et l'urgence du temps. *Soins*, Avril 2002, n°664, pp.24-26

VERMEULEN B., BAZIN A., GARNERIN P. et al. Nécessité de l'analyse des flux au SAU et perspectives d'évolution. *Revue SFUM*, 2001, pp 173-178

Annexe A :

Définitions

Processus

Description d'une série d'événements reliés entre eux par un mode opératoire permettant d'obtenir un résultat complexe.

Cela suppose de définir les éléments suivants :

- Borne d'*entrée* et de *sortie*
- Description des *étapes* du processus
- Coordination des *acteurs* aux étapes
- *Indicateurs* d'attente à l'entrée du processus, et de satisfaction à la sortie

Si elle permet de décrire les activités et les acteurs qui y interviennent, on peut noter qu'elle n'inclut pas la notion de **temps** nécessaire à la réalisation de ces activités, ni à la **quantité** de matière qui emprunte ce processus.

La modélisation processus est souvent codifiée par les **logigrammes**.

Cette méthode est largement utilisée, par les **ingénieurs en organisation**, par les **qualitiens** et dans les méthodes d'**analyse fonctionnelle** notamment.

Flux

Quantité de matière qui emprunte un **processus**.

Il peut s'agir de flux de matières, de personnes ou d'informations.

La notion de flux est utilisée par la **logistique**, dont le but est de les gérer.

Logistique

La notion de logistique a des acceptions différentes selon le secteur considéré : le terme employé dans le monde hospitalier est en effet très différent de celui employé dans le secteur industriel et plus généralement dans les entreprises.

Dans les entreprises :

- Technique de gestion des **flux**

Pour cela, elle s'intéresse aux éléments suivants :

- Gestion du **temps** par des méthodes de planning, et de programmation, en tenant compte des *contraintes* (issues de l'amont et de l'aval)
- Contrôle de la **trajectoire** suivie par les flux

Dans l'hôpital :

- Fournit les prestations de service, hors soin (médico-technique et hôtelière) à la prestation principale de soin (d'après Mintzberg)

L'approche logistique y est donc limitée à l'**intendance**.

Qualité

L'approche qualité recourt, entre autres, à la description **Processus** et à la notion d'*Indicateurs* :

- d'impact à la fin du processus
- de réalisation des tâches en cours de processus

Ingénieurs en organisation

Ils utilisent des méthodes de planning et de programmation, ce qui les relie à l'approche **logistique**, ainsi qu'à la modélisation **Processus**.

Trajectoire patient

Processus de prise en charge du patient, décrivant les activités composant cette prise en charge, les acteurs qui y interviennent, les lieux où elle se déroule.

Agenda patient

Cette notion, conçue par l'Association nationale des organisateurs hospitaliers (ANIORH), consiste à étudier la trajectoire de **chaque** patient, en y intégrant la notion de **délai** (d'où l'idée d'agenda).

Les définitions des termes ci-dessous sont issues d'un "Glossaire de l'analyse de la valeur", réalisé en 1991 par l'Association française pour l'analyse de la valeur (FAV) avec la

participation d'associations de différents pays européens et un soutien de la Commission des Communautés européennes.

Fonction

Ce qui est attendu d'un sujet Analyse de la Valeur (AV) dans un but ou un usage déterminé. En AV, une fonction s'exprime normalement par un verbe et un nom pris comme complément.

Les fonctions d'un produit permettent de satisfaire les besoins multiples de l'utilisateur. Elles constituent ce pour quoi le produit a été réalisé, ce qui est nécessaire et suffisant. Les fonctions sont par nature contingentes, dépendantes de l'utilisateur, de son contexte culturel, instrumental, temporel. On distingue généralement :

- les fonctions de service, en relation étroite avec les besoins de l'utilisateur : ces fonctions de service sont exprimables de façon indépendante des choix de solutions techniques;
- les fonctions techniques des éléments du produit, décrivant les solutions existantes et contribuant à la réalisation des fonctions de service.

L'objectif de l'analyse de la valeur consiste donc à bien cerner et valoriser les fonctions de service, en limitant autant que possible le poids des fonctions techniques.

Analyse fonctionnelle

Démarche qui consiste à décrire complètement les fonctions et leurs relations. Le résultat est une représentation visuelle et/ou écrite des fonctions systématiquement **ordonnées**, **caractérisées**, **hiérarchisées** et **valorisées** (coût, etc.).

