



EHESP

Directeurs des Soins

Promotion : **année 2008**

Date du Jury : **Septembre 2008**

**Optimisation du parcours de l'utilisateur à
l'hôpital : un processus à construire.
Rôle du Directeur des Soins**

Véronique CONTE

Remerciements

Nous tenons à remercier les personnes qui nous ont accompagnées tout au long de l'élaboration de ce mémoire et plus particulièrement les professionnels de terrain qui ont pris le temps de nous recevoir, de nous écouter et de nous conseiller.

Nous exprimons notre gratitude envers les enseignants-chercheurs et les intervenants de l'EHESP qui nous ont prodigué des recommandations bienveillantes. Nous tenons à saluer le service informatique pour sa disponibilité et son efficacité face à nos contraintes techniques.

Et enfin nous sommes reconnaissants aux usagers pour leur participation active à notre enquête.

A Yann, Ilona, Alexandre et Numa

Sommaire

Introduction	1
1 Le parcours de soins de la personne hospitalisée : mythe ou réalité?	3
1.1 La notion de parcours de soins :	3
1.1.1 A l'hôpital une trajectoire singulière au sein de parcours multiples et complexes .	3
1.1.2 Réseaux et filières : une autre forme de parcours de soins.....	4
1.1.3 Des parcours de soins formalisés à caractère obligatoire.	5
1.2 Le contexte hospitalier :.....	6
1.2.1 L'hôpital : un monde complexe.	6
1.2.2 Une organisation par processus.	7
1.2.3 La coordination des acteurs.....	8
1.3 Une évaluation nécessaire :.....	9
1.3.1 Les sources de non qualité.	9
1.3.2 La gestion des flux : un lien opérationnel.....	10
1.3.3 Vers une mutation culturelle : de la coordination à la coopération des acteurs...	11
2 A l'hôpital : l'étude du parcours de l'utilisateur en chirurgie conventionnelle et en chirurgie ambulatoire.....	13
2.1 La méthodologie de recherche :.....	13
2.1.1 L'outil sélectionné.	13
2.1.2 La population choisie.	13
2.1.3 Les limites de l'étude.	14
2.2 Le diagnostic de terrain :	14
2.2.1 De l'émergence d'une définition commune vers une évaluation balbutiante.	14
2.2.2 Des logiques professionnelles qui mettent en jeu la cohérence globale du parcours de l'utilisateur.....	16
2.2.3 Une coopération professionnelle limitée mais des propositions communes d'amélioration du fonctionnement.....	19
2.3 Synthèse de l'étude :	20

3 Le rôle du Directeur des Soins dans l'optimisation du parcours de l'utilisateur à l'hôpital.....	23
3.1 Intégrer la notion de parcours de l'utilisateur à l'hôpital dans une démarche professionnelle transversale:.....	23
3.1.1 Le projet de soins : point de convergence de la complémentarité professionnelle.	23
3.1.2 Le recentrage sur l'intérêt de la personne hospitalisée.	25
3.1.3 Une première procédure : l'information à l'utilisateur.....	25
3.2 Développer la gestion par processus pour concrétiser le parcours de l'utilisateur :.....	26
3.2.1 Intégrer le système pour définir le processus.....	26
3.2.2 Le chemin clinique : une méthode d'amélioration de la qualité des soins.....	27
3.2.3 Des outils opérationnels d'aide à la décision.....	29
3.3 L'évaluation continue des pratiques professionnelles :	31
3.3.1 Le chemin clinique, une source de données pour développer le système d'information hospitalier.	31
3.3.2 Evaluer la démarche pour redéfinir la stratégie.....	32
3.3.3 Une pratique professionnelle qui consolide la complémentarité	32
Conclusion.....	33
Bibliographie.....	35
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation Et d'Evaluation En Santé
ANDEM :	Agence Nationale d'Evaluation Médicale
ARS :	Agence Régionale de Santé
CA :	Chirurgie Ambulatoire
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CS :	Cadre de Santé
CRUQPC :	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
DS :	Directeur des Soins
EHESP :	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
ENSP :	Ecole Nationale en Santé Publique
EPP :	Evaluation des Pratiques Professionnelles
ES :	Etablissement de Santé
GHS :	Groupe Homogène de Séjour
HAS :	Haute Autorité en Santé
IFOP :	Institut Français Opinions public
IDE :	Infirmière Diplômée d'Etat
PCC :	Parcours de Soins Coordonnés
PMSI :	Programme de Médicalisation du Système d'Information
PH :	Praticien Hospitalier
SIH :	Système d'Information Hospitalier
SROS :	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SM :	Secrétaire Médicale
T2A pour TAA :	Tarifcation à L'Activité
UCA :	Unité de Chirurgie Ambulatoire

Introduction

Le parcours d'une personne qui a des besoins de santé est une trajectoire composée d'étapes qui varient selon son lieu d'habitation, son histoire médicale, les médecins libéraux et les établissements hospitaliers qui la prennent en charge. Sur le plan national, régional, en médecine de ville et à l'hôpital des mesures sont prises pour l'optimiser.

La politique de santé, le plan «hôpital 2007» et les différentes réformes qui l'accompagnent comme la planification sanitaire, la recomposition de l'offre de soins, la certification et la tarification à l'activité incitent les acteurs d'un même territoire de santé à une prise en charge plus efficiente de la population. Un des objectifs est d'offrir des soins de qualité à l'usager du système de santé tout en maîtrisant les dépenses de santé.

Le développement de filières et la mise en œuvre de réseaux de soins semblent être les solutions pour répondre à cet objectif. Les notions de parcours du patient, de coopération et de coordination des acteurs apparaissent dès 1996 avec les ordonnances Juppé. Si en 2008 quelques filières et réseaux sont formalisés (gériatrie, cancer, soins palliatifs) nombreux sont ceux qui restent à créer.

Parallèlement, en 2003 la loi de financement de la sécurité sociale impose «le parcours de soins coordonnés» aux acteurs de santé et aux usagers pour réduire le déficit de l'assurance maladie tout en maintenant la qualité de l'offre de soins.

A l'hôpital, la réorganisation interne des structures imposée par la nouvelle gouvernance a abouti à la mise en place des pôles. Dans certains établissements, le parcours du patient au sein de l'hôpital est un enjeu pris en compte pour la constitution d'un pôle. L'incitation au développement des structures de soins ambulatoires comme la chirurgie, les hôpitaux de jour ainsi que les exigences des usagers nécessitent une programmation prévisionnelle des soins et des activités afférentes pour optimiser le parcours du patient et la qualité de la prise en charge sur un temps donné.

Que le séjour à l'hôpital soit programmé ou qu'il fasse suite à un passage par les urgences, une prise en charge de qualité est une exigence et un droit du patient, réaffirmée par la loi du 4 mars 2002. La mise en place de la démarche qualité dans les centres hospitaliers, les recommandations de la HAS dans l'évaluation des pratiques professionnelles qui proposent des chemins cliniques sont garants de la qualité de la prise en charge du patient aux différentes interfaces de son parcours.

Cependant, au cours de notre expérience professionnelle et personnelle en chirurgie, nous avons pu constater qu'en hospitalisation programmée ou non le parcours de l'usager est jalonné d'événements indésirables qui ont un impact sur la qualité de la prise en charge et augmentent le risque lié aux soins. Des dysfonctionnements de nature différente et d'importance variable interviennent soit de façon consécutive soit de façon

isolée aux interfaces administratives, logistiques, médico-techniques, médicales et paramédicales. Ils ont des répercussions négatives pour le patient, mais aussi pour les professionnels et l'établissement. Le repérage de ces situations se fait à l'aide des questionnaires de satisfaction recueillis à la sortie des patients, des courriers de mécontentement adressés à la direction de l'établissement. Le rapport d'activités de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) permet l'analyse qualitative et quantitative des plaintes des usagers. L'étude des fiches de gestion et de prévention des risques met en évidence les événements indésirables.

Tous ces éléments signalent des défaillances et des manques au niveau de l'accueil de la personne, de la traçabilité dans le dossier de soins, de l'information médicale, des examens complémentaires souvent redondants, du respect des droits de la personne. Ce constat fait l'objet d'un questionnement professionnel qui est le fil conducteur de notre travail de recherche :

Pourquoi le parcours de la personne hospitalisée semble encore dysfonctionner?

Pour tenter de répondre à cette problématique, nous posons quatre hypothèses :

La notion de parcours à l'hôpital n'est pas comprise de la même façon par les différents acteurs.

La cohérence globale du parcours dépend des modes d'organisation des professionnels.

Le partage et la circulation des informations transversales ne sont pas rationalisés dans un système.

Le parcours du patient est insuffisamment évalué.

La résolution de notre problématique est basée sur une étude de terrain au sein d'établissements public de santé, dans des services de chirurgie orthopédique conventionnelle et en chirurgie ambulatoire. Au regard de ses missions définies dans le décret du 19 avril 2002, relatives à l'organisation et à la qualité des soins, le Directeur des Soins contribue à l'optimisation du parcours du patient. Pour atteindre cet objectif et accompagner les professionnels, il semble nécessaire de réaliser un état des lieux pour mesurer l'écart entre les préconisations et la réalité des pratiques. Il paraît pertinent de s'interroger et d'identifier les leviers d'action favorisant la prise en compte du parcours de la personne hospitalisée.

Dans un premier chapitre nous tenterons de définir le parcours de l'utilisateur dans l'organisation hospitalière complexe et d'identifier les principales sources de dysfonctionnement. Dans un deuxième chapitre, nous analyserons les entretiens réalisés par confrontation aux hypothèses ce qui nous conduira dans un troisième chapitre à proposer des actions concrètes en lien avec l'étude de terrain et des pistes de réflexion.

1 Le parcours de soins de la personne hospitalisée : mythe ou réalité?

Avant de s'intéresser à la question du pourquoi dans les dysfonctionnements du parcours de la personne hospitalisée et d'aborder le comment dans la mise en œuvre d'actions d'amélioration à sa fluidité, il nous paraît essentiel de poser le cadre conceptuel de cette notion. Une fois défini, le parcours de soins s'analyse tant à partir du contexte caractérisé de l'hôpital qu'à partir de l'identification des principales causes de rupture à sa continuité.

1.1 La notion de parcours de soins :

1.1.1 A l'hôpital une trajectoire singulière au sein de parcours multiples et complexes

Il est intéressant de constater que le mot parcours obtient de multiples définitions dans les dictionnaires de la langue française. Parmi celles-ci, Le Robert pour tous 2007 propose:«chemin pour aller d'un point à un autre, itinéraire, trajet» mais aussi «parcours semé d'obstacles, série d'épreuves». Cette définition prend en compte «la distance déterminée à suivre» tout en sélectionnant une locution, dont la connotation fait écho avec notre thème:«incident de parcours, difficulté imprévue».

Ainsi par analogie le parcours de la personne hospitalisée peut se décrire mais ne se résume pas à une distance à parcourir avec des étapes à franchir, de l'entrée à la sortie de l'hôpital. Chaque étape est constituée d'actions qui ont pour objectif de répondre à la demande de soins de la personne. Le soin se définissant «comme une somme d'actions préventives, curatives, d'aide à la vie par lesquelles la santé est rétablie ou conservée». ¹ La réponse à la demande de soins tend à être individualisée, elle induit donc une modalité de prise en charge adaptée à la pathologie de la personne qui met en jeu des facteurs humains, structurels et organisationnels. «Le parcours du malade à l'intérieur de l'hôpital s'apparente ainsi à une succession de *pas japonais* entre les différents «nœuds» fournisseurs de prestations de service ». ²

Par conséquent les auteurs différencient deux types de parcours : des rectilignes relativement courts qui correspondent à des cas simples et des parcours plus longs faits de boucles, de bifurcations ; révélateurs de cas plus complexes. Cette schématisation qui

¹ Dictionnaire Cordial des définitions (logiciel) version 2007

² CLAVERANNE JP, .PASCAL C., 2004, *Repenser le processus à l'hôpital, une méthode au service de la performance*. Paris : Ed Médica, p 188.

prend en compte la variété et la variabilité des prises en charge renvoie la notion de parcours au concept de trajectoire. «Chaque patient suit au sein du système hospitalier une trajectoire propre qui ne se réduit pas au cours naturel de la maladie, mais qui est la résultante complexe des interactions des différents acteurs participant à la prise en charge de cette maladie, des actions qu'ils entreprennent pour tenter de maîtriser le déroulement et l'évolution naturelle de la maladie».³

Si la définition du parcours de soins ne peut se traduire par un schéma simplifié de l'entrée à la sortie de l'hôpital elle ne se limite pas non plus à ses seules frontières.

