



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins

Promotion 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

Marie-Josée CANTOURNET

Remerciements

J'adresse mes plus vifs remerciements aux professionnels pour la qualité de l'accueil qui m'a été réservé lors de nos entretiens ainsi que pour la disponibilité et la confiance qu'ils m'ont témoigné.

Je tiens à remercier les intervenants et l'équipe pédagogique de l'ENSP, dont les enseignements m'ont permis de me préparer à une nouvelle fonction.

Un grand merci à toutes les personnes qui m'ont accompagnée dans ce projet et qui ont su trouver les mots justes dans les périodes de doute.

à Gérard, Aude et Benoît

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 L'ORGANISATION PAR PROCESSUS DANS LE CONTEXTE HOSPITALIER	5
1.1 L'HOPITAL, UN MONDE COMPLEXE.....	5
1.1.1 Le concept de complexité.....	5
1.1.2 La complexité à l'hôpital.....	5
1.2 L'HOPITAL, UNE ORGANISATION PAR PROCESSUS.....	6
1.2.1 Le processus : de quoi s'agit-il ?.....	7
1.2.2 Les différents types de processus	8
1.2.3 L'interface entre les processus	8
1.3 L'ENJEU DES INTERFACES ENTRE LES PROCESSUS.....	9
1.3.1 La complémentarité des processus	9
1.3.2 La relation client / fournisseur	9
1.3.3 Les tensions du triangle : qualité, délai, coût.....	9
1.4 DES SOURCES DE NON QUALITE.....	9
1.4.1 Le cloisonnement hospitalier.....	10
1.4.2 Des logiques professionnelles différentes	11
1.4.3 Des flux mal maîtrisés	11
1.5 LE MANAGEMENT DES PROCESSUS.....	12
1.5.1 La maîtrise des processus	12
1.5.2 Une culture positive de l'erreur	14
1.5.3 Une réflexion sur l'organisation du travail	15
1.5.4 Plus value de la transversalité	15
1.6 LA COORDINATION DES ACTEURS : UNE APPROCHE SOCIOLOGIQUE... 17	17
1.6.1 Les notions de différenciation – intégration	17
1.6.2 De la coordination à la coopération des acteurs	17
1.6.3 Une nécessaire mutation culturelle	19

2	L'ETUDE DE TERRAIN : L'INTERFACE SERVICES DE SOINS - LABORATOIRES.....	20
2.1	CONTEXTE REGLEMENTAIRE RELATIF A L'ACTIVITE DE BIOLOGIE.....	21
2.1.1	Le GBEA : guide de bonne exécution des analyses biologiques	21
2.1.2	Le manuel d'accréditation ANAES	21
2.2	METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	22
2.3	ANALYSE DES RESULTATS.....	24
2.3.1	Un décalage dans la perception des dysfonctionnements entre services prestataires et services de soins.....	25
2.3.2	Le poids des habitudes freine toute réflexion sur l'organisation du travail.....	27
2.3.3	Le prélèvement est un geste purement technique pour l'infirmière, il n'est pas intégré dans un processus plus global de prise en charge du patient	28
2.3.4	Des logiques professionnelles spécifiques.....	29
2.3.5	Les échanges entre services de soins et laboratoires sont rares et parfois conflictuels	30
2.3.6	L'absence de gestion des flux d'échantillons	32
2.3.7	L'évaluation des pratiques : des démarches diverses suivant les établissements.....	34
2.3.8	L'évaluation est rarement utilisée comme levier d'amélioration des pratiques à un niveau transversal.....	35
2.4	SYNTHESE DE L'ETUDE	36
3	LE ROLE DU DIRECTEUR DES SOINS DANS LA COORDINATION DES ACTEURS.....	39
3.1	Des préconisations concrètes en liens avec l'étude de terrain.....	39
3.1.1	Partage et « mutualisation » des expériences	39
3.1.2	Mise en place d'une équipe pluriprofessionnelle de « préleveurs » d'échantillons biologiques.....	40
3.2	La gestion par processus : une approche systémique favorable à plus de transversalité	42
3.2.1	Un contexte réglementaire incitateur.....	42
3.2.2	Le contexte humain et organisationnel à prendre en compte.....	43
3.2.3	Les préalables indispensables	44
3.2.4	La gestion par processus : une démarche projet.....	46
3.2.5	La gestion par processus : des outils stratégiques et opérationnels	47
3.2.6	Du suivi à l'évaluation continue	50
	CONCLUSION	53

BIBLIOGRAPHIE.....	55
LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

AFNOR : Association Française de Normalisation

AMDEC : Analyse des Modes de Défaillances, de leurs Effets et de leur Criticité

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé

AS : Aide Soignant

CGS : Coordonnateur Général des Soins

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSS : Cadre Supérieur de Santé

DS : Directeur des Soins

ENSP : Ecole Nationale de Santé Publique

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

EPS : Etablissement Public de santé

HAS : Haute Autorité en Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IFSI : Institut de Formation de Soins Infirmiers

T2A pour TAA : Tarification A l'Activité

VGM : Volume Globulaire Moyen

INTRODUCTION

La loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière a défini les missions et obligations des établissements de santé. Elle a de plus, précisé les dispositions propres au service public. Ainsi, les Etablissements Publics de santé (EPS) doivent prodiguer des soins de qualité, au meilleur coût, à tout moment, sans discrimination et au moindre risque iatrogène. Ils sont de plus, tenus de concourir à des actions de formation, de recherche, d'éducation pour la santé et de santé publique. Ces exigences sont autant d'éléments qui vont déterminer la structuration et l'organisation de l'institution.

L'hôpital est progressivement devenu un système complexe qui doit faire face en permanence, aux nombreuses mutations du monde qui l'entoure. Les établissements de santé doivent également s'adapter à des contraintes économiques importantes, au développement des techniques et des technologies, au renforcement des exigences sociales et de l'encadrement normatif.

Ces contraintes externes ont inévitablement des incidences sur les pratiques professionnelles et sur l'organisation interne des établissements hospitaliers. L'hôpital est confronté à la sophistication des techniques, à la distinction croissante des groupes professionnels, au morcellement des tâches lié à une spécialisation importante, au cloisonnement entre les services. Ceci implique des réajustements stratégiques et organisationnels ainsi qu'une adaptation constante des professionnels du monde hospitalier.