L'analyse fonctionnelle comporte généralement les phases ou opérations suivantes :

- identification des fonctions (découvrir celles-ci, les inventorier);
- ordonnancement des fonctions ("mettre" de l'ordre entre fonctions de service et fonctions techniques, entre fonctions principales et fonctions complémentaires, déterminer les relations entre les fonctions);
- recherche de formulations appropriées et ouvertes pour chacune des fonctions (un verbe suivi de compléments, en évitant d'évoquer des solutions);
- valider les fonctions (faut-il garder ou non ces fonctions, peuvent elles disparaître du fait d'évolutions dans les besoins et dans l'environnement ?);
- caractérisation ou spécification des fonctions (identification des critères et niveaux d'appréciation ou d'exigence sur les fonctions);

- hiérarchisation, pondération ou encore valorisation des fonctions (quelle stratégie fonctionnelle?).

L'analyse fonctionnelle est une composante de l'analyse de la valeur.

Coût de fonction

Part du coût d'un sujet d'Analyse de la Valeur (produit, système ou service) correspondant directement à une fonction déterminée.

Le chiffrage des fonctions qui permet de déterminer les coûts fonctionnels est un autre aspect important de la méthode. Il s'agit d'introduire de la mesure et donc de pouvoir dire à combien revient dans le produit existant le coût de réalisation des diverses fonctions. Ce coût fonctionnel peut être établi en unités monétaires, mais d'autres unités de dépenses peuvent être utilisés selon les contextes (masse, **temps**, fiabilité ou coefficient de risque,...).

Fonction inutile

Fonction qui ne contribue pas à augmenter la valeur d'un sujet d'Analyse de la Valeur.

Il peut s'agir de fonctions de service qui n'ont pas de raison d'être du fait des spécificités du contexte ou qui n'en ont plus par suite d'évolutions dans l'environnement. Mais surtout, c'est dans les fonctions techniques que l'on fait la chasse à l'inutile : ramener une fonction technique à un niveau juste nécessaire, éliminer des fonctions techniques (notamment d'assemblage) par un autre choix de conception.

Cahier des charges fonctionnel

Document par lequel le demandeur exprime son besoin (ou celui qu'il est chargé de traduire) en termes de fonctions et de contraintes. Pour chacune d'elles sont définis des critères d'appréciation et leurs niveaux, chacun de ces niveaux est assorti d'une flexibilité.

Ce cahier des charges fonctionnel (ou CdCF) est la concrétisation la plus élaborée de la démarche fonctionnelle. L'établissement de ce document implique une très bonne étude des besoins des utilisateurs et des contraintes de l'environnement. Le cahier des charges fonctionnel est l'outil de formalisation intelligente du projet à développer. Il précise de façon rigoureuse les attentes ou exigences (les objectifs à atteindre), en laissant au concepteur du futur produit le maximum de latitudes pour exprimer sa créativité et ses talents. Le cahier des charges fonctionnel comporte, en principe, une liste de fonctions à remplir, l'indication des critères et des niveaux d'appréciation pour chaque fonction, l'énoncé éventuel de flexibilités (ce qui permet des ajustements entre diverses fonctions et divers critères), enfin l'appel à variantes.

Le cahier des charges fonctionnel est un outil essentiel de la démarche **qualité**.

Valeur

Relation entre la contribution d'une **fonction** à la satisfaction du **besoin** et le **coût** de cette fonction.

Analyse de la valeur

Par une analyse menée à chaque *étape*, l'analyse de la valeur permet d'optimiser le **processus** dans le sens d'une **satisfaction** maximale des parties prenantes pour un **coût** moindre.

Le produit qui aura la plus grande valeur est celui qui remplit correctement les fonctions requises pour un coût minimal. Ainsi les axes d'action en analyse de la valeur consistent à bien étudier et critiquer les fonctions, à maîtriser les composantes du coût et à optimiser la relation entre ces deux facteurs.

Annexe B :

Grille d'entretien

semi-directif

Grille d'entretien semi directif, ayant permis de mener les entretiens auprès des personnes du **SAU** et du pôle **biologie**.

Description processus et analyse fonctionnelle de type Ressources Activités Résultat (RAR)

Processus idéal

Comment pouvez-vous décomposer le travail réalisé dans votre service (sous étapes) ?

Prise en charge du patient au SAU

Traitement des prélèvements de biologie au pôle biologie

A chaque étape, quels sont les acteurs qui devraient intervenir et pourquoi ?

Quel temps est souhaitable pour sa réalisation et pourquoi ?