1.1.2 Réseaux et filières : une autre forme de parcours de soins.

En 1996, les ordonnances Juppé⁴ dont les objectifs sont de maîtriser les dépenses de santé tout en améliorant la qualité de la prise en charge de l'usager ont initié la rénovation des modes de prise en charge hospitaliers et ambulatoires intégrant les dimensions sanitaire et médico-sociale. La notion de réseau émerge. Elle tend à transformer l'approche culturelle de la médecine en France. L'idée est de favoriser l'évolution d'une action médicale individuelle souvent cloisonnée vers une prise en charge multidisciplinaire et coordonnée tout en replaçant le patient au cœur du système. Le développement du réseau doit en améliorer l'efficacité.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation⁵ (ANAES) définit le réseau de santé «comme une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné»⁶. L'ordonnance du 4 septembre 2003⁷ et la mise en œuvre des SROS de 3^e génération⁸ avec le projet médical de territoire et aujourd'hui la création des Agences Régionales de Santé (ARS) ont renforcé ce mode de fonctionnement. Ainsi articuler le champ hospitalier, ambulatoire et médicosocial donne de l'envergure au parcours du patient. Il n'est plus contingenté à l'hôpital mais il s'effectue en amont et en aval et est transversal aux institutions et aux dispositifs existants.

La concrétisation de réseaux de soins notamment ville-hôpital permet à certains

³ Le concept de trajectoire est décrit par CLAVERANNE JP & PASCAL C *ibid.* d'après les travaux du sociologue Anselm STRAUSS., *La trame de la négociation : sociologie quantitative et interactionniste*, l'Harmattan, 1992, p 143-144.

⁴ Ordonnances n°96-345 & n°96-346 du 24 avril 1996 relatives à la maîtrise des dépenses de santé et la réforme de l'hospitalisation publique et privée.

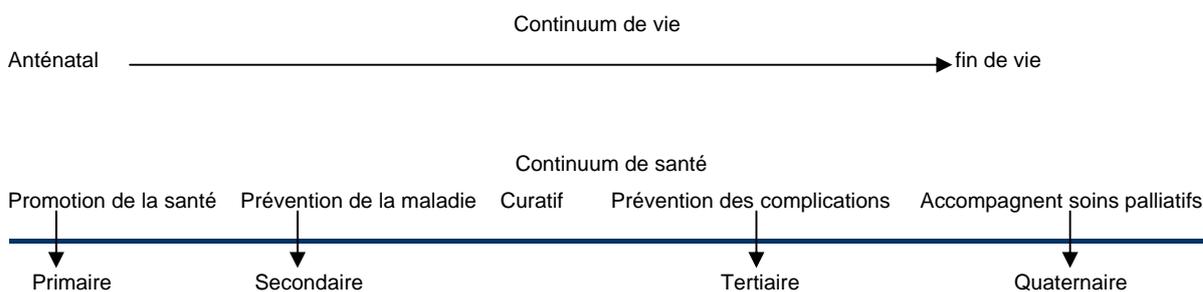
⁵ Ordonnance du 24 avril 1996. *ibid.*

⁶ CLAVERANNE JP, PASCAL C., Avril 2003, «Complémentarité et réseaux : de la métaphore à la pratique». *Le courrier de l'évaluation en Santé*, semestriel n°23, pp.1-10.

⁷ Ordonnance n°2003-850 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

⁸ Circulaire n°101/DHOS/O/2004/ du 05 mars 2004.

acteurs responsables de donner une définition nouvelle à ce parcours.⁹ Le parcours du patient se superpose à son parcours de vie. Il peut se schématiser comme suit :



Le parcours du patient devient parcours du bénéficiaire. C'est un terme qui pour l'auteur semble plus juste car il qualifie mieux la personne comme unique et la positionne dans une dynamique de partenariat. Pour d'autres¹⁰ «le parcours du patient au sein d'un réseau est une description, centrée intentionnellement sur le patient, des processus de prise en charge par les acteurs du réseau». A partir des réseaux, les filières de soins s'organisent et le parcours du patient se structure au sein de dispositifs sanitaires interdépendants mis à sa disposition sur le territoire de santé.

«Une filière est un ensemble de chemins parcourus de façon uniforme par plusieurs patients pour une famille donnée de prise en charge et réalisée par des praticiens liés les uns aux autres par une participation au mode de prise en charge¹¹», souvent au sein d'un réseau formel ou informel. Ce type de parcours est concrétisé par l'exemple de la filière gériatrique décrite dans la circulaire du 28 mars 2007¹²

1.1.3 Des parcours de soins formalisés à caractère obligatoire.

Pour répondre à une nécessaire efficience qui consiste à maîtriser les coûts des dépenses de santé tout en garantissant la qualité et la sécurité de l'offre de soins, les pouvoirs publics tentent d'une part d'organiser l'accès au soins en médecine de ville et d'autre part d'optimiser l'utilisation des ressources à l'hôpital qui doit répondre à des missions de service public dans le contexte contraint de la tarification à l'activité.¹³

Instauré par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie le parcours de soins coordonné (PCC) a pour objectif de coordonner le parcours des assurés sociaux au sein de la médecine de ville et de lutter contre le nomadisme médical. Tout en respectant son libre choix il oriente la personne vers le médecin traitant, clé de

⁹ DUCOURET M., Directeur des Soins Directrice du réseau pluri thématique de Bessin, Bayeux. Cours EHESP, Rennes 2008

¹⁰ GUISIANO B, GUIRAUD P, MEUR H., 2001, «10 règles pour tracer le parcours du patient dans un réseau de santé». [en ligne] pp.1-13 [visité le 31.06.2008], disponible sur internet : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/fr/>

¹¹ CLAVERANNE JP, PASCAL C., Avril 2003, Complémentarité et réseaux. Ibid. p 3.

¹² Circulaire n°DHOS/02/2007/117

¹³ Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 e financement de la sécurité sociale pour 2004

voûte du dispositif qui lui-même l'adresse ou pas à un médecin correspondant. Le non choix du médecin traitant soumet l'assuré à des sanctions financières sur les remboursements dus par l'assurance maladie.

La même loi impose aux établissements de santé sous le contrôle de la HAS de mettre en place une procédure d'évaluation soumise à certification. Le chapitre 3 du référentiel de certification¹⁴ porte sur l'évaluation de la qualité et de la sécurité des prestations délivrées tout au long du parcours du patient à l'hôpital. Pour aider les différents professionnels dans leur démarche d'évaluation, la HAS propose une méthode d'amélioration de la qualité des soins : le chemin clinique ou «critical pathway»¹⁵ qui décrit pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge optimale à partir des règles de bonnes pratiques. Il peut être utilisé dans un établissement de santé dans un réseau de soins ou dans le cadre de l'exercice libéral de professionnels qui se coordonnent entre eux. Ces parcours formalisés concourent à l'élaboration d'un parcours type qui est à adapter à la variété des situations rencontrées et donc à chaque prise en charge différente.

A l'hôpital, la notion de parcours du patient est «un concept nouveau qui dépasse en matière d'organisation et de rationalisation les approches traditionnelles».¹⁶

1.2 Le contexte hospitalier :

L'approche conceptuelle du parcours de soins de la personne hospitalisée met en évidence la variété d'éléments intervenants dans sa constitution et dans la fluidité de son déroulement. La cohérence du parcours, qui peut se définir comme la liaison et l'imbrication de différents éléments dans un ensemble¹⁷ est donc soumise à l'influence de multiples facteurs. Pour l'analyser, il paraît indispensable de s'interroger et de comprendre le fonctionnement des acteurs et des organisations dans le contexte hospitalier.

1.2.1 L'hôpital : un monde complexe.

La complexité à l'hôpital s'observe de fait. Celui-ci s'est construit dans un environnement à la fois favorable et contraignant. «Il a connu des évolutions majeures liées aux progrès scientifiques, technologiques, sociétaux et des chocs exogènes»¹⁸ qui ont été déterminants dans la formalisation des droits des patients, l'adaptation des comportements des professionnels et la réorganisation du système de santé.

¹⁴ Manuel d'accréditation des Etablissements de Santé.HAS.Version 2, septembre 2004.131 p.

¹⁵ Service évaluation des pratiques professionnelles HAS. *Le Chemin clinique, une méthode vers l'amélioration de la qualité*. Mars 2005.

¹⁶ FANTAN G, DUROU D, MERLE C., 2004 «Analyse et modélisation du parcours du patient». *Logistique & management*, numéro spécial, pp 111-118

¹⁷ Dictionnaire Cordial des définitions (logiciel) version 2007

¹⁸ CREMIEUX F., janvier 2007, «Silence, on bouge». *Esprit, revue internationale*, n° 331, pp.6-11.

L'organisation qui en résulte a pour objectif de concilier, dans tous les champs d'activité de l'hôpital, la qualité et la sécurité des prestations, la gestion des risques, la réglementation et le respect des droits du patient. Autant de facteurs qui complexifient les organisations de travail d'un établissement de santé. Il apparaît clairement que les principes d'organisation de l'hôpital sont bâtis selon trois niveaux¹⁹: La réalité des tâches à effectuer de la meilleure façon pour aboutir à un soin de qualité, les personnes impliquées qui ont des logiques professionnelles différentes, la culture institutionnelle partagée pour concilier l'éthique médicale et les missions de service public avec la maîtrise des coûts dans l'organisation retenue.

L'organisation d'un hôpital peut être définie comme une «organisation vivante qui fonde sa complexité propre sur l'union complémentaire, concurrente et antagoniste d'une désorganisation et d'une réorganisation ininterrompue»²⁰

1.2.2 Une organisation par processus.

L'organisation hospitalière est constituée d'un ensemble d'entités, chacune spécialisée dans un domaine particulier. Si l'on compare l'hôpital à un système de production et si l'on considère que la prise en charge du patient s'effectue selon «un processus qui engage l'hôpital en tant qu'organisation productrice de services»²¹ nous pouvons parler communément de processus de prise en charge du patient dont l'ensemble concourt à atteindre les missions de l'établissement.

Ce système calqué sur celui de l'industrie permet de qualifier le processus comme un système d'activités qui utilise des ressources pour transformer des éléments d'entrée et de sortie aboutissant à la production d'un bien et d'un service avec une valeur pour le client. Les processus sont généralement classés en trois catégories²²: les processus de management, les processus de support et les processus centraux.

A l'hôpital, le processus de soins est un processus central qui peut s'entendre comme une succession de tâches réalisées à l'aide de moyens humains et matériels accompagnée de la transmission des informations et de procédures formalisées dont le patient est le principal bénéficiaire.

Le parcours du patient est considéré comme partie intégrante des processus centraux. Certains auteurs analysent le parcours patient pour une hospitalisation à caractère chirurgical réglé. Ils proposent d'établir un processus d'hospitalisation qui retient les étapes standards de soins, décrit les ressources humaines, matérielles et

¹⁹ TONNEAU D, BONNOURE S, GALLET AM, PEPIN M., 1996, *L'organisation du travail dans les services de soins*. Lyon : Anact p.33.

²⁰ CLAVERANNE JP, PASCAL C., Avril 2003, Complémentarité et réseaux. Ibid. p 6.

²¹ CLAVERANNE JP, PASCAL C., 2004, *Repenser le processus à l'hôpital*. Ibid. p106.

²² FANTAN G, DUROU D, MERLE C., 2004. Ibid. p 112.

administratives.²³ Au sein de ce processus, ils décrivent d'autres processus tels que des processus de soins, administratif, logistique. Ils sont complémentaires et interdépendants. Les points de contact entre les différents processus sont communément appelés interfaces. C'est un lieu d'échanges de matière, de service, d'informations, de compétences analogues aux «nœuds» décrits dans les réseaux.²⁴ C'est là que chaque activité se coordonne avec la suivante et que les acteurs des différents processus se croisent.

La qualité des interactions au sein des processus mais aussi des interfaces est un élément essentiel au maintien de la cohérence globale du parcours de soins de la personne hospitalisée.

1.2.3 La coordination des acteurs.

«La coordination est le fait de diriger les initiatives ou les actions de plusieurs personnes vers un but commun».²⁵ Les caractéristiques de la coordination dépendent à la fois de la configuration structurelle de l'organisation hospitalière et des relations entre les acteurs que nous aborderons dans une approche sociologique.