Le directeur des soins est un des acteurs de ce monde complexe. Sa position en tant que membre de l'équipe de direction l'amène à aborder cette problématique à un niveau stratégique et opérationnel. En effet, le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002, portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière, précise qu'il est le garant de la qualité et de la coordination des acteurs chargés des activités de soins. Ainsi, la réflexion sur l'articulation des diverses prestations est à la base de sa mission. Or, les processus spécifiques à chaque entité s'enchaînent, s'entrecroisent ou sont simplement juxtaposés alors qu'ils sont inter dépendants.

Nous avons donc choisi de nous intéresser plus particulièrement à cette zone sensible que nous intitulerons «interface» et plus précisément à l'interface entre les services de soins et les services prestataires.

En effet, au cours de notre exercice professionnel antérieur nous avons été amenée à constater que cette interface était le lieu de nombreux dysfonctionnements ; dysfonctionnements en terme de délai, de qualité, de coûts et de cohérence dans l'organisation.

Cette réflexion s'inscrit dans la continuité d'un questionnement professionnel qui nous conduit à poser le problème de la façon suivante :

« Pourquoi existe t'il autant de dysfonctionnements aux interfaces entre services prestataires et services de soins ? »

Nous avons émis les hypothèses suivantes :

- *le cloisonnement des services hospitaliers est à l'origine de nombreux dysfonctionnements*
- *les interfaces ne font pas l'objet d'attention particulière*
- *la résolution des problèmes n'est pas gérée de façon transversale*

Le souhait de travailler sur cette question est guidé par notre intérêt à envisager le rôle du directeur des soins dans le décroisement d'un EPS et dans l'évolution des mentalités des professionnels hospitaliers. Ces deux points nous semblent conditionner la cohérence des organisations de travail et la qualité de la prise en charge du patient dans un environnement en constante mutation.

En s'appuyant sur des recherches bibliographiques, **la première partie**, montre en quoi le contexte hospitalier est une organisation complexe. Cette organisation par processus successifs et/ou parallèles nous amène à identifier une zone sensible intitulée l'interface. Elle est située aux croisements des différentes activités de prise en charge du patient. Nous présenterons alors, en quoi la maîtrise de cette zone a un impact sur la qualité des prestations. Ceci nous conduira à aborder le sujet en terme de management, de valeur ajoutée de la transversalité. Une approche sociologique nous permettra de souligner l'importance de la coordination des acteurs et de l'évolution des mentalités.

Notre travail repose sur une étude de terrain qui est l'objet de la **deuxième partie**. Notre analyse s'est limitée à l'étude de l'interface service de soins – laboratoires au travers du circuit de l'échantillon biologique, véritable fil conducteur dans la relation entre ces deux entités. Nous nous sommes plus particulièrement penchée sur la réalisation du prélèvement en unité de soins et son acheminement jusqu'au laboratoire en essayant de conduire les agents à nous faire part des difficultés rencontrées. Nous avons mené une enquête dans trois établissements distincts. Ceci devrait nous permettre de mesurer l'impact des modes d'organisation, de la taille de l'établissement, des logiques professionnelles, des habitudes de travail et des actions menées pour améliorer la prestation et les relations interprofessionnelles.

La **troisième partie** propose deux axes de réflexion : tout d'abord des préconisations pragmatiques en lien avec les résultats de notre étude de terrain et ensuite un volet plus stratégique centré sur la gestion par processus.

1 L'ORGANISATION PAR PROCESSUS DANS LE CONTEXTE HOSPITALIER

1.1 L'HOPITAL, UN MONDE COMPLEXE

Avant d'aborder la complexité du monde hospitalier, il nous paraît essentiel de définir les termes que nous allons employer.

1.1.1 Le concept de complexité

Paul Valéry définit la complexité comme une « intelligible imprévisibilité essentielle ». Nous éprouvons tous ce besoin de comprendre, de donner du sens à nos actes dans un contexte en constante évolution. Ainsi, on peut établir un lien entre complexité et incertitudes, augmentation du nombre de variables, perte de repères, surcharge et à la fois déficit d'information¹.

La complexité désoriente car notre mode de pensée nous conduit à rechercher des certitudes, nous avons besoin d'ordre, de clarté, de bien séparer les choses.

Lors d'une conférence à l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) en 1997, Jean Louis Le Moigne précise qu'il est impossible de séparer l'acteur de l'action « *les seuls concepts dont nous puissions parler sont ceux dont nous avons l'expérience, ceux qui, ramenés à notre expérience du réel, font que nous allons éprouver des résistances dont nous allons nous déclarer conscients* »². Cette prise de conscience ne doit pas pour autant nous conduire à vouloir tout découper en morceaux ; en effet « *démonter sa calculatrice en mille morceaux ne renseigne pas sur sa façon de calculer le logarithme de 243* ». Il est donc préférable selon lui qu'à la question « pourquoi » on essaie de répondre « afin de » plutôt que « parce que ».

Il faut apprendre à gérer la complexité, non chercher à la supprimer.

1.1.2 La complexité à l'hôpital

L'hôpital est une organisation qui évolue dans un environnement très contraignant et de ce fait, n'échappe pas à ce questionnement.

En effet, l'hôpital s'est construit en s'adaptant aux progrès scientifiques, aux découvertes médicales, aux évolutions technologiques et aux réformes hospitalières.

¹ Nizard G., « Le concept de complexité » *Les cahiers de l'ANIG*, 1^{er} semestre 2002, n°4, p 7.

² Morin E., Le Moigne J-P., *Comprendre la complexité dans les organisations de soins*, Asped, 1997, p 20.

L'organisation qui en résulte est soumise à l'influence de besoins exprimés par la société. L'exigence de qualité a contribué à l'émergence de normes nécessaires à l'efficacité des soins prodigués au patient. Ces principes s'expriment aujourd'hui dans tous les champs des activités de l'hôpital. La qualité des prestations, la sécurité des pratiques, la gestion des risques, le respect des droits du malade, la réglementation, sont autant de facteurs qui complexifient les organisations de travail des établissements de santé.

Edgar Morin définit l'organisation comme un « cocktail d'ordre et de désordre ». Ainsi contrairement au Discours de la méthode de Descartes, il précise que « *la notion d'organisation rompt avec le principe de séparation puisque la connaissance des parties ne suffit pas à connaître le tout. Le tout a un certain nombre de propriétés qui n'existent pas par les parties isolées* »³.