Quelle est la fonction/ le résultat attendu de chaque étape ?

Pour les ressources en temps, et en personnel, quel est le niveau qui serait idéal au regard de votre travail (flexibilité 3), selon des critères médicaux et organisationnels ?

Quel est le niveau en dessous duquel vous refusez de descendre ? (flexibilité 0)

Ces éléments (sous-activités, ressources, résultat, flexibilité) sont-ils invariants pour tous les patients / pour tous les tubes ? Sinon, quels sont les critères qui permettent de distinguer les flux de patients / les flux de tubes ?

Processus réel

A chaque étape du processus, quels sont les acteurs qui interviennent réellement ? La répartition des tâches est-elle protocolisée ?

Quel temps est nécessaire pour sa réalisation ? Le mesurez-vous et si oui, comment ?

Quelle est la fonction/ le résultat obtenu à chaque étape ? Existe-t-il des indicateurs pour en contrôler l'atteinte ?

Quels sont les aléas auxquels vous êtes confrontés qui expliquent que la description idéale ne soit pas respectée ?

Identification de la complexité, gestion des interfaces et méthodes de coordination

Dans quels processus votre travail est-il inséré ?

En quoi un fonctionnement idéal (flexibilité 3) dans votre service peut-il créer des dysfonctionnements dans d'autres services ?

Quels dysfonctionnements des autres services vous met en difficulté ?

Pouvez-vous illustrer par des exemples ?

Comment gérez vous l'interface (par quelle organisation ?) avec d'autres acteurs ?

Interface entre les différents modes de prise en charge (hôpital de jour, urgences, hospitalisation classique) au niveau du pôle biologie : quelles sont vos méthodes de gestion du circuit urgent ?

Interface du SAU avec les plateaux médicotechniques et les services de soins spécialisés au niveau des examens complémentaires : Pose-t-elle problème et pourquoi ? Par quelle organisation gérez-vous cette interface ?

Interface du SAU avec les services d'hospitalisation, internes et externes au niveau de l'aval du SAU : pose-t-il problème et pourquoi ? Par quelle organisation gérez-vous cette interface ?

Annexe C :

Eléments sur les flux et les ressources

SAU et pôle biologie HEGP

(annexe non publiée)

On trouvera ci-dessous des éléments concernant :

- les flux de patients au SAU de l'HEGP
- les ressources en personnel médical du SAU et leur organisation du travail par tranche horaire
- les flux de tubes au pôle biologie de l'HEGP, réparti par jour de la semaine et par heure

Annexe D :

Listes des examens biologiques traités de nuit

On trouvera ci après la liste des examens biologiques traités de nuit au laboratoire de microbiologie.

(annexe non publiée)

Annexe E : Aval du SAU Listes des correspondants

➤ **Extrait de la liste des correspondants de l'hôpital Cochin**

Elle est classée par spécialité médicale. On a inclus ci dessous un extrait pour la spécialité Gériatrie.

Gériatrie

PARIS

HOPITAL GEORGES POMPIDOU - 01 56 09 20 00

Pf St Jean -01 56 09 30 36 (tél portable médical)

Patient>80 ans toute pathologie aigue même si placement secondaire Patient habitant 7°, 15°, 16°

HOPITAL VAUGIRARD - 01 40 45 80 00

DR Laudet (Patient habitant le 15°)