Henry MINTZBERG considère que le modèle de la bureaucratie professionnelle²⁶ est adapté à l'hôpital. Parmi les six déterminants de ce modèle nous en retenons deux qui définissent la coordination des acteurs :

-l'organisation hospitalière se caractérise par un centre opérationnel dominant et fortement spécialisé, composé d'unités indépendantes les unes des autres.

-la coordination des acteurs est fondée sur la standardisation des qualifications et du savoir : chacun sait ce qu'il peut attendre des autres parce qu'il l'a appris, ce qui lui permet de se concentrer sur sa tâche plus que sur la coordination. Ce modèle a ses limites car il fait abstraction des relations entre acteurs.

Michel Crozier et Erhard Friedberg²⁷ placent l'acteur au centre de l'organisation et parlent de jeu des acteurs qui constituent des alliances et mettent en place des stratégies communes, confuses voir opposées. Le fonctionnement d'une organisation repose sur cet équilibre précaire qui confère aux individus une source de pouvoir. L'objectif individuel peut s'éloigner de l'objectif collectif. Les acteurs agissent en saisissant des opportunités pour parvenir à leur fin en fonction de leur intérêt. Cette démarche n'est pas toujours consciente et elle maintient au sein de l'organisation des relations de pouvoir notamment aux interfaces entre les processus qui sont le lieu privilégié d'incertitudes.

²³ Idem

²⁴ CLAVERANNE JP, PASCAL C., Avril 2003, Complémentarité et réseaux. Ibid. p 5.

²⁵ Dictionnaire Cordial des définitions (logiciel) version 2007

²⁶ CLAVERANNE JP, PASCAL C., 2004, *Repenser le processus à l'hôpital*. Ibid. pp 78-80.

²⁷ CROZIER M, FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*. Paris : Editions du seuil

Ces approches complémentaires posent d'une part le principe de différenciation et d'autre part le principe d'intégration. Plus une organisation se différencie, plus la tendance de chaque service, de chaque professionnel est à restreindre son fonctionnement à une perception propre des problèmes, à ses routines, à son environnement immédiat. Ce cloisonnement, les clivages entre professionnels soignants, administratifs, techniques et le niveau de rationalité mobilisée par chaque acteur pour agir laissent supposer qu'il existe à l'hôpital une véritable difficulté à faire ensemble. Coordonner, c'est relier. Relier non pas des unités et des acteurs entre eux pour simplement les assembler mais bien pour réaliser une interactivité qui donne du sens au faire ensemble.

Cela suppose de reconnaître les différences et de s'appuyer sur elles pour assurer la convergence des actions vers des objectifs communs. C'est ce que Michel Cremadez appelle l'intégration²⁸.

L'hospitalisation d'une personne ne se limite pas à une seule unité de soins, le parcours de soins consiste à passer des barrières, des frontières qui nécessite la présence de relais. Certains professionnels l'intègrent, d'autres pas et depuis quelques années le législateur impose la coordination des structures, des équipes et des acteurs dans les textes qui réforment l'organisation de l'hospitalisation.²⁹

1.3 Une évaluation nécessaire :

Les concepts exposés précédemment permettent de dire que la coordination des acteurs est source de qualité dans le parcours de soins et que l'atteinte de ce résultat est soumise à la prise de conscience des acteurs des ajustements à opérer. Un des leviers d'action est l'identification des principaux points de rupture dans le parcours de soins et les causes de non qualité. Leur mise en évidence doit permettre de poursuivre l'évolution culturelle amorcée à l'hôpital.

1.3.1 Les sources de non qualité.

La multiplicité des facteurs qui interviennent dans l'assurance qualité du parcours de soins à l'hôpital est difficile à gérer. L'HAS³⁰ parle de défaut qualité pour identifier les dysfonctionnements, les événements indésirables, les délais non respectés, la perte d'information, les prescriptions inappropriées, le défaut du circuit du médicament, la mauvaise tenue du dossier médical.

²⁸CREMADEZ M, GRATEAU F., 1997, *Le management stratégique à l'hôpital*. Paris :Masson, p27.

²⁹ Intégration d'un médecin coordonnateur en hôpital de jour, dans la filière gériatrique, dans les réseaux.

³⁰ Info presse ANAES, n°2, mars1998, pp 2-5

Tous ces éléments interfèrent les uns avec les autres et sont générateurs à la fois de l'insatisfaction de la personne hospitalisée, des professionnels et de surcoûts pour l'établissement.

Confronté aux manquements et aux dérives du système de santé, l'utilisateur se comporte aujourd'hui comme un consommateur éclairé et informé qui émet des exigences quant à la qualité des soins prodigués à l'hôpital, au respect de ses droits et revendique un rôle plus actif dans le système de santé. Ces éléments, entre autres, ont alimenté la réflexion qui a abouti à l'élaboration de la loi du 4 mars 2002 qui instaure la démocratie sanitaire respectueuse de l'autonomie des patients et de sa participation à la qualité de sa prise en charge. La présence des usagers dans les instances telles que le Conseil d'Administration, le CLIN, la CRUQPC ou au sein de comité de pilotage lors de la démarche de certification concrétise cette volonté de les associer comme partenaires à l'hôpital. Réduire le cloisonnement excessif de la structure, améliorer la communication entre les acteurs sont des objectifs qui visent à diminuer les sources de non qualité. Mieux gérer les flux aux interfaces et simplifier l'organisation interne de l'hôpital aussi.

1.3.2 La gestion des flux : un lien opérationnel.

Gérer et optimiser les flux à l'hôpital c'est aussi s'intéresser aux fonctionnements des interfaces et à la coordination des acteurs dans l'enchaînement de leurs activités soumis à de nombreux aléas. Ainsi les échanges entre les différentes entités hospitalières se font à travers les circuits et les flux : flux de personnes (professionnels ou hospitalisés), flux de matières (médicaments, consommables divers), flux d'informations (données administratives, médicales, programme thérapeutique du patient). La logistique et la formalisation du système d'information sont des idées nouvelles à l'hôpital³¹. La gestion des flux était et est encore l'affaire de chaque entité qui s'organise en fonction de la disponibilité de ses ressources. Jadis considérée comme une fonction secondaire la logistique est aujourd'hui perçue comme un lien opérationnel entre les différentes activités qui contribuent à la cohérence des processus réalisés et à la réduction des coûts.

Depuis quelques années les pouvoirs publics ont marqué une volonté croissante de faire évoluer le système d'information hospitalier(SIH). Celle-ci incarnée dans les différentes lois, décrets et circulaires est réaffirmée par le Plan d'Investissement Hospitalier dit «plan 2012». Il incite les ES à la modernisation et à l'accélération de la mise en œuvre du SIH «dès lors qu'elle correspond à une informatisation du processus de soins»³² Dans le cadre du plan hôpital 2007, l'organisation en pôles imposée par le

³¹ 1982 : création du PMSI (programme de médicalisation du système d'information) et promulgation des lois, décrets et circulaires relatives au système d'information hospitalier(SIH).

³² La circulaire du 15 juin 2007 relative à la mise en œuvre du plan Hôpital 2012 fixe les conditions d'éligibilité des projets pour la modernisation du SIH

ministère de la santé³³ répond aussi à une volonté de remplacer la vision parcellaire actuelle par une conception plus intégrée. L'objectif consiste à regrouper des services et des unités sur la base d'une logique d'organe, de parcours patient, de compétences médicales ou de processus. Face aux difficultés de certains ES à constituer les pôles sur cette logique, nous constatons qu'aujourd'hui la notion de parcours de l'utilisateur est difficile à intégrer à l'hôpital.

1.3.3 Vers une mutation culturelle : de la coordination à la coopération des acteurs.

L'amélioration de la qualité du parcours patient implique de faire travailler ensemble les différents acteurs de la chaîne de production de soins tout en leur donnant une vision nouvelle de la prise en charge du patient.

La logique de service semble dépassée à l'hôpital, elle doit évoluer vers une logique plus transversale qui correspond mieux à la demande des usagers et aux contraintes du système de santé. Le colloque singulier entre le patient et le médecin laisse la place à un colloque pluriel qui au-delà de la coordination nous conduit vers la coopération. Il ne suffit plus d'ordonner les actions des professionnels et d'organiser leurs modalités de réalisation mais bien de s'inscrire dans «un processus d'échanges de compétences, d'information, de temps»³⁴, d'évaluation des pratiques qui permet de travailler en collaboration. Ce changement de culture consiste à penser autrement, à accepter de s'enrichir par la confrontation sans perdre son identité professionnelle. L'accompagnement de ce changement repose sur la capacité des dirigeants à donner de la visibilité aux professionnels sur la finalité de l'hôpital. Les enjeux liés à la fluidité du parcours de l'utilisateur sont à la fois médicaux et économiques. Analyser le parcours du patient répond à des exigences de qualité, d'efficacité, et d'adaptation des modes d'organisation.

Ainsi dans le deuxième chapitre nous centrons l'objet de notre étude d'abord sur les représentations des acteurs sur le parcours de l'utilisateur, ensuite sur le système de relations entre acteurs et sur les logiques professionnelles qui interviennent dans la continuité du parcours, et enfin sur les enjeux liés à l'évaluation des pratiques.

³³ Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

³⁴ GUISIANO B, GUIRAUD P, MEUR H., 2001, «10 règles pour tracer le parcours du patient dans un réseau de santé. Ibid. p 1.

2 A l'hôpital : l'étude du parcours de l'utilisateur en chirurgie conventionnelle et en chirurgie ambulatoire.

L'objectif de l'étude est d'identifier les facteurs favorables et les freins à la prise en charge de l'utilisateur lors de son parcours de soins pour en déduire des axes d'amélioration que nous développerons dans l'exercice de nos futures missions comme directeur des soins.

D'abord nous présenterons la méthodologie retenue, ensuite l'analyse des résultats obtenus et enfin une synthèse de l'étude qui déterminera nos axes de préconisation.

2.1 La méthodologie de recherche :

2.1.1 L'outil sélectionné.

La première étape de la recherche a été de clarifier notre thématique à l'aide d'une recherche bibliographique et d'avis d'enseignants chercheurs au sein de l'EHESP, de directeurs de soins ou professionnels sur le terrain. La deuxième étape a été de choisir un outil de recueil d'informations et de décider de l'échantillonnage des personnes à enquêter. Le choix s'impose devant l'objet de recherche. L'entretien semi-directif avec analyse qualitative est retenu car il permet de mettre à jour les représentations, de les faire expliciter alors qu'elles ne sont pas toujours conscientes à l'esprit de l'interviewé.

L'enquête est effectuée au sein de trois centres hospitaliers de taille différente: deux qui sont pôles de références de leur département, et un qui est un établissement de proximité Tous regroupent des activités de chirurgie et un plateau technique.

2.1.2 La population choisie.

Les entretiens ont été réalisés auprès de professionnels et d'utilisateurs³⁵. Le choix des personnes est ciblé sur deux services de chirurgie conventionnelle et deux services de chirurgie ambulatoire dont l'activité est comparable. Les professionnels choisis sont ceux le plus fréquemment au contact de la personne hospitalisée Il s'agit de recueillir la parole de l'environnement soignant et administratif chargé d'assurer et de coordonner la continuité des soins au quotidien. Ces professionnels retenus ont une expérience allant de trois à vingt sept ans, pour la plupart au sein d'Etablissement Publics de Santé(EPS).

Les trois utilisateurs sélectionnés sont adultes et ont été hospitalisés au moins une fois dans les services ciblés. Un parmi eux est président d'une association de consommateurs

³⁵ Annexe1 tableau de la population choisie

et intervient comme représentant des usagers dans un EPS. La moyenne d'âge est de 60,5 ans. Ils ont été interrogés avec la même grille d'entretien que les professionnels³⁶.

2.1.3 Les limites de l'étude.

En raison du temps dont nous disposons nous avons limité notre étude à l'analyse des liens et des problématiques rencontrées au sein du parcours de l'utilisateur qui nécessite une prise en charge de type chirurgical. Nous délaissions volontairement les hospitalisations à caractère médical qui semblent comporter plus de diversité induisant une complexité d'étude plus forte.

Le choix des professionnels est volontairement centré sur ceux qui travaillent à temps complet dans le service et qui à priori ont une activité de coordination plus développée. Dans une étude plus approfondie nous interrogerions d'autres professionnels (kinésithérapeute, diététicienne, manipulateurs en radiologie, brancardiers...). Nous avons prévu d'associer entretiens des professionnels et observations de parcours de patients, la réticence de médecins ne nous a pas permis d'exploiter cette deuxième source de recueil de données.