L'organisation est une somme d'actes, un complexe d'opérations réalisées par un nombre important d'acteurs aux métiers très différents et complémentaires ...mais on ne peut pas découper cette multitude de fonctions, de liaisons, de transformations inhérentes à l'organisation. La compartimentation en unités ou services, la spécialisation des postes de travail ont créé ce que E. Morin appelle « le problème de la déliaison ». Ainsi les problèmes sont posés en terme de performances isolées de chaque sous partie plutôt qu'en terme d'ajustement et de coordination entre elles.

Pour E. Morin, le « *problème de l'hôpital c'est le refus de voir la complexité des problèmes* »⁴.

Ainsi dans le chapitre suivant, nous allons aborder l'organisation même de l'hôpital, comme un élément de sa complexité.

1.2 L'HOPITAL, UNE ORGANISATION PAR PROCESSUS

Comme nous l'avons dit précédemment, l'organisation hospitalière est constituée d'un ensemble d'entités, chacune spécialisée dans un domaine particulier. On parle communément de processus de prise en charge du patient, l'ensemble de ces processus visant à concourir à la mission de l'institution.

³ Morin E., Le Moigne J-P- ibid p 30.

⁴ Morin E., Le Moigne J-P- ibid p 40.

1.2.1 Le processus : de quoi s'agit-il ?

Un processus⁵ est un ensemble cohérent d'activités liées, qui transforment des éléments entrants en éléments sortants, dans un espace et un temps déterminé.

C'est une sorte de «boite noire » qui a une finalité. En utilisant ses ressources et les outils dont elle dispose, elle transforme les éléments entrants et leur donne une valeur ajoutée. Un processus produit donc un résultat, un bien ou un service qui a une valeur pour un client. Pour l'Association Française de Normalisation (AFNOR), il s'agit d'un système d'activités qui utilise des ressources pour transformer des éléments d'entrée en éléments de sortie. En Qualité Totale⁶, un processus est une succession de tâches réalisées à l'aide de moyens humains et matériels, mais aussi grâce à la transmission d'informations ou la formalisation de procédures.

Ces différents éléments sont schématisés dans la figure n°1, ci dessous :

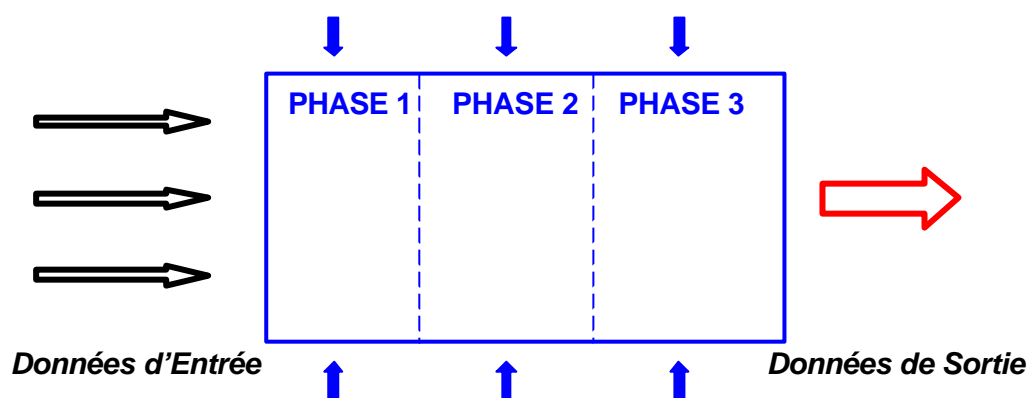


Figure n°1

Nous pouvons illustrer ces propos en imaginant que la « boite noire » est le laboratoire dans lequel arrive une demande et un échantillon biologique. L'analyse va être réalisée par du personnel qualifié, utilisant des méthodes et des appareils de plus en plus sophistiqués. Le laboratoire aura rempli sa mission s'il est capable de produire un résultat de qualité dans les meilleurs délais et au meilleur coût. La plus value de ce service consiste donc à restituer ce résultat, élément sortant, à son client, le service de soins ; le client final étant bien entendu le patient concerné.

⁵ Pascal C., «La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur », *Revue française de gestion*, septembre 2003, p 191-204.

⁶ Jocou P., Meyer P., *La logique de la valeur ajoutée*, Dunod, 1996, 182 p.

1.2.2 Les différents types de processus

On distingue communément 3 types⁷ de processus :

- les ***processus de management***
- les ***processus centraux***
- les ***processus de support***

Les processus de management regroupent les activités centrées sur la conduite de projet ou le pilotage d'une institution.

Les processus centraux participent directement à la réalisation d'un produit et sont le résultats de plusieurs activités élémentaires. Ces processus principaux, sont ceux dont la production bénéficie directement au client final de l'organisation étudiée. Ainsi dans le cas de l'hôpital, le processus de soins est un processus central dont le patient est le principal bénéficiaire.

Les processus de support fournissent des produits ou des services intermédiaires, indispensables au fonctionnement des processus centraux. On peut citer dans cette catégorie, la fonction logistique, la maintenance des équipements, l'informatique...

Les processus d'imagerie ou de biologie considérés comme partie intégrante des processus centraux de prise en charge des patients, sont malgré tout à la frontière avec les processus supports. En effet la qualité de leur prestation dépend en grande partie de fonctions logistiques (transport des échantillons, gestion des rendez-vous, des flux,...) ou informatiques (transmission des résultats, communication inter-services ...). La complexité de ces processus tient en partie au fait qu'ils sont réalisés dans un environnement multi professionnel et géographiquement dispersé.

1.2.3 L'interface entre les processus

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...et donc d'interdépendance. Dans l'exemple précédent, l'échantillon biologique est le fil conducteur qui relie les deux entités.

C'est aux interfaces que se croisent les acteurs des différents processus. Mais c'est aussi là que chaque activité se coordonne avec la suivante pour donner la cohérence à l'ensemble.

⁷ Jocou P.,Meyer P., *ibid*, p 51.

1.3 L'ENJEU DES INTERFACES ENTRE LES PROCESSUS

La qualité des interactions entre les processus devient un élément essentiel de la réussite du processus global. Et pourtant les frontières, les limites entre les processus sont le plus souvent mal définies. Edgar Morin dit que « *l'essentiel se joue dans les liens entre les parties* ».

1.3.1 La complémentarité des processus

La prise en charge du patient est une succession d'activités et donc de processus indissociables les uns des autres. Le processus lié à l'activité du laboratoire d'analyse n'est pas une fin en soi. Il n'a d'utilité que parce qu'il intervient dans le diagnostic d'une pathologie ou l'ajustement d'un traitement.