HOPITAL CORENTIN CELTON -01 58 00 40 00

Pas d'admission Sam Dim, Férié

Dr Mathieu Secrétariat -01 58 00 48 00

Cadre Mme Gilioli -01 58 00 14 63 ou -01 58 00 40 00 BIP 160

Dr Delcros faire biper un médecin ou cadre du service

NOTRE DAME DE BON SECOURS -01 40 52 40 52

66/68, rue des Plantes - Paris14

Dr Durand-Gasselin -01 40 52 40 59 - Port Med -06.61.64.47.13

HOPITAL BROCA -01 44 08 30 00 – 54 rue Pascal – 75013 PARIS

Pr Forette -0144 08 35 03 - Dr Charaz -01 44 08 35 21

Cadre -01.44.08.35.41 – Dr Rigaud -01 44 08 36 36

Fax 01 44 08 36 18

MAISON MEDICALE JEANNE GARNIER -01 43 92 21 00

110 av Emile Zola - 75015 Paris

HOPITAL ROTSCCHILD -2333

Demander le service de gériatrie aigue

HOPITAL BRETONNEAU -01 53 11 17 10 ou 1711

>65ans habitant 17° 18° 9°

contacter Dr Zinetti ou Dr Volmark -01.53.11.18.00

PEAN 9 rue de la Santé 01 55 43 19 19 uniquement pour renvoyer leurs patients

Hôpital de La Rochefoucauld – 15 avenue du Général Leclerc – 75014 PARIS

01 44 08 30 00

Département 91

HOPITAL PRIVE GERIATRIQUE LES MAGNOLIAS

Dr Brasseur - 01 69 80 46 46 /46 87

77 rue du Perray 91160 Ballainvilliers

CLINIQUE GERIATRIQUE DE BRUNOY « Les Vallées »

86 rue du Rôle - 91800 Brunoy DR ATLANT - 01 60 47 95 00

RER D – Châtelet – Gare de Lyon

Marie-Catherine PHAM - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 2002

HOPITAL GEORGES CLEMENCEAU 91750 CHAMPCUEIL

Service Dr Leblond 01 69 23 22 77 ou 2276

☐ 70 ans pas de patients instables, pas de BPCO dépendant de O2 ou de leur machine

☐ intéressé par la cardio ++, avc, géronto psychiatrie, rééducation fonctionnelle

HOPITAL DUPUYTREN (3023)

1 rue Eugène Delacroix - 91211 Draveil

Service Dr Perilliat - 01 69 83 64 82 demander un médecin

(J G Perilliat ; P Gerodias ; C Jeannin-N Bachalat ; C Bongur

C Cervantes-Degraeve ; S Nguyen)

Admission du lundi au vendredi le patient doit arriver avant 18h

Age>60 ans ; Gériatrie aigue, Moyen séjour, Géronto psychiatrie

HOPITAL JOFFRE

Rue Louis Camatte - 91211 Draveil -01.69.83.63.97

Service Dr Piazza d'Olmo -01 69 83 63 82 demander un médecin

(E Galbrun ; M Benamou ; R Aikpa ; N Haddad)

Admission du lundi au vendredi le patient doit arriver avant 18h

Age>60 ans ; Gériatrie aigue, Moyen séjour, Soins palliatifs

HOPITAL PRIVE DU VAL D' YERRES -01.69.48.48.13 ou 01.69.49.73.50

31 rue de l'Abbaye - 91330 Yerres

HOPITAL D'ARPAJON – -01 64 92 92 92

18, avenue de Verdun – 91190 ARPAJON

Clinique « Le Moulin de Viry » - -01 69 54 56 56

2, rue Horace de Choiseul

91170 VIRY CHATILLON

Demander Dr Sophie GALLIERE ou Dr Valérie BOURDINAUD

➤ **Proposition de liste des correspondants de l'HEGP-Extraits**

Voici des extraits de la liste des correspondants du SAU, que j'ai établie pour essayer de fluidifier l'aval du SAU.

COURT SEJOUR MEDECINE

1^{er} AVAL

Hôpital Saint Michel

Paris XV

*Médecine interne

25/30 lits

Dr MOURAD (chef service)

Madame GILLET : Surveillante

Madame ADNET : 1^{ère} infirmière

Tel : 01 40 45 63 74 ou 63 63

-*Contact privilégié* : convention en cours ?, Dr BROCHEN

-*Types de malades* : Malades légers et stabilisés

-*Difficulté* : 5 lits fermés pour cause de manque d'IDE depuis l'été dernier, mais non définitif.

-*Résultat* : >> 40 à 50 % des demandes de transfert positives

Hôpital Suisse

Issy les Moulineaux

*Médecine interne

42 lits (2 services de 21)

Dr DELL ISOLA (chef de service)

Dr CREMIEUX (gérontologue, adjoint)

Surveillante : Mlle RINEAU

Tel : 01 41 33 11 00

-Mode de fonctionnement :

1/Contact entre CSI : demande du nombre de lits disponibles et fax du nombre de compte rendus correspondant, choisis par le SAU de l'HEGP

2/Contact entre médecins : accord ou refus

-Contact privilégié : convention, via gériatrie HEGP (Dr Ayat)

-Difficulté :

En restructuration (environ 20 lits fermés pour travaux jusqu'à la rentrée)

Refus des patients ayant un problème social (manquent d'AS)

Hôpital Saint Joseph

Paris XIV

*Médecine interne, maladies infectieuses, dermatologie

~4-5 (1/3 de 15 lits) de médecine interne

Dr PRIOLLET

Surveillante Mme PEREZ :

Tel : 01 44 12 33 98 ou 33 33 (standard)

-Difficulté :

Existence d'un SAU

Hors secteur

Réduction du nombre de lits de ce service et de la proportion des lits de médecine interne dans le service (passage de 1/2 à 1/3) depuis mai 2002 .