Cependant les quinze entretiens réalisés sont riches d'informations. Les réponses obtenues ont permis de réaliser une analyse par type d'acteurs et à l'aide d'une grille de lecture reprenant les hypothèses. En exploitant chaque thème de départ, il a été possible d'identifier les convergences et les divergences de chacun et d'entrevoir des pistes d'évolution et d'amélioration pour tenter de répondre à notre problématique.

2.2 Le diagnostic de terrain :

Afin de rendre l'exposé plus dynamique et de limiter les redondances, nous présenterons simultanément les résultats et leur analyse en les confrontant aux hypothèses élaborées et aux concepts énoncés au chapitre 1. Nous rappelons notre question de départ :

Pourquoi le parcours de l'utilisateur à l'hôpital semble encore dysfonctionner ?

2.2.1 De l'émergence d'une définition commune vers une évaluation balbutiante.

Le cheminement de notre réflexion autour de la problématique nous amène à regrouper et analyser les données recueillies à partir des hypothèses suivantes :

La notion de parcours à l'hôpital n'est pas comprise de la même façon par les différents acteurs.

Le parcours du patient est insuffisamment évalué

³⁶ Annexe 2 grille d'entretien

La littérature et les expériences professionnelles qu'elle décrit proposent diverses définitions du parcours de soins de l'utilisateur, souvent liées à son mode de prise en charge dans la structure qui l'accueille. Le point commun qui les relie pourrait être la définition suivante : le parcours du patient en chirurgie est une trajectoire unique constituée «d'un enchaînement d'interactions relevant d'un réseau de décisions assurant une hospitalisation cohérente».³⁷

C'est un constat que nous avons retrouvé au travers des entretiens avec tous les acteurs interrogés au sein des trois établissements. L'analyse permet d'en retenir des idées clés :

La majorité des acteurs définit le parcours du patient à l'hôpital en fonction de critères identiques. Le premier est son mode d'admission soit en urgence soit en programmé, le second est le circuit suivi, il prend en compte le séjour de l'entrée dans un service d'hospitalisation jusqu'à sa sortie soit au domicile, soit pour un autre établissement de santé ou médico-social. Le point de départ du parcours est souvent le service des consultations externes pour une hospitalisation programmée en hospitalisation de jour. Si un cadre de santé exprime que le parcours en lui-même est simple, d'autres relatent le fait que sur une trajectoire allant de A à Z il est complexe car jalonné d'étapes : orientations diverses, interventions de plusieurs professionnels, actes de diagnostics et de soins divers, formalités administratives. Pour une IDE le patient aurait un seul circuit qui est corrélé à la durée du séjour.

Plus le parcours est simple à concevoir à partir d'une durée de séjour déterminée, comme la journée de soins, plus il est facile à définir. Les acteurs prennent pour exemple le parcours de l'utilisateur en chirurgie ambulatoire (CA). Une IDE le résume ainsi : «*le circuit est terminé quand le besoin de soins du patient est satisfait*».

Les acteurs perçoivent le parcours en fonction de leur préoccupation quotidienne qui semble différente selon leur niveau de proximité avec l'utilisateur. Pour Les infirmières et les médecins, «*le patient est au cœur du système, il occupe une place centrale*» exprime une infirmière. Pour les cadres de santé (CS), ce dernier apparaît en arrière plan, car la priorité pour eux est une organisation de soins performante, pour «*pouvoir boucler la journée*». Un CS répète à plusieurs reprises que le patient ne comprend pas toujours l'intérêt du respect des consignes, ce qui nuit à l'organisation du service et à une prise en charge optimale. Le groupe des secrétaires médicales(SM) met en exergue le fait que les formalités administratives et surtout celles de pré admission en hospitalisation de jour sont le point de départ du parcours et la lettre de sortie pour le médecin le point d'arrivée.

³⁷ FANTAN G, DUROU D, MERLE C., Ibid. p 113.

Une minorité d'acteurs, deux sur quinze ne se représentent pas le parcours de l'utilisateur ou refuse de l'exprimer. Une infirmière est dans l'incapacité d'apporter une réponse et un médecin limite le parcours du patient à la relation duelle et de confiance avec l'utilisateur. Il définit le parcours du patient comme «*un concept bureaucratique*» inventé par des «*administratifs*» dans le but de contraindre l'activité médicale et de la valoriser pour rentabiliser la médecine.

Dans ce contexte l'évaluation du parcours de l'utilisateur se révèle limitée. Pour certains, elle est faite de manière informelle, par l'adaptation spontanée d'actions d'amélioration en cours d'hospitalisation ou de façon plus formelle et transversale au moyen des questionnaires de satisfaction de sortie. A l'incitation de proposer une forme d'évaluation, les acteurs disent ne pas y avoir réfléchi. Ceux qui font des propositions sont ceux qui ont participé à des audits cliniques lors des EPP au cours de la deuxième visite de certification. Deux utilisateurs sur trois font d'ailleurs référence à cette méthode d'évaluation. Les méthodes proposées restent générales : questionnaires de sorties, appel téléphonique du lendemain à l'utilisateur, utilisation des données PMSI, audits organisationnels.

2.2.2 Des logiques professionnelles qui mettent en jeu la cohérence globale du parcours de l'utilisateur.

Une fois le parcours identifié par la personne interrogée il paraît intéressant d'aborder la question de sa cohérence globale à partir des hypothèses suivantes :

- **La cohérence globale du parcours dépend des modes d'organisation des acteurs.**
- **Le partage et la circulation des informations transversales ne sont pas rationalisés dans un système**

Les thèmes abordés concernent l'identification des facteurs de cohérence, le repérage des dysfonctionnements au sein du parcours de l'utilisateur, la circulation de l'information. Ce qui nous permet de percevoir les organisations sous-jacentes. Le choix de positionner la réflexion des acteurs sur les facteurs de cohérence en première intention répond au souci de ne pas avoir de réponses calquées sur les dysfonctionnements identifiés et d'aborder la problématique de manière positive. Cependant, au regard de chaque facteur énoncé, les professionnels comme les utilisateurs font référence à un dysfonctionnement. Ainsi le lien étroit entre les deux laisse à penser que la problématique est prégnante à l'hôpital et encore peu résolue.

Le constat d'événements indésirables persistants dans la prise en charge des personnes hospitalisées a motivé le thème de notre étude et nous conduit à rechercher dans les ouvrages professionnels et dans les rapports d'activités de CRUQPC de deux

ES des éléments de manière à objectiver ce ressenti et de les comparer avec les résultats de notre enquête. Dans les tableaux présentés³⁸, il s'agit de confronter les résultats obtenus sur les dysfonctionnements ressentis comme les plus fréquents par les professionnels et les attentes des usagers et de les croiser avec les motifs de plaintes étudiés.

Un décalage apparaît entre les représentations des professionnels et les attentes des usagers sur la nature des problèmes et leur niveau de priorité. Quant aux plaintes déposées elles paraissent plus en corrélation avec les attentes des usagers et les dysfonctionnements évoqués dans le cadre de l'étude, même à quelques années d'intervalle. Ainsi l'évaluation de la prestation par l'utilisateur est centrée sur le résultat obtenu, c'est à dire le soin. Quant aux professionnels, il semble que ce soit les problématiques liées à l'organisation qui les interrogent.

Les entretiens permettent de classer les principaux types de dysfonctionnements en 4 grandes rubriques:

Le déficit de l'information à l'utilisateur. Les acteurs sont unanimes pour dire que quand l'information médicale délivrée au patient est incomplète, peu claire ou manquante la qualité de sa prise en charge est remise en cause. L'utilisateur ne dispose pas de tous les moyens pour agir sur sa trajectoire, les soignants adaptent au coup par coup les activités et les soins, l'organisation du service est perturbée. Les supports de l'information sont souvent multiples, contradictoires et élaborés avec un vocabulaire inadapté au public.

L'absence de communication. Elle est souvent évoquée par l'ensemble des acteurs à la fois entre l'utilisateur et les professionnels mais aussi entre les différentes unités. Les causes énoncées sont le cloisonnement des services, les organisations spécifiques à chaque unité qui compliquent les interfaces, l'application à la lettre de procédures de la part de certains professionnels qui restreint leur champ d'action, l'absence de décisions concertées comme par exemple un changement d'organisation, «chaque service se croit seul au monde» exprime un CS en CA. Les IDE soulignent «la méconnaissance des unités entre elles». Ce qui met en exergue un manque de coordination entre les unités, les professionnels et les étapes dans la trajectoire de l'utilisateur.

Les problèmes d'organisation et de gestion des flux de patient. Les médecins, les CS, les IDE et les usagers remettent en cause la gestion des flux de patient : délais d'attente aux urgences, orientation d'hospitalisation inadaptée à la pathologie du patient, hébergement dans une autre unité par manque de lits. En CA, l'admission de patients non programmés ou en urgence et les délais d'attente de l'utilisateur pour la sortie du service en

³⁸ Annexe 3 : tableaux des dysfonctionnements ressentis par les professionnels, des attentes des usagers et des principaux motifs de plaintes

raison de visite médicale différée ou manquante ont des conséquences sur l'organisation du service. Tous ces facteurs posent le problème de la rupture de continuité des soins dans le parcours de l'utilisateur à l'hôpital et pose la question de la responsabilité médicale, souvent perdue de vue par les acteurs. La multiplicité des acteurs qui entrent en jeu dans le processus de prise en charge rend difficile l'identification du qui fait quoi. Ainsi l'impact des comportements individuels est mis en évidence dans l'organisation par processus, le CS de chirurgie orthopédique souligne que «chacun s'organise en fonction de ses impératifs». Les exemples cités sont : le médecin coordonnateur de l'UCA qui ne s'implique pas dans la coordination des opérateurs médicaux, le chirurgien qui programme un patient imprévu, ou le patient lui-même qui refuse de faire une admission anticipée en hospitalisation de jour.

Les locaux inadaptés. Les professionnels soulignent la segmentation des activités soignantes, médicotехniques, administratives dans des lieux différents, à distance les uns des autres. Ce qui complexifie les circuits et l'organisation des services. Les usagers mettent en évidence un accès difficile aux différents services administratifs, de consultations et d'hospitalisation à cause d'une signalisation inadaptée à leur âge, à leur capacité physique. Un usager qualifie son passage à l'hôpital pour une consultation d'anesthésie comme «un parcours du combattant».

L'analogie constatée entre les dysfonctionnements et les facteurs de cohérence, nous conduit à distinguer cinq facteurs clés identifiés par les acteurs comme indispensable à la cohérence globale du parcours de l'utilisateur. Leur avis est unanime, seul un médecin n'a pas souhaité répondre.

L'information médicale au patient : chacun des acteurs et en particulier les usagers, met au premier plan l'information médicale donnée au patient comme facteur principal de cohérence. *«Plus l'information est claire, adaptée et lisible pour tous, mieux le patient est pris en charge, les risques d'erreur sont réduits, la programmation des soins est anticipée et leur réalisation organisée. Les relations entre acteurs sont moins tendues et le patient plus coopérant».* affirme un CS.

La coordination des acteurs. Pour la majorité elle est souvent assimilée à la communication comme une action à développer entre les services, les professionnels et avec les usagers. Elle est présente dans le discours de chacun des acteurs comme un leitmotiv, sans vraiment être définie. Quand la question de sa définition est posée, la plupart citent des moyens à mettre en œuvre. Pour faire le lien, chacun positionne au cœur du système une personne, soit un référent médical, soit un coordonnateur : médecin coordonnateur en CA, cadre, infirmière coordonnatrice, secrétaire médico administrative. L'utilisateur représentant des consommateurs affirme : *«la communication doit permettre de se concerter pour analyser des situations à risques et trouver des solutions pour éviter de les reproduire».*

La traçabilité des informations. Elle formalise la communication et les transmissions pour maintenir la cohérence. Pour les acteurs les informations sont partiellement rationalisées dans un système unique. La circulation d'informations autour du patient est basée sur des documents institutionnels tels que le dossier de soins mais aussi sur des outils, supports spécifiques à chaque service tels que des livrets, imprimés, logiciels. Ils sont construits et adaptés à partir des besoins des professionnels en réponse à la spécificité du service. Chaque professionnel met en évidence que le partage de l'information s'effectue encore majoritairement sur le mode oral et que sa diffusion est encore trop souvent soumise à la volonté de l'individu qui la détient, donc inaccessible pour certains.