D'autre part, la maîtrise du processus interne ne peut garantir seule la qualité de la prestation ; celle-ci dépend aussi de la conformité des produits entrants (conformité de l'échantillon biologique) et de la qualité des prestations des réseaux de distribution (délai d'acheminement des échantillons, par exemple).

1.3.2 La relation client / fournisseur

Tout processus est client d'un ou plusieurs autres processus. Le client a des besoins et des exigences que le fournisseur doit connaître pour y répondre au mieux. L'exigence du client doit être connue jusque dans les processus les plus éloignés du processus final. Mais le fournisseur doit aussi faire connaître ses contraintes organisationnelles ou spécifications techniques qui peuvent interférer sur la qualité, les délais et le coût de la prestation.

1.3.3 Les tensions du triangle : qualité, délai, coût

Les services prestataires doivent répondre à une triple injonction car ils doivent proposer des produits ou des services, de qualité, au moindre coût, dans les meilleurs délais. Ces contraintes sont souvent antagonistes puisqu'il est commun de penser que les performances sont proportionnelles à l'investissement en terme de moyens comme de temps.

1.4 DES SOURCES DE NON QUALITE

Les sources de non qualité sont nombreuses au sein d'une organisation de travail mais souvent mal maîtrisées. L'ANAES parle de « défaut qualité » pour identifier des dysfonctionnements, des non conformités, des événements indésirables, des délais non respectés, la redondance de certaines activités, la perte d'information, des prescriptions

inappropriées, le défaut du circuit du médicament ou les surcoûts⁸...les uns ayant souvent des liens avec les autres.

Selon F Gonnet « *les études nombreuses faites sur l'hôpital montrent que si les difficultés sont bien spécifiques à chaque système, elles se situent presque toujours à l'interface entre plusieurs métiers, plusieurs fonctions ou catégories qui ont à coopérer pour résoudre des problèmes* »⁹. Le constat de F. Gonnet nous conforte dans notre questionnement de départ et nous conduit à étudier plusieurs hypothèses.

Ces difficultés ou dysfonctionnements sont liés à un cloisonnement excessif de la structure, aux acteurs eux mêmes centrés sur des logiques professionnelles différentes, mais aussi à une mauvaise gestion des flux par défaut d'organisation.

1.4.1 Le cloisonnement hospitalier

Michel. Crémadez aborde le cloisonnement hospitalier en employant le terme « *différenciation* »¹⁰. Selon lui, cette différenciation possède quatre origines ou dimensions essentielles :

- **la nature des objectifs des différents acteurs**: ces objectifs sont le plus souvent spécifiques à l'environnement géographique immédiat, à la discipline, au service et à la fonction exercée.

- **l'horizon temporel du travail** : la notion de temps est totalement différente si l'on occupe un poste opérationnel ou de décideur. Le personnel de direction a une vue stratégique et doit anticiper sur plusieurs années. Le technicien de laboratoire organise son travail sur la journée ou la semaine.

- **le comportement des individus** plus ou moins orienté sur la tâche ou sur la relation aux autres : Cette notion est importante lorsqu'on compare l'activité de l'agent dont la tâche principale est la collecte des échantillons biologique et le rôle de l'infirmière en contact permanent avec le patient.

- le **formalisme** de la structure, la forme de **leader ship** et le style de commandement : la structure hospitalière est historiquement organisée selon une hiérarchie verticale très forte qui est un frein à la communication entre entités distinctes.

⁸ CCECQA - ANAES, « Les coûts de la qualité et de la non qualité des soins dans les établissements de santé », service d'évaluation économique, juillet 2004, site internet <<http://www.anaes.fr>>

⁹ Gonnet F., « Application du raisonnement stratégique et systémique aux hôpitaux publics », dans *l'Analyse stratégique, sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels* (colloque de Cerisy), 1994

¹⁰ Cremadez M., Grateau F., *Le management stratégique hospitalier*, Masson, Paris, 1997, p 23.

Le cadre est l'interlocuteur privilégié qui crée et entretient les liens entre le service et son environnement, en ajustant les contraintes et les exigences des uns et des autres. Cette fonction d'intégrateur est capitale pour le décloisonnement de la structure.

1.4.2 Des logiques professionnelles différentes

La logique de métier, de fonction, d'organisation est souvent propre à chaque activité, ce qui peut rendre l'ensemble incohérent. Chacun a tendance à cultiver sa différence et à rechercher la performance dans son environnement immédiat, le service d'appartenance. Chaque groupe professionnel applique sa propre logique de fonctionnement sans nécessairement entretenir avec les autres les relations et la concertation nécessaires au bon fonctionnement collectif. L'éclatement de l'organisation en activités, en disciplines de plus en plus spécialisées, la taille des établissements, la formation et la standardisation des qualifications « *renforcent, voire favorisent le regroupement des individus au sein d'organes de classe...et facilitent la mobilisation de ceux ci autour d'objectifs de nature corporatiste* »¹¹. De ce fait, le développement de règles implicites est courant au sein d'un groupe professionnel et cela favorise sa cohésion, entretient un sentiment de sécurité mais renforce son isolement.

1.4.3 Des flux mal maîtrisés

Les échanges entre les différentes entités hospitalières se font essentiellement au travers de circuits ou de flux :

- des flux de personnes (personnel ou patients)
- des flux de matières (médicaments, échantillons biologiques, consommables divers, etc.)
- des flux d'informations (identification du patient, demande de rendez vous, résultats d'analyses)

Younes Benanteur fait le constat suivant : « *une attention particulière doit être portée aux interfaces, l'organisation trébuchant souvent sur les carrefours de flux, impliquant une prise de relais entre équipes et/ou corps de métiers différents* »¹².

On peut constater qu'à l'hôpital, la problématique de gestion des flux et donc de logistique est une idée neuve¹³ et abordée de façon un peu réductrice. Chacun cherche à

¹¹ Cremadez M., Gateau F, ibid p 20.

¹² Benanteur Y., Rollinger R., Saillour J L., *Organisation logistique et technique à l'hôpital*, Editions ENSP 2000, p 21.

¹³ Cettour-Barron G., Violante R., Termens J., Dubois S. « Le CHRU de TOURS à la découverte de la logistique hospitalière », *Gestions hospitalières*, juin, juillet 1999, n° 387, pp 425-448.