*Unité médicale non Programmée (UMNP)

8lits

Dr NGUYEN

Surveillante SAU, Porte, UMNP : Mme DEGUELLE

Tel : 01 44 12 76 57 ou 33 33 (standard)

-Mode de fonctionnement : appel du SAU

-Contact privilégié : Dr CORDIER, via Dr DAVIDO

-Difficulté : service crée comme aval du SAU, donc toujours plein.

*Pneumologie

36 lits

Dr SALMERON (chef de service)

Surveillantes : Mme AUBLIN et Mme DE PABLO

Tel : 01 44 12 33 92 et 78 71

Notre Dame de Bon Secours

Paris XIV

*médecine interne gériatrique

38 lits

Pr DURAND GASSELIN (chef service)

Ou médecin permanence : Tel : 06 61 64 47 13

Surveillante : Mme POUPON BOUZOUZI

Tel : 01 40 52 42 78 ou 40 59 (poste de soins)

-Difficulté :

Hors secteur

Aval de St Joseph (ND de Bon Secours a une convention avec St Joseph) et Cochin

-Contact privilégié : convention, via Pr St Jean (ancien élève de St Jean) (partenariat sur la recherche principalement)

-Types de malades : reprennent 100 % des patients qu'ils ont suivis, patients du 14e, 7e, 6e, Montrouge, Vanves, Malakoff

COURT SEJOUR CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

1^{er} AVAL

Clinique Victor Hugo (16^e)

Institut Français de la chirurgie de la main

-Types de malades : chirurgie de la main

-Contact privilégié :

convention

Anciens attachés de Boucicault (Dr SAFAR, Dr MAZODIER, Dr SOKALOV...)

-Mode de fonctionnement : Contact IBODE (ou urgences, admissions)

Clinique Remusat (16^e)

-Types de malades : Col fémur

-Contact privilégié :

Dr WERTHER (orthopédiste), travaillant à l'HEGP

Clinique Jouvenet (16^e)

-Contact privilégié :

Anciens attachés de Boucicault ou Saint Antoine

Dr DINK, Dr LENOBLE, Dr GILBERT, Dr DUMONTIER...

[coupé].....

REANIMATION

1^e AVAL

Quand il n'y a pas de place à l'HEGP

Hôpital Cochin

*Réanimation médicale

Pr DHAINAUT (chef de service)

-*Résultat* : >> prennent souvent des malades (Beaucoup de lits ?)

Hôpital R. Poincaré

Garches

*réanimation neurologique

Pr GADJOS (chef de service)

Dr CLER (PH)

-*Types de malades* : malades très ciblés

-*Difficulté* : pas de scanner

*réanimation chirurgicale

Pr JUDET

-*Types de malades* : opérations du rachis

Clinique des Hauts de Seine (92)

*réanimation polyvalente

-*Difficulté* : Ces institutions ne sont appelés que lorsque l'on a un patient qui est suivi chez eux, via accord médical car sont surtout utilisés par le SAMU 92 et l'hôpital A Bécère

[coupé].....

SOINS DE SUITE – MEDECINE GERIATRIQUE

2^e AVAL

Hôpital Suisse

*Convalescence médecine

21 lits

Dr FAYEMENDY (chef de service)

Surveillante convalescence : Mlle RINEAU (provisoire)

Tel : 01 41 33 11 00

-*Contact privilégié* : via gériatrie HEGP (Pr St Jean)

-*Type de malades* : toutes spécialités (après AVC, Soins intensifs, opération chirurgicale...), moyenne d'âge élevée

Clinique de Saclas

Responsable des admissions : Mme HENRY

Tel : 01 60 80 73 00

-*Types de malades* : Malades légers, rééducation motrice

-*Mode de fonctionnement* : transmission des certificats médicaux

-*Contact privilégié* : Dr PLACET (?) vient au staff des oncologues de l'HEGP

-*Difficulté* : qualité médicale moyenne

[coupé].....

SOINS DE SUITE - ONCOLOGIE AIGUE

2^e AVAL

Institut Curie

Paris V

Tel : 01 44 32 40 00

-Difficulté : Ces deux instituts ne sont appelés que lorsque l'on a un patient qui est suivi chez eux, via accord médical.