La réglementation et le respect des procédures. Ils permettent de cadrer le parcours du patient, de l'inscrire dans une organisation par processus et d'éviter les dysfonctionnements. Ils formalisent un cadre commun à tous les acteurs. Ce point de vue est exprimé par l'ensemble des acteurs.

L'implication de chaque acteur dans le processus de prise en charge. Pour chaque acteur il s'agit de se sentir individuellement concerné. Dans le chapitre 1 l'approche sociologique qualifie les stratégies individuelles comme s'éloignant du but collectif, lors des entretiens, certaines stratégies apparaissent communes. La prise de conscience du rôle à jouer de chacun et le sens donné à ses actions pour s'inscrire dans une prise en charge globale et satisfaisante pour le patient, ne fait plus de doute. Un CS dira : «l'organisation ne fonctionne que par les ajustements que l'individu peut mettre en place». Infirmières et usagers partagent cette vision.

Pour conclure toute organisation, la plus performante soit-elle est toujours soumise aux comportements individuels et un des médecins l'exprime clairement : *«je reste sceptique, je crois plus aux hommes qu'aux règlements»*.

2.2.3 Une coopération professionnelle limitée mais des propositions communes d'amélioration du fonctionnement.

Jean de Kervasdoué³⁹ affirme que : «toute amélioration sensible du fonctionnement de l'hôpital viendra de l'organisation du travail, de la rencontre sur le terrain pour le bienfait du malade entre toutes les catégories de personnels». Lors des entretiens les professionnels et les usagers font preuve d'une certaine prise de conscience des déficiences liées à leur fonctionnement, à l'organisation et au système d'information .Les

³⁹ DE KERVASDOUE J., 2004, *L'hôpital vu du lit*. Paris : Editions du seuil, p 99.

propositions d'amélioration s'articulent autour de trois axes : la programmation des activités, la centralisation des informations relatives au patient, la responsabilisation des acteurs.

La programmation des activités et des soins autour du patient. Elle fait l'objet de trois propositions communes qui sont : l'agenda informatisé du patient, les logiciels de programmation des activités du bloc opératoire, d'imagerie médicale et de transport interne. L'accès à ces informations permet aux professionnels de visualiser les différentes étapes du parcours du patient et d'adapter les actions à mettre en œuvre pour garantir la continuité de sa prise en charge aux interfaces. Ces solutions prennent en compte des sections de parcours. En CA, les acteurs proposent la mise place d'un chemin clinique qui décrit le processus sur une journée de prise en charge.

Le besoin de rationalisation des informations. Il est plutôt exprimé par l'encadrement soignant, les IDE et le SM. Les médecins interrogés paraissent moins concernés par cette problématique alors que les autres acteurs pointent systématiquement dans les entretiens que ceux-ci privilégient le mode d'expression orale pour la transmission de toute information autour du patient. La centralisation des informations est envisagée par tous les acteurs avec la mise en place d'un dossier partagé circulant et informatisé. Les services de CA disposent d'un passeport remis à l'utilisateur pour réaliser toutes les étapes précédant son hospitalisation. L'uniformisation et l'adaptation aux besoins de l'utilisateur des différents supports d'information sont citées à plusieurs reprises.

La responsabilisation des individus. C'est une préoccupation des acteurs. La capacité de chacun à anticiper les dysfonctionnements par la communication avec les autres professionnels et la mise en réseau de leurs connaissances et pratiques professionnelles semblent nécessaires. Favoriser l'implication des médecins comme référent médical dans l'organisation des activités et la participation des usagers aux modalités de leur prise en charge sont des notions exprimées par l'ensemble des personnes interrogées.

2.3 Synthèse de l'étude :

Il se dégage de cette étude une représentation commune du parcours de l'utilisateur malgré des perceptions différentes. La description du parcours est à la fois schématique et complexe et mieux visualisée en hospitalisation de jour, comme si le situer dans le temps permettait de mieux le maîtriser dans l'espace.

Par contre, le parcours est défini en fonction d'une logique professionnelle propre à chacun des acteurs dans le but de bien faire son travail. Ainsi un certain clivage apparaît : chacun définit le parcours en fonction de son champ d'exercice et se limite à son service. Cette représentation reste centrée sur l'hôpital, le parcours de soins en

amont et en aval est peu évoqué alors même que la question posée est ouverte. Le fait que certains ignorent cette notion montre qu'elle n'est pas admise communément pour les uns et peut-être empreinte de résistance pour les autres.

Les différents acteurs ont pris conscience de l'existence du parcours de l'utilisateur mais n'ont pas une vision claire de la finalité du processus. La parcellisation du travail ne permet pas d'avoir une vision globale et freine la perception d'un objectif commun. Pour de nombreux professionnels le patient occupe une place centrale au niveau des soins mais limitée au service. Pour certains l'utilisateur est vécu plus comme un obstacle à une organisation performante que comme une victime de dysfonctionnements. Ses besoins et son implication dans la réalisation de sa prise en charge sont rarement évoqués.

Les professionnels font part du sentiment de vivre sous tension, de manquer de temps mais l'attribuent rarement à un défaut d'organisation propre. Ce sont les autres services et professionnels qui sont remis en question. L'identification des causes passe par une évaluation des pratiques. Or aujourd'hui même si l'évaluation commence à être perçue comme un levier d'action et d'amélioration de la prise en charge du patient, elle reste vécue comme un contrôle et valable pour les autres. Chacun étant persuadé de bien faire à son niveau. Il est donc difficile d'inscrire dans l'esprit des professionnels le parcours de soins dans une démarche d'évaluation globale.

Les modes d'organisation dans les services apparaissent comme aléatoires, variables selon les impératifs de service et soumis aux comportements individuels. «L'hôpital est plus une rue commerçante qu'une organisation moderne. Chaque boutique, chaque service est indépendant et la communication se résume à, si je veux, quand je veux»⁴⁰. Les notions de pertinence, d'utilité de certains actes, de redondance, voire de gaspillage par le coût de la non qualité sont rarement évoquées comme si les questions médicales ou économiques étaient étanches les unes par rapport aux autres.

La coordination des acteurs s'impose comme une réalité. Réduire les cloisonnements, partager l'information et s'appuyer sur des pratiques communes formalisées sont les facteurs émergents pour l'optimisation du parcours de l'utilisateur. L'implication des acteurs dans les processus de prise en charge et la rationalisation des informations dans un système apparaissent incontournables dans les solutions proposées par les acteurs.

De fait cette étude confirme nos hypothèses de départ. La notion de parcours à l'hôpital est soumise à l'appréciation individuelle des acteurs. Les organisations dépendantes du cloisonnement des services hospitaliers sont à l'origine de nombreux

⁴⁰ DE KERVASDOUE J., 2004, *L'hôpital vu du lit*. Paris : Editions du seuil, p.41.

dysfonctionnements : défaut de communication, rationalisation limitée de l'information, activités découpées et non intégrées dans un processus central, logiques professionnelles différentes.

L'évaluation des pratiques reste parcellaire ce qui permet de dire que le parcours de l'utilisateur est insuffisamment évalué.

3 Le rôle du Directeur des Soins dans l'optimisation du parcours de l'utilisateur à l'hôpital.

Le Directeur de Soins a donc un rôle à jouer en termes d'appropriation de la notion de parcours de l'utilisateur par les professionnels, de coordination des acteurs et des activités en valorisant leur complémentarité.

Ainsi en lien avec les problèmes soulevés et le contexte hospitalier actuel, nos préconisations concrètes vont se situer à un niveau stratégique et opérationnel autour de trois axes : la concrétisation du parcours de l'utilisateur à partir du projet de soins, le développement d'une gestion par processus et le management des cadres par l'évaluation des pratiques.

3.1 Intégrer la notion de parcours de l'utilisateur à l'hôpital dans une démarche professionnelle transversale:

Le projet de soins⁴¹ constitue pour le DS, un levier pour fédérer les acteurs autour du parcours de soins à l'hôpital. Ses orientations peuvent être définies dans la transversalité en s'appuyant sur la logique des pôles et aussi en amont et en aval de l'hospitalisation lors du développement des réseaux et filières de soins. La construction du projet s'articule autour de deux axes : la complémentarité des professionnels, le positionnement de l'utilisateur au centre du système qui sont les préalables à l'instauration d'une culture professionnelle à partir du chemin clinique.

3.1.1 Le projet de soins : point de convergence de la complémentarité professionnelle.

Le projet de soins est le garant de la qualité et de la cohérence de la prise en charge soignante en affirmant les priorités et les valeurs institutionnelles. Il s'inscrit dans la complémentarité par la mise en œuvre d'actions déclinées à partir du projet médical, des projets de pôle et des autres projets de l'établissement. Le rôle du directeur des soins est de coordonner les actions déclinées dans les différents projets et de développer les interfaces avec les autres structures comme le CLAN, le CLIN, le CLUD, le comité des vigilances et des risques, la CRUQPC pour favoriser la complémentarité des acteurs. L'optimisation du parcours patient à l'hôpital nécessite une vision globale des différentes politiques qui oriente la réflexion du DS selon trois axes: la transversalité, la communication, et l'évaluation au travers de quatre domaines qui sont les soins, les

ressources humaines, les usagers et leur famille, les prestataires. Cette réflexion s'élabore en collaboration avec l'encadrement, les différents professionnels du service de soins, des membres de la Commission de Soins Infirmiers, de rééducation et médicotechniques (CSSIRMT) des représentants de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) (CME).

La nécessité de coopération interdisciplinaire au sein du service de soins a été affirmée par le décret du 19 avril 2002, portant statut particulier des directeurs de soins, en faveur d'un mode de management centré sur la coordination des acteurs des filières de soins infirmiers, médicotechniques et de rééducation. Le DS est le coordonateur qui donne de la visibilité institutionnelle aux professionnels et un sens commun aux actions interdépendantes pour construire le projet de soins. Pour cela, il recense l'ensemble des projets menés dans l'établissement, évalue la nature des objectifs poursuivis et repère la portée des actions engagées. Ces travaux sont une source d'information importante, certains se retrouvent dans l'auto-évaluation émanant de la procédure de certification et entrent dans les plans d'amélioration de la qualité. Souvent les professionnels les relient peu et ont des difficultés à les relayer, d'autres restent confinés dans le service d'origine

Le directeur des soins favorise le partage et la «mutualisation» des expériences au sein de l'encadrement. Il le sollicite pour faire des choix et des compromis en lien avec les projets institutionnels, la faisabilité et l'impact probable sur l'organisation de l'ensemble de l'établissement. L'objectif n'est pas de tout centraliser mais bien de valoriser les professionnels. Le problème de fond de la coordination est le suivi des actions au niveau collectif. Une des grandes difficultés pour l'encadrement est de se souvenir de l'état de toutes les actions démarrées dans l'organisation. L'idéal pour le directeur des soins serait de construire une plate forme de coordination, avec des outils adaptés au suivi des actions⁴². L'objectif est de voir à tout moment l'avancée des projets sans pour autant s'en mêler directement, tout en instituant un «tour de table» périodique, direction des soins et cadres supérieurs, pour partager systématiquement les informations sur l'état global de l'établissement. Ces méthodes sont essentielles au décloisonnement et à la création d'une émulation positive soutenue par de la coopération sur le terrain qui doit dépasser les frontières des pôles et des logiques professionnelles.

Cette coopération renforcée par la collaboration entre l'encadrement paramédical et le corps médical ne peut s'instaurer que sur une relation de confiance avec le DS. Tout en appréhendant le mode organisationnel et le climat relationnel au sein des services le DS

⁴¹ La loi hospitalière n°91-748 du 31 juillet 1991 porte obligation aux établissements publics de santé d'élaborer un projet d'établissement qui intègre le projet médical, social, de gestion...et le projet de soins.

⁴² Fiches projet, analyses de processus, diagrammes causes-effet, arbres de causes et d'autres outils proposés par l'institut national de la transfusion sanguine(INTS), unité EPP, Paris, avril 2008.

s'attache à élaborer un mode de communication et un réseau relationnel propice à veiller aux intérêts du patient et de son entourage. Ainsi le directeur des soins positionne l'encadrement au cœur d'interférences de situations complexes et complémentaires.

3.1.2 Le recentrage sur l'intérêt de la personne hospitalisée.

Comme nous l'avons souligné dans l'étude, la prise en compte des besoins de l'utilisateur est peu évoquée, et ce dernier peut parfois être oublié au sein des organisations.