équilibrer individuellement sa charge par rapport à ses capacités. Tout dépend de la disponibilité du personnel, de l'organisation mise en place par chaque entité, sans réelle concertation et donc coordination temporelle des acteurs. Ainsi la gestion des flux est étroitement liée à la gestion du temps, à la coordination des acteurs et à l'enchaînement de leur activité : « *jadis considérée comme une fonction secondaire, limitée aux tâches d'exécution dans des entrepôts ...la logistique est aujourd'hui comprise comme un lien opérationnel entre les différentes activités ...assurant la cohérence et la fiabilité des flux, en vue d'un service aux clients de qualité tout en permettant l'organisation des ressources et la réduction des coûts* »¹⁴. Ainsi, une mauvaise gestion des flux se traduit par une dispersion des ressources et des activités qui peut entraîner la redondance des examens ou la rupture dans le processus de prise en charge du patient¹⁵. On cherchera donc à optimiser les flux en réduisant leur variabilité.

La qualité des prestations hospitalières repose en grande partie sur un enchaînement d'actions humaines avec tous les aléas que cela comporte.

1.5 LE MANAGEMENT DES PROCESSUS

Tout système est doté d'un sous système dit de « pilotage » qui vise à l'orienter selon ses finalités et à procéder aux réajustements nécessaires. Alain Bouvier parle de « régulation » du système.

1.5.1 La maîtrise des processus

Un processus mal maîtrisé est à l'origine de perte de temps, de matière, d'énergie et génère des surcoûts. Il suffit qu'une seule opération soit mal maîtrisée dans un processus pour en compromettre l'ensemble.

La maîtrise du processus conduit à aborder l'organisation en terme d'efficacité et de résultat mais aussi en terme de qualité du service rendu. Le concept de processus est donc très fréquemment associé à la notion de performance¹⁶. La vision médicale et la vision administrative de la performance s'affrontent souvent dans les établissements publics de santé (EPS). Le médecin parle plutôt d'efficacité d'un choix thérapeutique, le directeur a une vision plus économique de la structure et abordera la performance en terme d'efficience, de maîtrise des ressources et des coûts. Dans ce contexte, le patient a longtemps été oublié, plutôt considéré comme « objet de soins », incapable d'évaluer la

¹⁴ Eymerie P., *La stratégie logistique*. Que Sais je , Puf, Vendôme, mai 2003, 124 p.

¹⁵ Gompel F., Pouligny P., «Optimisation des flux au service de la qualité et de l'efficacité ». *Gestions hospitalières*, n°444, mars 2005, pp199-201.

¹⁶ Claveranne JP, Pascal C., *Repenser les processus à l'hôpital, une méthode au service de la performance*, Ed Médica, Paris 2004, pp 17-24.

performance de la prestation qui lui a été fournie. La notion de droit du patient présente dans les ordonnances de 1996, renforcée par la loi du 4 mars 2002 ¹⁷, vise à positionner le malade dans une approche plus participative où son avis sera recherché et écouté.

Tout processus doit donc contribuer à produire « la valeur » que le « client » percevra. Faut il encore lui demander son degré de satisfaction, évaluer l'écart entre ce qu'il attendait et ce qu'il pense avoir obtenu. M.Crémadéz¹⁸ relève l'importance d'identifier les besoins, de repérer les différents intervenants, les contraintes internes et externes et de déterminer les critères de contrôle nécessaires à l'évaluation du produit ou service rendu.

D'autre part, s'il est nécessaire d'assurer la conformité du produit aux spécifications attendues, il faut être en mesure de le reproduire, dans le temps, avec la même fiabilité. Un processus est fiable si l'on contrôle les écarts pour les réduire à un niveau acceptable.

L'évaluation est donc une étape incontournable pour réduire les délais, éliminer les points d'étranglement, mettre à jour des défauts de synchronisation¹⁹.

La figure n°2 identifie les différentes étapes de la gestion des interfaces entre les processus. Le service est conçu en partenariat avec le client, réalisé en tenant compte du contexte, évalué et réajusté en fonction des attentes de celui ci.

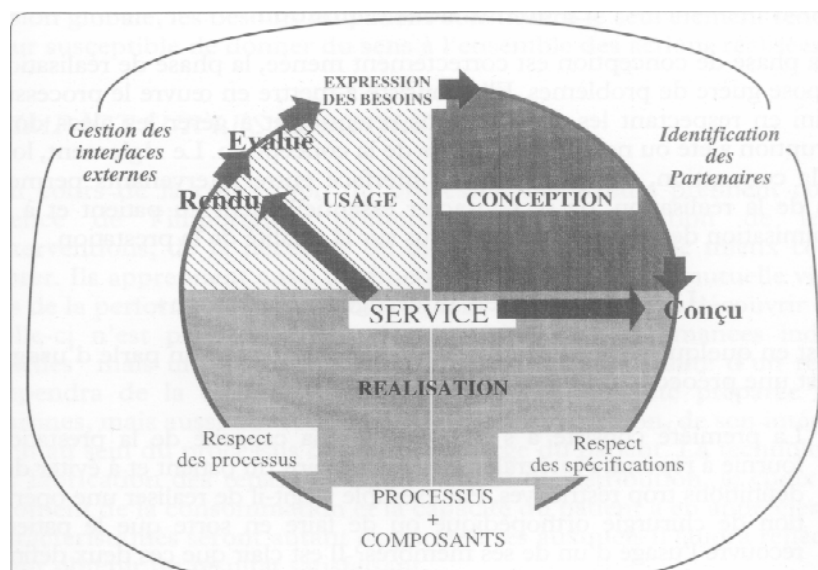


figure n°2

¹⁷ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux « droits des malades et qualité du service de santé ».

¹⁸ Crémadéz M., Grateau F., *ibid*, p 371.

¹⁹ Gompel F., Pouligny P, *ibid*, p 200.

1.5.2 Une culture positive de l'erreur

Michel Crozier constate que les organisations ont tendance à vouloir échapper aux pressions de la réalité et sont souvent inadaptées pour réagir efficacement devant les erreurs. La centralisation et les règles impersonnelles propres à un système bureaucratique ne sont pas favorables au changement. Selon lui une organisation bureaucratique ne sait pas se corriger.

Ceci explique peut être la nécessaire intervention du législateur. La loi portant réforme hospitalière a introduit en 1991, la notion d'évaluation dans le monde de la santé mais elle n'a pas été suivie d'effet. Quelques années plus tard, les ordonnances de 1996²⁰ ont rappelé cette obligation et crée l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), visant à impulser et accompagner la démarche : la qualité et la gestion des risques sont devenues des valeurs clés de l'organisation hospitalière. Cette approche consiste à analyser les dysfonctionnements ou évènements indésirables. Elle passe donc par une phase d'évaluation incontournable. Or, les professionnels vivent généralement l'évaluation et plus encore le contrôle, comme la recherche du coupable. Il y a une « *confusion entre évaluation et jugement de valeur* »²¹. Pour être constructive la démarche doit être comprise : « *l'analyse des accidents doit systématiquement dépasser l'erreur de l'acteur ou de l'équipe ...et chercher les vulnérabilités profondes et les défenses inadéquates* »²².