Clinique Hartman

Neuilly

Tel : 01 46 39 89 89

-Difficulté : Ces deux instituts ne sont appelés que lorsque l'on a un patient qui est suivi chez eux, via accord médical.

SOINS DE SUITE – ORTHOPEDIE

2^e AVAL

Notre Dame de Bon Secours

Paris XIV

*Soins de Suite Post Opératoire Gériatrique (SPOG)

25 lits

Dr DANNE (chef service)

[coupé].....

SOINS DE SUITE – AUTRES

2^e AVAL

Hôpital R. Poincaré

Garches

*rééducation neurologique

LONG SEJOUR

3^e AVAL

-*Difficulté* : enquête sociale préalable nécessaire, seulement après passage dans un Moyen Séjour, délai long

Hôpital Sainte Perine- Rossini-Chardon Lagache

11, rue Chardon Lagache

75781 PARIS Cedex 16

Tel : 01 44 96 31 31

Directeur : Mlle Marie-Josée LAUQUE

*Soins de longue durée Gériatrie

*Gérontologie 1

Dr BAULON (chef de service)

-*Difficulté* : travaille plutôt avec d'autres hôpitaux

-*Résultat* : très peu

[coupé].....

SOINS PALLIATIFS

-Mode de fonctionnement :

Les demandes sont réalisées via les **assistantes sociales**
et

Equipe mobile de soins palliatifs HEGP

Docteur Danièle LECOMTE : poste 2733

Martine PICHOT, infirmière : poste 2732

Jeanne Garnier

Dr Sylvie RICHARD (chef de service)

Tel : 01 43 92 21 00

-mode de fonctionnement : Contact via la personne des admissions

Cognacq Jay

Tel : 01 56 56 42 00

Hôpital Sainte Perine- Rossini-Chardon Lagache

11, rue Chardon Lagache

75781 PARIS Cedex 16

Directeur : Mlle Marie-Josée LAUQUE

*Gérontologie 1

Dr BAULON (chef de service)

Tel : 01 44 96 31 31

Dr GOMAS (responsable de l'unité J Gatineau)

-*Contact privilégié* : via D Lecomte (HEGP)

-*Difficulté* : très peu de lits (mais aggrandissement en cours)

-*Résultat* : >> extrêmement rare

HAD Palliatif

***HEGP (HAD AP-HP) :**

Postes 3548 ou 3101

-*Difficulté* : peu organisé pour les soins palliatifs : mauvais !

***Association FX Bagnoud**

-*Qualité médicale* : TTB

-*Contact privilégié* : concerne les patients du 15^e et 16^e

-*Difficulté* : délai long, peu de places

-*Résultat* : >>Quasi pas de transfert direct depuis le SAU car délai d'admission de 8-10 jours.

HAD (Hospitalisation à Domicile)

1^{er}, 2^e, 3^e AVAL

HEGP (HAD AP-HP)

Postes 3548 ou 3101

Croix St Simon

Santé service

FX Bagnoud

Annexe E :
Aval du SAU
Exemple de convention
pour l'aval du SAU



Convention inter hospitalière établie entre :

D'une part, le groupe hospitalier Cochin - St Vincent de Paul - La Roche Guyon

Adresse : 27 rue du Fg Saint Jacques 75014 Paris

Représenté par son Directeur : Monsieur Olivier COLIN

Assisté de son équipe de Direction représentée par Madame Andrée MAYER
et du Professeur F. BRUNET, médecin chef du service du S.A.U. Cochin

Et d'autre part, le groupe hospitalier Joffre-Dupuytren

Adresse : rue Louis Camatte 91211 DRAVEIL

Statut : Public

Représenté par son Directeur :

Madame Françoise COMBRISSE

La Convention suivante est établie concernant la prise en charge spécialisée des malades se présentant au S.A.U., requérant une admission dans le(s) service(s) spécialisé(s) du groupe hospitalier Joffre-Dupuytren

Vu la loi 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière,

Vu la loi hospitalière N°91-748 du 31 juillet 1991

Vu l'arrêté du 12 octobre 1998 portant Schéma Régional d'Organisation Sanitaire d'Accueil et de traitement des Urgences d'Ile de France et ses annexes

ARTICLE 1 : OBJET DE LA CONVENTION

Cette convention définit conformément aux recommandations du SROS Ile-de-France, les rôles respectifs du service d'urgence de l'Hôpital Cochin et de(s) service(s) de Gériatrie du groupe hospitalier Joffre-Dupuytren pour assurer l'accueil et la prise en charge des malades adressés par le service d'Urgences de l'Hôpital Cochin au groupe hospitalier Joffre-Dupuytren, pour la(les) spécialité(s) médicale(s) suivante(s) : Gériatrie

Elle a pour but d'assurer la qualité des soins et des prestations prodiguées aux malades adressés par le service d'Urgences de l'Hôpital Cochin dans le groupe hospitalier Joffre-Dupuytren.