Le fait de pouvoir répondre aux attentes des usagers et des familles à l'hôpital, de comprendre leurs difficultés, de respecter parfois leur non engagement auprès des leurs ou au contraire d'accompagner leurs actions demande une vigilance quotidienne de la part des équipes soignantes. Cette vigilance vient du fait qu'il faut faire converger la logique des différents acteurs au service de la personne et mettre en place les éléments d'une collaboration adaptée et durable.

Face à cette problématique, l'exigence du DS est de replacer l'utilisateur systématiquement au cœur des préoccupations de chacun. Cette position affichée clairement dans le projet de soins est le fil conducteur de l'encadrement pour ramener les professionnels sur le terrain au plus près de leur mission principale. La question à se poser est : que souhaite l'utilisateur et quel est son intérêt? L'objectif est d'abord de sortir de la logique d'acteurs puis de repérer les collaborations possibles pour amorcer et opérationnaliser une organisation de soins qui prévoit l'implication de l'utilisateur dans la gestion de son parcours.

Pour accompagner sa mise en œuvre le DS doit veiller à ce que l'encadrement respecte trois préalables :-

- la reconnaissance du médecin chef, référent ou coordonnateur de service dans l'organisation générale et la recherche d'une coopération loyale.
- l'appropriation par le cadre de santé et son équipe d'outils de travail permettant d'évaluer les pratiques au sein du service et de mettre en place des procédures et des protocoles de soins évolutifs.
- La capacité du cadre à faire respecter les règles édictées en équipe et à les faire évoluer.

Cependant l'enquête ne nous a pas permis d'identifier les zones communes de collaboration entre les professionnels et les usagers.

3.1.3 Une première procédure : l'information à l'utilisateur.

Orienter le projet de soins sur la collaboration de l'utilisateur à la gestion de son parcours implique, pour faire suite aux préalables posés précédemment d'intégrer le besoin d'information des usagers, clairement exprimé par les personnes enquêtées. Ce droit fondamental repose sur un cadre réglementaire et les professionnels de santé sont tenus depuis la loi du 4 mars 2002 d'informer chaque personne soignée et d'apporter la

preuve qu'ils ont dispensé cette information. Une des premières procédures à mettre en place est celle qui concerne l'information pour répondre à l'attente des usagers et au devoir d'information des soignants.

Pour la construire il est essentiel de circonscrire ce devoir d'information : de quel type d'information l'utilisateur et sa famille ont besoin et à qui la dispenser ? Quels professionnels sont habilités pour la donner, à quel moment et comment dispenser une information loyale et compréhensible? Comment construire un support lisible, pertinent? Quelles précautions prendre pour garantir le secret professionnel et la confidentialité?

Cette grille permet de mesurer la complexité du champ de l'information à prodiguer à l'utilisateur.

Ainsi la mise en place d'un système d'information nécessite une concertation des professionnels médicaux et paramédicaux pour définir une stratégie d'équipe dans la réponse à apporter à l'utilisateur en matière d'information. La contribution du directeur de soins sera de veiller, par l'intermédiaire de l'encadrement supérieur et de proximité, à transmettre des éléments de réactualisation en matière de Droits des Patients et à s'assurer de leur application. Avec l'aide du guide méthodologique⁴³ proposé par la HAS, de favoriser l'élaboration de supports écrits de qualité valables pour l'ensemble de l'établissement en tenant compte de la spécificité d'informations plus techniques dans certains services.

Cette dimension transversale de la qualité de l'information pour l'utilisateur constitue une priorité pour le directeur de soins qu'il affirme par la promotion d'une nouvelle organisation de la prise en charge de l'utilisateur dans le projet de soins : le chemin clinique.

3.2 Développer la gestion par processus pour concrétiser le parcours de l'utilisateur :

L'organisation de l'hôpital est structurée dans un système composé de plusieurs processus organisés entre eux pour former un ensemble. La coordination des étapes de diagnostic, de traitement et de soins durant le séjour est complexe.

Développer la culture du chemin clinique pour améliorer l'organisation fait émerger des éléments structurants qui pourraient répondre aux priorités exprimées par les acteurs pour garantir la cohérence du parcours de l'utilisateur à l'hôpital.

3.2.1 Intégrer le système pour définir le processus.

L'objectif poursuivi est de créer du lien pour augmenter la performance au sens médical, au sens de la valeur attendue par l'utilisateur mais aussi au sens économique,

⁴³ HAS. «*Elaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de Santé*».

aujourd'hui incontournable. La gestion par processus implique une démarche participative forte, elle a pour corollaire une affirmation de la volonté institutionnelle, un engagement fort et explicite de la hiérarchie et des professionnels sur le terrain.

Le DS porteur du projet argumente en équipe de direction l'intérêt pour l'hôpital de la gestion par processus en terme de valeur ajoutée mais aussi parce qu'elle a un impact sur l'ensemble de l'organisation et donc sur les orientations des autres directions. La stratégie à adopter est élaborée en commun et en collaboration avec le président de la CME et les responsables de pôle au sein du conseil exécutif, avant d'être présentée aux instances.

L'élaboration d'une stratégie repose sur le repérage du climat interne fondé sur l'histoire de la structure, les relations entre acteurs. Le DS a une position intermédiaire entre la logique administrative et médicale qui lui permet d'identifier la qualité des relations interindividuelles ou entre les groupes professionnels. Ces éléments sont à prendre en compte le moment opportun pour favoriser l'adhésion des professionnels concernés. Pour formaliser le projet au sein du service de soins, il s'entoure de professionnels de différents services et métiers qui connaissent l'établissement et d'autres arrivés récemment dans la structure, pour avoir une vision plus large du processus. L'aval de la CSSIRMT et de la CME sont indispensables comme l'intégration de médecins à l'élaboration du projet. Le DS définit ainsi le cadre de développement du chemin clinique.

Le consensus doit aboutir à la définition du parcours de l'utilisateur à l'hôpital, à la sélection du champ d'investigation du projet, à l'élaboration des objectifs généraux et spécifiques du chemin clinique, au choix des méthodes de diagnostic de l'organisation généralisés à l'établissement⁴⁴ ou ciblés sur un pôle, un service.

L'objectif de la démarche n'est pas seulement de mesurer les interdépendances mais aussi de conduire les professionnels à s'interroger sur le sens de leurs actes, à repérer les points forts, les dysfonctionnements et à les corriger sur l'ensemble du processus. Au final de rechercher plus d'efficacité dans les modes de production des soins.

3.2.2 Le chemin clinique : une méthode d'amélioration de la qualité des soins.

La fonction du chemin clinique est de formaliser la cartographie des processus de prises en charge de l'utilisateur au sein d'une ou plusieurs unités fonctionnelles⁴⁵. Pour développer la méthode, le DS conduit une démarche de projet bâtie autour de trois principes : la faisabilité, le management de l'encadrement, la communication.

⁴⁴ Exemple de l'audit réalisé par le CNEH, novembre 2004, au Centre Hospitalier d'Aubenas pour une réorganisation à partir du circuit du patient.

⁴⁵ Le découpage administratif des services en unités fonctionnelles regroupées par centre de responsabilité permet aux services financiers d'imputer les dépenses sur l'UF identifiée.

Une étroite collaboration avec la direction de la qualité est obligatoire à la fois pour intégrer la démarche dans le projet qualité mais aussi pour apporter une aide méthodologique aux professionnels.

La méthode d'élaboration d'un chemin clinique nécessite de définir la prise en charge pour laquelle il est réalisé, d'analyser les recommandations des pratiques professionnelles pour chaque étape du processus et de décrire précisément tous les actes permettant de la réaliser. Elle implique chaque professionnel dans la description de sa pratique et génère une résistance au changement proportionnelle au sentiment qu'à l'acteur de ne pas maîtriser sa zone d'incertitude donc d'autonomie⁴⁶.

Ce principe fonde la structuration du projet dans le choix des acteurs au sein du comité de pilotage, du groupe de coordination, des groupes de travail. Leur composition est capitale pour la réussite du projet. Les différents décideurs du processus et leurs clients⁴⁷ sont intégrés à la réflexion, ainsi que les représentants des divers métiers et les experts concernés par les activités analysées et leurs interfaces.

Le groupe de coordination qui réalise la cartographie des processus, anime les groupes de travail et fait des propositions de réorganisation est constitué de professionnels médicaux et non médicaux convaincus et porteurs du projet.

Le groupe de pilotage définit les objectifs en fonction d'un projet médical ciblé, détermine le ou les services pilotes, les pathologies ou GHS⁴⁸ concernés avec des recommandations professionnelles accessibles⁴⁹.

La mise en œuvre implique une planification et l'élaboration d'un calendrier prévisionnel de façon à informer les participants et à évaluer les moyens nécessaires et leur coût. La mesure du rapport investissement/coût est déterminante. Elle se calcule en termes de ressources humaines et matérielles, de temps passé par catégorie professionnelle, de formation des personnels, de coûts de fonctionnement de la structure. Le DS implique l'encadrement dans la gestion du couple coût-valeur afin de limiter les coûts de non qualité. Le management est focalisé sur la qualité, la pertinence et la valeur finale produite par le processus.

La gestion par processus suppose un mode de management transversal qui n'est pas centré sur une discipline mais bien sur la coordination des logiques professionnelles différentes dans le temps et dans l'espace. La vision du cadre ne se limite plus à son seul service, le chemin clinique impose un regard qui dépasse les limites de la pathologie, de l'unité, du pôle. Le DS accompagne cette évolution par une redéfinition des missions de

⁴⁶ CROZIER M, FRIEDBERG E., Ibid.

⁴⁷ Notion de client dans le sens de prestataire de service

⁴⁸ GHS. Groupe homogène de séjour : indicateur de PMSI qui permet la tarification d'une pathologie pour un séjour donné,

l'encadrement supérieur et de proximité, définis dans des profils de postes validés institutionnellement.

Un tel projet ne peut faire l'économie d'une communication ascendante et descendante, structurée par la direction avec la participation active du DS. Elle se matérialise par des informations diffusées au sein des instances, par des supports internes comme le journal de l'établissement, par des interventions de la direction des soins au cœur des unités. Le dialogue sur le terrain redonne du sens au projet, motive et valorise les personnels impliqués tout en faisant état des résultats obtenus.

Car la généralisation du chemin clinique à l'ensemble de l'établissement dépend de la réussite visible des expériences particulières.

3.2.3 Des outils opérationnels d'aide à la décision.

Le rôle du DS est d'accompagner les professionnels vers la maîtrise du processus. Pour cela il met à disposition de ces collaborateurs une méthode et des outils qui permettent l'analyse du processus central de soins : le chemin clinique. Ces outils contribueront à recueillir des données pour reconfigurer le système et mettre en place une autre organisation.

La méthode de travail est articulée autour d'une trajectoire patient identifiée dans un service donné et reprend les points clé de l'hospitalisation sur une fiche descriptive⁵⁰. Le processus, divisé en sous processus et activités peut être formalisé sous forme de logigramme. Chaque sous processus est repris sous forme de tableau et présente une analyse plus dynamique de la structure en deux parties⁵¹.

Après la description du processus l'étape suivante consiste à élaborer avec les professionnels concernés un document, utilisable par tous. Il reprend les différents domaines d'application et les objectifs de qualité à atteindre évaluables à partir d'indicateurs de résultats ciblés. Cette étape permet d'identifier des dysfonctionnements et d'analyser les problèmes en fonction de leur gravité et fréquence et de prioriser les actions d'amélioration à mener.

Des procédures doivent formaliser ces modifications, notamment quand elles interviennent dans le cadre de processus transversaux dans des temps et lieux différents, car comme l'ont spécifié les professionnels dans l'enquête, la transmission orale a ses limites. L'établissement de procédures et de protocoles par les professionnels de terrain, soumises à critique et à amélioration permanente, permet d'intégrer la gestion dans les processus de travail des équipes de soins. C'est l'un des avantages du chemin clinique.

⁴⁹ Recommandations de sociétés savantes, revues de morbidité, recommandations des bonnes pratiques, référentiels HAS.

⁵⁰ Annexe 4 : fiche descriptive d'un processus de séjour en UCA

⁵¹ Annexe 5

Il permet aussi d'agir sur la chronologie des procédures par la planification des activités centrées sur les besoins de l'utilisateur qui élimine par conséquent la plupart des événements indésirables tels que l'exposition à des risques ou des inconforts divers et le temps gaspillé.