L'objectif de l'évaluation est certes de corriger les erreurs mais surtout d'agir en amont pour éviter qu'elles ne se reproduisent. Ainsi, la démarche peut être réactive ou proactive²³. L'analyse réactive part d'un incident et tente d'apporter des corrections pour éviter sa réapparition ou limiter les conséquences. L'analyse proactive tente d'appréhender les problèmes avant leur apparition. Ces approches permettent d'identifier les défaillances latentes ou les conditions inhabituelles créant des points de vulnérabilité. Elles incitent les acteurs à interroger, voire revoir leurs pratiques et mettre en place des « barrières » propres à limiter le risque. Cette façon d'aborder l'organisation par une culture positive de l'erreur permet de prévoir plutôt que guérir et ainsi, d'éviter les risques qui pourraient compromettre les objectifs de l'institution.

La gestion des risques nécessite donc une approche transversale de l'organisation. En effet, les dysfonctionnements ou les évènements indésirables ont

²⁰ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

²¹ Crémadez M., Grateau F., *ibid*, p 364.

²² Ellenberg E., « Management des risques, une approche organisationnelle ». *Gestions Hospitalières*, janvier 2004, n°432, pp 25-28.

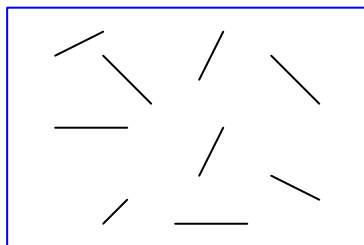
²³ Ellenberg E., *ibid*, p 26.

souvent plusieurs causes et peuvent se produire tout au long d'un processus. Ainsi, si l'on considère que les hommes sont faillibles et l'erreur humaine, il est nécessaire de se pencher attentivement sur l'organisation et le fonctionnement du système . Quand un événement se produit on ne doit pas se demander qui s'est trompé mais comment et pourquoi les défenses ont manqué ou pourquoi les barrières (si elles existent) n'ont pas été efficaces.

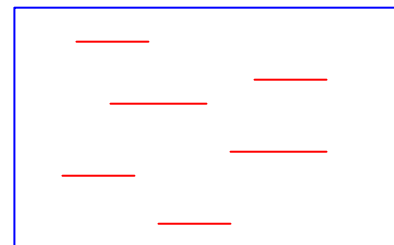
1.5.3 Une réflexion sur l'organisation du travail

L'évaluation n'a donc d'intérêt que si elle aboutit à une réflexion collective sur l'organisation du travail. Le manuel de l'ANAES rappelle que les acteurs hospitaliers doivent avoir conscience que « *...leurs erreurs peuvent être une source inestimable d'information et de progrès* ».

Quelle que soit la stratégie choisie pour corriger les erreurs ou anticiper les problèmes, chaque membre de l'équipe doit avoir une bonne connaissance des changements à mettre en œuvre dans les opérations qu'il conduit²⁴. La figure n°3 illustre bien les propos d'Edward Deming « *les meilleurs efforts sont nécessaires, mais ils peuvent causer des ravages s'ils sont orientés ici et là sans principes directeurs. Si chacun fait de son mieux sans savoir ce qu'il doit faire, c'est le chaos* »



Chacun fait de son mieux



Chaque effort contribue aux objectifs de l'entreprise

figure n°3

1.5.4 Plus value de la transversalité

Chacun possède des compétences, qui peuvent dans certains cas s'exprimer à un niveau d'expertise et de fait nuire à la vision d'ensemble, voire occulter l'objectif final de l'institution : une prise en charge globale du patient.

L'objectif de la direction et de l'encadrement sera donc de résoudre ces contradictions. Il vise à maintenir une continuité dans la succession des processus et ainsi

²⁴ Jocou P, Meyer P., *ibid*, p 112.

la cohérence de l'organisation d'ensemble. « *Pour optimiser la valeur d'un produit final il faut manager globalement les valeurs transférées entre processus : assurer la contribution effective de chaque métier et contribuer à l'arbitrage des négociations entre clients et fournisseurs* »²⁵.

Cette vision de l'organisation renvoie à la notion de transversalité. Ce mot est aujourd'hui largement employé dans le milieu hospitalier. L'adjectif « *transversal* » se définit au sens propre par les termes « *qui coupe en travers* »²⁶. On se réfère ici à une approche géométrique ou géographique. Transversal est alors représenté comme perpendiculaire ou oblique et s'oppose à vertical. La transversalité viserait donc à aborder l'organisation différemment, à minimiser la structure verticale classique pour aborder les interactions entre les processus, à créer des liens.

Transversal signifie aussi « *Ce qui est mis, ou se met en travers du chemin préfiguré, de l'ordre établi...peut aussi servir à contrarier, peut conduire à regarder autrement* »²⁷. Cette approche ne peut être que volontaire. Elle doit s'intégrer dans la stratégie des managers qui souhaitent recréer des synergies à l'intérieur des institutions, « *relier autrement ce qui apparaissait jusque là dans un ordre donné volontiers pensé comme immuable* »²⁸.

Ainsi, faire travailler ensemble des personnes de métiers différents permet d'associer leurs compétences, d'orienter les efforts dans le sens de l'atteinte de l'objectif global et non dans le seul intérêt des services structurés verticalement. Il appartient au manager ou chef de projet de transmettre cette vision d'ensemble horizontale des objectifs et donc de décloisonner les services qui le plus souvent oeuvrent indépendamment les uns des autres. Le management transversal doit l'emporter sur le management vertical : métier, unité...

De fait, la recherche de la plus grande cohérence devient naturellement la priorité de l'encadrement. « *la structure devient seconde au dépend de l'action collective qui passe par l'implication des acteurs* »²⁹. Le management apparaît donc comme une « *science de l'action collective, organisé par rapport à une finalité* »³⁰. Cette approche socio économique des organisations vise effectivement à étudier les dysfonctionnements afin d'y porter remède et limiter les coûts cachés. Le mouvement qualité a repris ces

²⁵ Jocou P., Meyer P., *ibid*, p 72.