Elle définit les modalités concernant la proposition et l'acceptation d'un transfert, les conditions de sa réalisation, celles de l'accueil et de la prise en charge ultérieure.

L'application de cette convention s'insère dans le cadre général du respect du libre choix du malade et des filières de soins existantes.

ARTICLE 2 : ORGANISATION DES SOINS

Le groupe hospitalier Joffre-Dupuytren s'engage à prendre en charge et à traiter, dans le respect des bonnes pratiques médicales et infirmières, les malades adressés par le service d'Urgences de l'Hôpital Cochin, pour la ou les disciplines suivantes:

Tout patient de plus de 60 ans nécessitant soit:

- des soins de gériatrie aiguë

- des soins de suite et/ou réadaptation
- des soins palliatifs
- des soins de géro-psycho-geriatrie.

ARTICLE 3 : ENGAGEMENTS DES ETABLISSEMENTS

Le groupe hospitalier Joffre-Dupuytren met à disposition du service d'Urgences de l'Hôpital Cochin des moyens matériels et humains constitués par une équipe médicale et soignante spécialisées dans la prise en charge des malades relevant de la Gériatrie.

Le nombre de personnel et leur organisation doit permettre l'accueil et le traitement des malades adressés par le service d'Urgences de l'Hôpital Cochin dans des conditions d'urgences.

Le groupe hospitalier Joffre-Dupuytren s'engage à :

- admettre ces patients dans un délai de 48 h, dans la mesure du possible et dans l'unité qui convient le mieux à l'état du patient (médecine gériatrique, soins de suite, réadaptation) ;
- adresser un compte-rendu d'hospitalisation dès la sortie du patient.

S.A.U. Cochin

Le service d'Urgences de l'Hôpital Cochin s'engage à prévenir dans des délais fixés préalablement le service receveur et à fournir toutes les informations dont il dispose et tous les éléments concernant le malade (bilans, explorations à visée diagnostique, informations soignantes et sociales), nécessaires à la prise en charge ultérieure de celui-ci, selon des modalités assurant le respect de la confidentialité et du secret médical.

ARTICLE 4 : LA DEMANDE DE TRANSFERT DU PATIENT

Le médecin du service d'Urgences de l'Hôpital Cochin qui décide de transférer un malade vers le groupe hospitalier Joffre-Dupuytren doit, avant toute démarche, informer le malade ou, si son état ne permet pas de recueillir un accord éclairé, sa famille ou son représentant légal de la nécessité d'un transfert et des modalités de partenariat établies avec le groupe hospitalier Joffre-Dupuytren.

Le médecin du service d'Urgences de l'Hôpital Cochin prend contact avec le service de Gériatrie du groupe hospitalier Joffre-Dupuytren selon des modalités suivantes :

Coordonnateur Médical:

- **Dupuytren : Secrétariat du Docteur PERILLIAT, tel : 01.69.83.64.82**
- **Joffre : Secrétariat du Docteur PIAZZA D'OLMO, tel : 01.69.83.63.82**

Horaires d'admission des patient :

- **du lundi au vendredi de 9 h à 18 h 00**

Coordonnateur administratif :

- **Monsieur MARCILLAUD, Tel : 01.69.83.64.30**

Il indique le résultat de son bilan et le motif du recours à un service spécialisé, dans le respect des bonnes pratiques médicales et en fonction des moyens d'évaluation dont il dispose.

ARTICLE 5 : L'ACCEPTATION DU TRANSFERT

Elle est sous la responsabilité du médecin responsable du service de Gériatrie du groupe hospitalier Joffre-Dupuytren.

Celui-ci juge du bien fondé du transfert et s'assure des conditions de l'accueil du patient qui doit adapter à l'état de santé de celui-ci.

En particulier, il garantit la qualité des moyens matériels et humains nécessaires lors de l'arrivée du malade pour assurer sa sécurité et la qualité des soins.