Ainsi le chemin clinique ne permet pas seulement de poser des actions d'amélioration, la cartographie des processus oriente les décisions du directeur de soins dans la modification des organisations. L'analyse de l'activité des différents acteurs quand elle objective des redondances ou des glissements de tâches peut aboutir à une redistribution des tâches et une redéfinition des missions de chacun. L'objectif est de recentrer chacun sur son cœur de métier et de coordonner les interfaces. Il est alors possible de mutualiser les ressources, de constituer des équipes centrales qui prennent en charge la logistique (hôtellerie, hygiène et entretien des locaux, transport interne) et de définir de nouveaux profils de poste comme celui d'une infirmière coordinatrice qui organise les activités autour de l'utilisateur.

Le partage également de l'information avec les services médicotechniques et logistiques permet d'adapter au plus juste l'offre à la demande (coût, délai, qualité). Synchroniser l'action des professionnels des différents secteurs dans le projet implique pour le directeur des soins un suivi des étapes de manière à apporter une vision globale, connue de tous. L'utilisation du diagramme de Pert52 et de tableaux de bord existant dans la structure ou construits pour servir le projet sont nécessaires. Leur nature et leur contenu sont liés à la place qu'occupe le professionnel dans l'établissement et son rôle dans le projet. Le choix des indicateurs qui les composent est une étape préalable qui nécessite une réflexion commune en fonction des objectifs poursuivis, de la nature précise de l'indicateur, du mode et de la fréquence de recueil. Ces tableaux de bord, comme la description du processus sont représentatifs du fonctionnement de l'hôpital à un instant T. L'utilisation des informations recueillies doit rester prudente et implique un contrôle de la valeur des données, de leur réactualisation et de la pertinence du mode de recueil.

Le recueil d'informations à partir de l'élaboration du chemin clinique va permettre au directeur de soins d'argumenter ses propositions de réorganisation. Il peut enrichir ses tableaux de bord avec des données utiles à des mesures d'activité et de consommation de ressources au pas à pas. A terme elles pourront être mises en corrélation avec des méthodes de repérage de coûts directs et indirects, en collaboration avec le directeur des ressources humaines, des services financiers, de la qualité et du système d'information.

⁵² Tableau synoptique et chronologique de suivi de projet pour un temps donné.

3.3 L'évaluation continue des pratiques professionnelles :

Le chemin clinique est un levier qui permet à la structure de s'inscrire dans une évaluation continue des pratiques professionnelles. Cependant l'amélioration des pratiques est aussi corrélée à la performance du système d'information hospitalier c'est-à-dire à sa capacité à centraliser et coordonner les informations dans un processus informatisé, à l'évaluation continue du processus et à l'implication des acteurs dans une démarche complémentaire.

3.3.1 Le chemin clinique, une source de données pour développer le système d'information hospitalier.

Développer la traçabilité des activités et des flux relatifs à la prise en charge du patient est un des objectifs du SIH. Il répond tant à des nécessités de piloter la production de soins et à optimiser les moyens engagés qu'à rendre compte de l'activité et à identifier des potentiels d'amélioration. Pour les professionnels de santé, et les résultats de notre enquête le confirment, il apparaît aussi comme un moyen de coordination des activités sur le parcours de l'utilisateur. Il permet de rationaliser et de partager l'information.

Ainsi l'optimisation du parcours de l'utilisateur par ce biais implique la contribution du DS au développement du SIH tant au niveau stratégique qu'opérationnel. Proposer l'utilisation du chemin clinique comme facteur d'intégration sur plusieurs domaines permettrait de réduire les clivages entre les fonctions financières, administratives, logistiques, médicales. Effectivement, il fournit une variété d'informations qui sont une aide à la construction ou à l'adaptation du dossier patient informatisé. La description des étapes des activités, le recensement des actes selon leur nature, l'identification des différents intervenants, la mise à jour de protocoles et des procédures permet d'évaluer la part à réserver au dossier commun général et aux dossiers plus spécifiques. Les informations issues du chemin clinique ne sont pas seulement liées aux soins, elles fournissent aussi des données pour les activités afférentes aux soins comme les programmations d'examens, les actes chirurgicaux, les transferts du patient.

Le directeur de soins peut inciter les professionnels à construire des cahiers des charges au regard des processus décrits dans le chemin clinique pour la mise en œuvre de logiciels partagés qui favorisent la coordination des activités : agendas partagés entre les consultations, les unités de soins, les blocs opératoires, la gestion des transports internes. A terme il serait intéressant de modéliser le parcours de l'utilisateur pour aboutir à une gestion informatisée de son agenda.

Le chemin clinique apparaît comme un moyen d'amélioration du système d'information qui en fonction des outils développés favorise la coordination des acteurs et l'évaluation des pratiques professionnelles puisqu'il fait appel à la traçabilité.

3.3.2 Evaluer la démarche pour redéfinir la stratégie.

Initier la démarche, l'opérationnaliser, analyser les données, apporter des modifications dans les pratiques et les organisations, alimenter le système d'informations doit permettre au directeur des soins d'évaluer la pertinence des actions entreprises et de rendre compte au directeur du degré d'efficacité et de l'impact économique des décisions prises dans le projet.

La méthode du chemin clinique qui s'inscrit dans une démarche systémique nécessite une appropriation par les professionnels car elle impose une vision globale du processus de soins habituellement limité à une activité, du temps pour le décrire et l'analyser, une implication des individus car elle demande de la transparence sur leurs activités.

Dans un contexte de pénurie des professionnels médicaux et paramédicaux, de retour à l'équilibre budgétaire pour de nombreux ES, une évaluation continue et multifactorielle est nécessaire pour réadapter la stratégie de mise en œuvre. Les différents points d'évaluation à observer peuvent être : l'évaluation de l'impact du processus sur le plan institutionnel, l'évaluation de la satisfaction de l'utilisateur et des professionnels, l'évaluation de l'efficacité du processus par rapport aux résultats attendus et à sa capacité à les maintenir dans le temps.

Ces axes vont permettre de déterminer selon quels critères, dans quels délais la démarche sera généralisable, opérationnelle ou pas à l'ensemble de l'établissement.

3.3.3 Une pratique professionnelle qui consolide la complémentarité

Articuler l'évaluation des pratiques professionnelles autour du chemin clinique amène les professionnels à prendre conscience de l'interdépendance de leurs actes. Formaliser le processus par écrit valorise et concrétise leur activité quotidienne. Identifier les dysfonctionnements ensemble atténue la notion de culpabilité liée à l'évaluation et inscrit les individus vers une prise de responsabilité partagée. Chacun comprend mieux les impératifs de l'autre en fonction des exigences de son champ de responsabilité et de compétence. L'évaluation, obligatoire pour tout professionnel de santé médecin⁵³ devient une préoccupation d'équipe dans et entre les services avec comme fil conducteur l'évaluation du parcours de l'utilisateur.

⁵³ Décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.

Conclusion

Depuis les années 1980, les hôpitaux publics français se trouvent confrontés à des exigences plurielles : restrictions budgétaires pour endiguer la progression des dépenses de santé, recherche d'une plus grande efficacité et efficience dans la production de soins, amélioration de la qualité et de la sécurité des prestations tout en réduisant les durées d'hospitalisation.

La nécessité d'une meilleure coordination entre les structures publiques et privées, l'amélioration de la communication entre les établissements hospitaliers et la médecine de ville, l'orientation vers des constitutions de réseaux entre les différents acteurs du système de santé, la modification du mode de management interne des hôpitaux sont les enjeux des réformes successives de 1991, des ordonnances de 1996 et des plans «hôpital 2007 et 2012».

Ces enjeux sont importants pour les pouvoirs publics, les citoyens, les professionnels et toutes les parties prenantes du système de soins. Associés à une gestion hospitalière souhaitée plus performante, ils nécessitent de concilier les besoins et les attentes des usagers, de leur famille avec la qualité et la sécurité des soins et les aspirations des différents professionnels. Autant d'éléments qui complexifient l'organisation interne de l'hôpital et la tâche des acteurs institutionnels.

Car il ne suffit pas de décréter un changement pour le voir se concrétiser. La performance au sein d'une organisation est liée à l'histoire de la structure qui l'abrite, à la nature de sa constitution et à l'implication des acteurs dans la réalisation des missions de l'institution. Cette implication est elle-même liée au degré de participation à la réalisation de l'objectif commun et à la perception qu'ils en ont.

Cependant la structuration parcellaire de l'hôpital en entités centrées sur leur propre discipline, renforcée par un cloisonnement lié à une forte spécialisation et à une logique de métiers ne favorise pas une vision globale des différents processus de soins. Les dysfonctionnements inhérents à cette organisation, les sources de non qualité et les surcoûts qu'ils génèrent imposent de réfléchir à une autre logique de prise en charge de l'utilisateur dont la complémentarité et la coordination des acteurs seraient les fondements.

Cette évolution culturelle est imposée aux professionnels par les textes réglementaires et plus particulièrement par l'exigence d'évaluation des pratiques professionnelles de la seconde procédure d'accréditation. Cette obligation est une opportunité pour les équipes de direction en collaboration avec les équipes médicales et la direction des soins pour orienter la réflexion des professionnels sur la notion de parcours de l'utilisateur à l'hôpital. Les activités transversales sont prises en compte lors de l'évaluation des types de prises en charge médicales.

Le directeur des soins responsable de l'organisation, de la cohérence et de la continuité des soins va donc porter une attention particulière à l'optimisation du parcours de la personne hospitalisée. Légitimé depuis 2002 comme coordonnateur des soins, il peut limiter les clivages en intégrant les différentes catégories professionnelles à l'élaboration d'un projet de soins centré sur le parcours de l'utilisateur et les fédérer en valorisant leur complémentarité.

Il appartient donc au directeur des soins de développer une organisation plus transversale, centrée sur l'utilisateur en l'impliquant dans sa prise en charge grâce à une information adaptée, et en clarifiant la notion de parcours de soins à l'hôpital auprès des professionnels.

La gestion par processus présentée dans ce document comme une démarche projet pour initialiser l'appropriation du chemin clinique par les professionnels a un double intérêt : celui de croiser une organisation verticale, par pôle, à une organisation transversale qui enchevêtre les processus centraux de soins et les processus support, et l'autre de contribuer au développement du système d'information. L'aboutissement de la démarche doit permettre de reconfigurer les organisations, de raisonner en processus séjour pour concrétiser l'adéquation entre le coût et la qualité des soins, et engager une évaluation continue des pratiques professionnelles en équipe pluridisciplinaire.

La performance de la gestion par processus est dépendante d'un management transversal et de l'identification des freins et limites à sa mise en œuvre par le directeur des soins. Cette méthode réinterroge la démarche professionnelle des individus et leur demande un engagement de transparence qui associé au temps nécessaire pour la formaliser peut engendrer des résistances au changement.

Il revient au Directeur des Soins d'être convaincant auprès des acteurs institutionnels et d'utiliser le levier du chemin clinique pour faire évoluer la coordination vers la coopération sinon le partenariat. Cette évolution se fera par la valorisation et la capitalisation des savoirs au moyen de l'analyse réflexive des pratiques professionnelles en équipe pluridisciplinaire. Au delà de la réflexion engagée sur le terrain, la solution résidera dans la formation des professionnels de demain plus orientée sur des objectifs communs de prise en charge de l'utilisateur s'appuyant sur la synthèse des activités. L'aboutissement pourrait en être la modalisation d'un parcours transposable à la majorité des structures et un plan d'intervention individualisé interdisciplinaire formalisé sur un document chronologie identifié «agenda du patient».

De cette manière, la gestion gagnerait en efficacité en infiltrant l'ensemble des comportements et en promouvant une logique d'échanges permanents.

Bibliographie

Ouvrages

BALLE M, CHAMPION-DAVILLER MN., 2004, *Organiser les services de soins : le management par la qualité*. 2^eed. Paris : Masson, 211 p.

CLAVERANNE JP, PASCAL C., 2004, *Repenser le processus à l'hôpital, une méthode au service de la performance*. Paris : Ed Médica, 242 p.

CREMADEZ M, GRATEAU F., 1997, *Le management stratégique à l'hôpital*. Paris : Masson, 445 p.

CROZIER M, FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*. Paris : Editions du seuil, 123 p.

DE KERVASDOUE J., 2004, *L'hôpital vu du lit*. Paris : Editions du seuil, 167 p.