²⁶ définition du Petit Larousse

²⁷ Ardoino J., « Transversalité », site internet : www.barbier-rd.nom.fr/transversalité.html

²⁸ Ardoino J., *ibid*

²⁹ Bouvier A., *Management et sciences cognitives*. Que sais-je, puf, Vendôme 2004, p 34.

³⁰ Bouvier A., *ibid*, p 24.

notions considérant que 20 à 40% des coûts de fonctionnement³¹ d'une entreprise sont liés à la non qualité. A cette volonté d'efficience s'est rajouté la nécessaire satisfaction du client, usager ou bénéficiaire de la prestation.

Mais notre analyse doit être complétée par une approche sociologique des organisations pour tenter d'analyser la stratégie des professionnels, acteurs du système hospitalier.

1.6 LA COORDINATION DES ACTEURS : UNE APPROCHE SOCIOLOGIQUE

Le fonctionnement d'une organisation résulte d'un équilibre toujours précaire entre des stratégies enchevêtrées voire opposées. Michel Crozier et Erhard Friedberg parlent du jeu des acteurs, des alliances qui se constituent et définissent des zones d'incertitude comme source de pouvoir. Dans « le phénomène bureaucratique », Michel Crozier place les acteurs au centre de l'organisation, avec cette volonté de conserver une zone d'incertitude où l'objectif individuel peut s'éloigner de l'objectif collectif. Ils agissent en saisissant des opportunités pour parvenir à leurs fins, en fonction de leurs intérêts. Même si la démarche n'est pas toujours consciente, elle entretient des relations de pouvoir entre les individus ; relations de pouvoir qui sont exacerbées aux zones d'incertitudes comme au niveau des frontières, aux interfaces entre les processus.

1.6.1 Les notions de différenciation – intégration

Plus une organisation est différenciée, cloisonnée, plus il sera difficile de faire collaborer les unités entre elles. Chaque service, voire chaque profession aura tendance à ne voir le problème posé qu'en fonction de sa perception, de ses propres contraintes, de son environnement immédiat, de ses routines de travail.

M. Cremadez précise que « *l'intégration consiste à reconnaître les différences et à s'appuyer sur elles pour assurer la convergence des actions vers des objectifs communs* »³².

1.6.2 De la coordination à la coopération des acteurs

Or nous venons de le voir, l'organisation hospitalière regroupe un certain nombre de professionnels très diversifiés et pourtant totalement interdépendants. « *L'hôpital est*

³¹ CCECQA – ANAES / Service de l'évaluation économique. Les coûts de la qualité et de la non qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et propositions. Juillet 2004.

³² Cremadez.M, Grateau.F., *ibid*, p 27.

un monde tiraillé entre des logiques individuelles d'expertise, un fort corporatisme professionnel et une nécessité de travail en équipe. Il lui faut assurer une cohérence de fonctionnement à laquelle sont peu préparés les acteurs de soins »³³.

La coordination des acteurs passe donc avant tout par la nécessité de rappeler les finalités et les missions de l'hôpital. En effet, cette difficulté à percevoir l'objectif final de l'institution nuit à la cohérence globale entre les activités de soins et les services prestataires. L'absence de « contact » entre les producteurs d'une « prestation » et les bénéficiaires renforce le phénomène. M. Cremadez parle « *d'ajustement mutuel* »³⁴ comme élément de coordination du travail ; ceci grâce à la communication et à la qualité des relations entre les acteurs.

Ainsi, le rendement d'une organisation dépend de la capacité de l'ensemble humain qu'elle constitue à coordonner ses activités de façon rationnelle. Cette capacité dépend des développements techniques mais aussi et surtout, de la façon dont les hommes sont capables de jouer entre eux le jeu de la coopération³⁵.

Il est nécessaire de travailler sur le sens de l'action collective et de ses finalités, favoriser les échanges et limiter les systèmes de défense individuels et corporatistes. Nous pouvons alors constater que « *le système se régule à travers ces coopérations internes plus ou moins conflictuelles* »³⁶. Michel Crozier précise que dans tout système bureaucratique, les conflits sont nécessaires à l'amorce de tout changement. Il insiste sur le fait qu'il faut que les hommes acquièrent des capacités nouvelles : capacité individuelle de faire face aux tensions, capacité collective d'organiser et de maintenir des jeux fondés sur plus d'échange et moins de défense³⁷.

L'expertise et les compétences spécifiques ne doivent donc pas être source de différence mais d'enrichissement mutuel. Il ne faut en rien vouloir gommer ces différences mais plutôt conduire les acteurs à définir ensemble la valeur ajoutée de leur propre participation à l'action collective.

Alain Bouvier parle « d'organisation apprenante » lorsque les acteurs sont capables de partager des savoir-faire, des aptitudes et de travailler ensemble à corriger les erreurs. Cette mémoire collective ainsi entretenue contribue à enrichir ce qu'il appelle les « savoirs organisationnels » favorisant les coopérations internes et externes.

³³ Allafort M., « développer la coopération entre les acteurs du soin à l'hôpital », *Revue Ciste*, la lettre n°34, juin 2003.

³⁴ Cremadez M, Grateau.F., *ibid* p 19.

³⁵ Crozier M., *le phénomène bureaucratique*. Edition du Seuil, 1963, 369 p.

³⁶ Bouvier A., *ibid*, p 26.

³⁷ Crozier M., *ibid*.

1.6.3 Une nécessaire mutation culturelle

Cette approche nécessite un changement de culture, une évolution des mentalités. Or, un changement en profondeur de la culture d'une institution ne peut se faire que par une action délibérée sur les pratiques professionnelles et l'organisation des rapports quotidiens entre acteurs.

En effet, en se focalisant sur la « *technicisation* » croissante de la médecine, le corps médical et la direction ont un peu délaissé l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital au profit des performances techniques. Cette prise de conscience doit conduire à aborder les problèmes sous un angle plus organisationnel.

Mais ce changement de culture concerne tous les professionnels quels que soient leur statut et leur positionnement dans l'institution. La culture d'entreprise est une variable décisive du fonctionnement d'une organisation. Elle se construit de façon collective mais a une évolution très lente, elle permet aux individus de communiquer entre eux, de s'identifier à leur institution. Pour cela, l'objectif global de l'institution doit être présent à l'esprit de chaque acteur pour donner un sens à ses actes et lui faire apprécier sa contribution à la prise en charge du patient. Une meilleure répartition de l'information semble alors indispensable.