En cas d'incapacité temporaire d'accueil du malade proposé, le médecin du groupe hospitalier Joffre-Dupuytren doit le préciser et refuser le transfert. Le malade sera alors adressé dans un autre établissement ayant établi une convention similaire.

S.A.U. Cochin

ARTICLE 6 : LA REALISATION DU TRANSFERT

Après avoir obtenu l'accord du transfert par le médecin receveur et par le malade ou son représentant, le médecin du service d'Urgences de l'Hôpital Cochin indique sur un document papier (ou informatique), les éléments d'identification du malade, celle du service receveur, le mode de transport préconisé et l'heure prévue de celui-ci.

Le médecin du service d'Urgences de l'Hôpital Cochin remet également tous les éléments du bilan qu'il a réalisé, incluant le résultat des examens complémentaires disponibles. Il s'engage à transmettre

ultérieurement ceux dont le résultat n'est pas encore disponible au moment du transfert.

La prise en charge financière des transports des patients d'un site à l'autre s'effectuera dans le cadre de la réglementation en vigueur.

ARTICLE 7 : LA RESPONSABILITE

La responsabilité de l'Hôpital Cochin reste engagée jusqu'à la prise en charge effective du patient par le groupe hospitalier Joffre-Dupuytren.

En cas d'aggravation de l'état de santé du malade durant le transfert, une nouvelle évaluation de ses besoins sera nécessaire. Elle nécessite l'implication directe des deux services ayant décidé du transfert. Elle peut entraîner une modification de son orientation initiale imposant l'accord des deux services.

ARTICLE 8 : EVALUATION

Les deux groupes hospitaliers conviennent de procéder au moins une fois par an à une évaluation du fonctionnement de cette convention.

Cette évaluation comporte, au minimum, un bilan statistique permettant d'évaluer l'activité (nombre d'admission, délais, pathologies et dépendance des patients, devenir des patients).

Elle devra également inclure des éléments d'évaluation médicaux permettant de juger du bien fondé des transferts, le résultat de la prise en charge ultérieure.

Elle pourra incorporer également des paramètres d'évaluation du degré de satisfaction des patients comme des questionnaires, ainsi que le nombre de refus de transfert par le malade ou son représentant.

S.A.U. Cochin

ARTICLE 9 : SUSPENSION DE LA CONVENTION

Toute suspension de l'autorisation d'exploitation de l'unité de proximité prononcée par le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile-de-France, en application de l'article L.712-18 du Code de la Santé Publique, à l'encontre du service d'Urgences de l'Hôpital Cochin entraînera immédiatement suspension de la présente convention.

Toute modification du statut du groupe hospitalier Joffre-Dupuytren et/ou des conditions d'exercice dans le ou les services concernés par la présente convention entraînera également la suspension immédiate de la présente convention.

Chacun des deux établissements contractants aura la faculté de suspendre l'exécution de la présente convention, quand il constatera que ses conditions de réalisation ne permettent pas d'assurer la sécurité du patient et la qualité des soins. Il informera, dans ce cas l'autre partie et le Directeur Général de l'AP-HP par LRAR, en précisant les motifs de la suspension.

Toute suspension ne peut excéder un délai de un mois à compter de sa notification, ce délai devant permettre à la partie déficiente de prendre les mesures qui s'imposent afin d'assurer à nouveau en toute sécurité la prise en charge des malades. Ces mesures devront faire l'objet d'une information auprès du Directeur Général de l'AP-HP et de l'autre partie.

Au-delà du délai de un mois, la partie déficiente pourra se voir opposer par l'autre partie la dénonciation de la présente convention sans préavis.

ARTICLE 10 : RENOUELEMENT ET MODIFICATION

La présente convention entre en vigueur à la date de la signature effective.

Sa durée est de un an, renouvelable par tacite reconduction.

Toute modification substantielle de cette convention est formalisée par un avenant

La présente convention est établie le 18 décembre 2000 à Paris

Le Directeur du groupe hospitalier

Cochin - St Vincent de Paul

La Roche Guyon

Monsieur Olivier COLIN

Le Directeur

de l'Hôpital Joffre-Dupuytren

Madame Françoise COMBRISSE

Le Chef du service du S.A.U.

Du groupe hospitalier

Professeur Fabrice BRUNET

Le Chef du service de Gériatrie 4

Docteur Jean-Guy PERILLIAT

Le Chef du service de Gériatrie 2

Docteur PIAZZA D'OLMO