GABA-LEROY C, BONNERY AM, MARANDE D, MICHOT P., 2003, *Prévention des risques dans l'unité de soins*. Paris : Masson, 129 p.

MORIN E, LE MOIGNE JL., 1997, *Comprendre la complexité dans les organisations de soins*. Paris : Asped, 70 p.

TONNEAU D, BONNOURE S, GALLET AM, PEPIN M., 1996, *L'organisation du travail dans les services de soins*. Lyon : Anact 159 p.

Articles de revues

Support papier

DUBIN J., janvier 2007, «La place du patient». *Esprit, revue internationale*, n° 331, pp.40-51.

CLAVERANNE JP, PASCAL C., Avril 2003, «Complémentarité et réseaux : de la métaphore à la pratique». *Le courrier de l'évaluation en Santé*, semestriel n°23, pp.1-10.

CREMIEUX F., janvier 2007, «Silence, on bouge». *Esprit, revue internationale*, n° 331, pp.6-11.

FABBE-COSTES N, ROMEYER C., 2004, «la traçabilité des activités de soins par les systèmes d'information hospitaliers: état des lieux». *Logistique & management*, numéro spécial, pp 119-133.

FANTAN G, DUROU D, MERLE C., 2004 «Analyse et modélisation du parcours du patient». *Logistique & management*, numéro spécial, pp 111-118.

Support électronique

GUISIANO B, GUIRAUD P, MEUR H., 2001, «10 règles pour tracer le parcours du patient dans un réseau de santé». [en ligne] pp.1-13 [visité le 31.06.2008], disponible sur internet : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/fr/>

Article scientifique

MARLEY K, COLLIERT D, MEYER-GOLDSTEIN S., 2004, «The role of Clinical and Process Quality in Achieving Patient satisfaction in Hospitals.» *Decision Sciences*, volume 35 Number 3, USA, Colombus, pp 349-369.

Mémoires

BALLOUZ N., -2004/2005 -*Parcours de soins du patient hospitalisé et implication de l'entourage familial : quelle contribution pour la Direction des Soins ?* Filière Directeur des Soins ENSP, 63 p.

CANTOURNET M., 2005 *La coordination des acteurs: un facteur d'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient hospitalisé. Rôle du Directeur des Soins.* Filière Directeur des Soins ENSP, 54 p.

Sources réglementaires

BLANC A., (directeur de publication)/SOULAS H (ed.) 2005, *Fiches pratiques du Droit de la Santé*, mise à jour au 1^{er} mai 2006, Annecy : Tissot, 201 p.

Sites Internet

Site de l'HAS : <<http://www.has-sante.fr> >

Service évaluation des pratiques professionnelles HAS. *Le Chemin clinique, une méthode vers l'amélioration de la qualité*. Mars 2005.

Site de la MEAH : <<http://www.meah.sante.gouv.fr>>

Développer et organiser la chirurgie ambulatoire. Janvier 2008

Liste des annexes

ANNEXE 1 : TABLEAU DE LA POPULATION CHOISIE

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN

ANNEXE 3 : TABLEAUX DES DYSFONCTIONNEMENTS RESENTIS PAR LES PROFESSIONNELS, DES ATTENTES DES USAGERS ET DES MOTIFS DE PLAINTES

ANNEXE 4 : FICHE DESCRIPTIVE DE PROCESSUS EN C.A.

ANNEXE 5 : TABLEAU DES SOUS PROCESSUS ET DES ACTIVITES EN C.A.

ANNEXE 1

TABLEAU DE LA POPULATION CHOISE

POPULATION	3 cadres de santé CS	3 IDE	3 Praticiens hospitaliers	3 secrétaires médicales	3 usagers
CHIRURGIE AMBULATOIRE	2	2	1 anesthésiste coordonateur	1	Hospitalisés au moins une fois dans l'un des 2 services
CHIRURGIE CONVENTIONNELLE	1	1	1 chirurgien orthopédiste 1 anesthésiste	2 polyvalentes sur les unités ambulatoires et conventionnelles	Dont 1 est président d'une association de consommateurs

ANNEXE 2

GRILLE ENTRETIENS

+

La notion de parcours à l'hôpital n'est pas comprise de la même façon par les acteurs

+

1 .Présentation de l'acteur

2. Comment pouvez-vous définir le parcours du patient ?

3. Pouvez-vous citer un exemple de parcours

+

La cohérence globale du parcours dépend des modes d'organisation des acteurs

+

4. Pour vous quels sont les facteurs qui assurent la cohérence du parcours du patient ?

5. Avez-vous déjà repéré des dysfonctionnements ? De quel type ?

6. Quels sont les outils indispensables à la coordination du parcours patient ?

+

Le partage et la circulation des informations ne sont pas rationalisés dans un système

+

7. Comment circule l'information autour du patient dans le service, avec les autres services ?

+

Le parcours du patient est insuffisamment évalué

+

8. le parcours du patient est-il évalué dans votre service, dans l'établissement ?

9. Si oui, avec quels outils ?

10. Pouvez- vous faire des propositions d'évaluation ?

11. Souhaitez ajouter des commentaires sur les thèmes abordés ?

ANNEXE 3

Les dysfonctionnements les plus fréquents 1998 : extraits de (CLAVERANNE JP, .PASCAL C., 2004, *Repenser le processus à l'hôpital*).

Pour élaborer les référentiels d'accréditation, en 1998 l'ANAES *a envoyé à 275 établissements de santé un questionnaire fermé destiné à un gestionnaire, un médecin et un personnel soignant de façon à isoler les problèmes ressentis comme les plus fréquents dans les établissements. Dix ont été identifiés et classés par ordre décroissant *:

Problème	Fréquence de signalement
La signalisation de l'hôpital et des services	42%
Les délais d'attente des patients en consultation externe	38%
La coordination des services	36%
Les délais d'attente du patient aux urgences	33%
La disponibilité en sanitaire (WC,douche)pour les patients	29%
L'accueil téléphonique	28%
La prise charge de la douleur	26%
L'accueil du patient (administratif, médical, soignant)	25%
Le délai d'attente du patient aux examens	25%
L'information délivrée au patient sur son état de santé	23%

Ces données ont été croisées avec une enquête de l'IFOP qui a interrogé 1002 personnes âgées de 15 ans et plus sur leurs attentes vis à vis de l'hôpital .Les huit premières sont récapitulées dans le tableau suivant* :

Thème	Ensemble en %
Etre bien soigné/compétences des médecins/qualité-efficacité des soins	73
Accueil/ambiance/de l'hôpital/souriant/chaleureux	40
Personnel agréable : amabilité/qualité humaines	36
Propreté, hygiène	28
Ecoute des patients/réconfort/soutien psychologique/disponibilité	19
Les explications aux malades : renseignements /transparence/communication avec les médecins	14
Site agréable/confort/cadre/prestations des chambres	12
nourriture	10

Attentes des usagers 1998

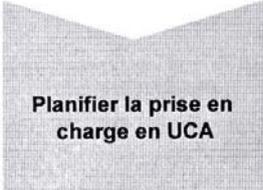
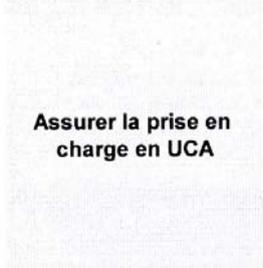
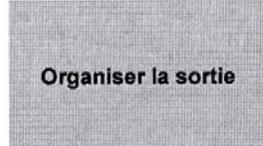
Même si la validité de ces enquêtes est sujette à caution et la comparaison des données soumises à la subjectivité des individus en relation, pour apporter un éclairage différent à cette affirmation nous avons effectués la synthèse du récapitulatif des plaintes de 2006 au sein de deux établissements. Au total cela représente tous services confondus 195 plaignants et 272 motifs de plaintes répartis en trois groupes : organisation/flux, soins, et droits du patient. Ceci nous a permis de dégager 4 grandes tendances et de les classer par ordre décroissant.

Motifs		Ensemble en %
SOINS :	Diagnostic et soins : /retard/absence/ erreur	27
	Mésentente entre le personnel soignant et/médecin-médecin/	24
	Manque d'information relative à la prise en charge médicale et soignante	20
ORGANISATION	Attente aux urgences	18

Motifs de plaintes 20

ANNEXE 4

	FICHE DESCRIPTIVE DE PROCESSUS	p 1/1
Intitulé :	PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT EN CHIRURGIE AMBULATOIRE	31/10/2007

Contenu du processus : Sous processus et Activités concernées	
 <p>Planifier la prise en charge en UCA</p>	<ul style="list-style-type: none"> réaliser la consultation chirurgicale réaliser la consultation pré-anesthésique réaliser la pré-admission
 <p>Assurer la prise en charge en UCA</p>	<ul style="list-style-type: none"> préparer le dossier du patient accueillir le patient préparer le patient à l'acte exécuter l'acte au bloc opératoire assurer le suivi post-opératoire
 <p>Organiser la sortie</p>	<ul style="list-style-type: none"> élaborer les documents de sortie valider les conditions de sortie réaliser la sortie du patient
 <p>Assurer un suivi de la prise en charge</p>	<ul style="list-style-type: none"> réaliser l'appel du lendemain adresser le CR d'hospitalisation aux partenaires de ville mesurer la satisfaction de la prise en charge

ANNEXE 5

Titre du processus : PLANIFIER LA PRISE EN CHARGE

OBJECTIFS : Organiser la planification de l'hospitalisation dans le secteur ambulatoire et la programmation de l'acte au bloc opératoire dans des délais permettant la sortie au domicile du patient au plus tard en fin de journée.

Eléments d'entrée : Patient répondant aux critères d'inclusion pour une prise en charge chirurgicale en ambulatoire

Eléments de sortie : Convocation du patient pour hospitalisation en ambulatoire confirmée

Résultats attendus pour les professionnels : Mise à disposition des programmes opératoire et d'hospitalisation permettant d'organiser la prise en charge du patient dans le service de chirurgie ambulatoire et au bloc opératoire

Résultats attendus pour le patient :

Description des étapes du processus	Professionnels concernés											Lieu	Informations / Documents	Observations particulières	
	OP	ANES	SM	CS	IDE	AS	BRAN	IBODE	IADE	PAT					
REALISER LA CONSULTATION CHIRURGICALE															
Ouvrir un dossier de consultation	x												Dossier de consultation	Contenu et modalités à définir : Dossier informatisée -> Gibus ?	
Poser l'indication opératoire	x											C.Externe			
Informé le patient sur : - acte opératoire - bénéfice / risque - personne de confiance	x											C.Externe			
Tracer dans le dossier : - la réflexion bénéfice / risque - la personne de confiance - le côté à opérer - le risque Creustsfeldt Jakob	x														
Décider de l'éligibilité d'une prise en charge en UCA : - critères d'éligibilité de l'acte - critères d'éligibilité du patient : > état de santé > contexte social et psychologique	x											C. Externe	Liste des critères d'éligibilité	Connaissance des critères d'éligibilité par les opérateurs	
Informé le patient sur les modalités de PEC en UCA	x											C.Externe			
Recueillir son consentement	x											C.Externe			

Description des étapes du processus	Professionnels concernés											Lieu	Informations / Documents	Observations particulières
	OP	ANES	SM	CS	IDE	AS	BRAN	BODE	IADE	PAT				
Remettre au patient les documents d'information	x											C.Externe	Passport UCA Questionnaire d'anesthésie Documents spécifiques à l'acte opératoire / acte anesthésique / douleurs	Passport à créer. Contenu à définir
Lui expliquer	x											C.Externe		Ciblage du contenu de l'info CHIR / ANES à clarifier pour éviter les contradictions
Prescrire : - les produits pour la préparation cutanée - les examens complémentaires si nécessaire	x											C.Externe	Ordonnances pré-établies	A généraliser
Planifier l'acte au bloc opératoire	x		x									Secrétariat C.Externe	Logiciel bloc	Actuellement, saisie sur logiciel de bloc ou appel auprès secrétariat du bloc. Objectif : Saisie en temps réel sur bloc
Planifier l'hospitalisation en UCA sous réserve de la validation anesthésique	x		x									Secrétariat C.Externe		Actuellement, appel auprès de l'UCA pour saisie sur le cahier d'entrée Objectif : programmation en temps réel via logiciel connecté
Planifier le RDV de consultation pré-anesthésique si nécessaire			x								x	Secrétariat C.Externe		En fonction de l'acte
Remettre au patient le dossier administratif de convocation	x		x									Secrétariat C.Externe	Dossier administratif de consultation	