Le changement de culture consiste donc à penser autrement, à dépasser ses propres logiques, à élargir ses représentations, à accepter de s'enrichir par la confrontation entre professionnels de métiers différents³⁸, sans pour cela perdre son identité professionnelle. La valorisation des compétences et une plus grande responsabilisation des acteurs sont des facteurs de cette évolution des mentalités. « *pour que les hommes s'impliquent et participent à la progression, aux transformations et à la pérennité de l'entreprise, ils doivent se percevoir pleinement responsables* »³⁹.

L'adaptation de l'hôpital à un environnement contraignant et en constante évolution semble donc étroitement lié à sa capacité à responsabiliser les professionnels, à créer des liens entre les acteurs de l'organisation et ceci notamment aux interfaces, afin de les conduire à partager un objectif commun nécessaire à la cohésion de l'ensemble.

Dans le chapitre suivant, nous avons souhaité confronter ces données théoriques à une étude de terrain basée sur l'analyse des pratiques aux interfaces services de soins – services prestataires.

³⁸ Jocou P., Meyer P., *ibid* p 57.

³⁹ Jocou P., Meyer P., *ibid* p 141.

2 L'ETUDE DE TERRAIN : L'INTERFACE SERVICES DE SOINS - LABORATOIRES

En raison du temps dont nous disposons, nous avons limité notre étude à l'analyse des liens et des problématiques rencontrées à l'interface service de soins - laboratoires. Dans un premier temps, nous présenterons succinctement le processus d'analyse afin de délimiter notre sujet dans le contexte réglementaire. Nous proposerons ensuite la méthodologie retenue pour mener à bien ce travail d'enquête suivi de l'analyse des résultats.

Le processus relatif à l'activité de biologie se découpe en trois phases :

- **Pré-analytique** : prescription, prélèvement, identification, transport, enregistrement, centrifugation.
- **analytique** : réalisation de l'analyse, validation technique, validation biologique.
- **Post-analytique** : rendu des résultats, archivage, congélation (sérothèque, tumorothèque), élimination des déchets.

Mais, nous nous arrêterons plus particulièrement sur la **phase pré-analytique** qui se situe à l'interface entre le service de soins et le laboratoire. Elle correspond aux différentes étapes situées en amont de la réalisation de l'analyse proprement dite, soit : du prélèvement en unité de soins jusqu'à l'arrivée de l'échantillon au laboratoire.

En effet, il paraît intéressant de s'attarder sur cette étape qui représente 60 à 75% de la durée totale du processus d'analyse (ANNEXE I) ; étape complexe par le fait qu'elle met en jeu de nombreux intervenants de métiers différents, mais aussi cruciale car toute non conformité durant cette phase se répercute sur les étapes suivantes et donc sur la qualité et la fiabilité du résultat final de l'analyse.

Les modalités de réalisation du prélèvement, l'identification des échantillons, leur transport sont autant de variables susceptibles d'interférer dans la qualité du résultat. En effet, *50% des erreurs de laboratoires sont liées aux variables pré-analytiques*. Une étude américaine⁴⁰ menée en 1996 a évalué les conséquences de ces erreurs potentielles :

- *11% des patients seront sujets à une erreur diagnostique ou thérapeutique*
- *15% des patients subiront des examens complémentaires inutiles*

⁴⁰ Plebani M. et al : laboratory errors-their frequency and causes. The impact of the pre-analytical phase on the quality of laboratory results, Oxford, july 1996.

2.1 CONTEXTE REGLEMENTAIRE RELATIF A L'ACTIVITE DE BIOLOGIE

2.1.1 Le GBEA⁴¹ : guide de bonne exécution des analyses biologiques

Le laboratoire est un des premiers secteurs où les procédures d'assurances qualité ont été introduites. En effet, la complexité des techniques et des matériels utilisés, la diversité croissante des demandes d'analyses ont conduit les professionnels à mettre en place des méthodes de contrôle qualité dans l'objectif de garantir la validité des résultats. Mais la démarche était essentiellement centrée sur le processus analytique. Le législateur a donc jugé nécessaire de conduire les professionnels à se pencher sur les autres phases du processus et notamment la phase pré-analytique. Le Guide de Bonne Exécution des Analyses (GBEA) applicable depuis le 1^{er} janvier 1995 a été précisé dans l'arrêté du 26 novembre 1999. Ce texte est opposable à tous les laboratoires publics et privés. Celui-ci rappelle que « *la qualité ne dépend pas seulement de l'analyse proprement dite, mais aussi de l'organisation générale du laboratoire, de la qualification et de la motivation du personnel ainsi que du respect des procédures opératoires lors des différentes étapes de l'examen : préanalytique, analytique et postanalytique* ». Le GBEA rappelle les règles de réalisation du prélèvement, notamment en matière d'identification et de transmission des échantillons. Le chapitre III-2-1 précise que le prélèvement est sous la responsabilité du biologiste alors qu'il est, en règle générale dans les EPS, réalisé par le personnel infirmier des unités de soins. De ce fait le biologiste est chargé de s'assurer que le « préleveur » est formé aux procédures de prélèvement et informé des « *risques d'erreurs sur les résultats, consécutives à la réalisation défectueuse du prélèvement* ». Il doit refuser tout échantillon prélevé ou transmis dans des conditions non conformes aux procédures techniques et réglementaires.

Ces règles applicables depuis maintenant 10 ans ont donné lieu à de nombreuses procédures et modes opératoires mais les démarches orientées vers les services de soins sont restées très limitées. Elles étaient plus de l'ordre de l'injonction que de la définition commune de bonnes pratiques et n'ont abouti qu'à des résultats très isolés.

2.1.2 Le manuel d'accréditation ANAES

Quelques mois après la parution du GBEA, l'agence nationale ANAES a été chargée d'encadrer et d'encourager les démarches d'évaluations dans les établissements de santé.

⁴¹ GBEA : arrêté du 26 Novembre 1999 relatif à la bonne exécution des analyses de biologie médicale.

Dans sa première version, le manuel d'accréditation⁴² définit les modalités d'organisation de la prise en charge du patient, notamment en matière de coordination des activités de soins avec les activités médico techniques. Ainsi, la référence OPC10⁴³ précise que « *les professionnels des laboratoires et le secteur d'activité clinique déterminent en commun leurs règles de fonctionnement* ». D'autre part, la référence OPC15 ajoute que « *les secteurs d'activité clinique et médico technique évaluent les pratiques professionnelles et les résultats obtenus* ».

La version n°2 du manuel d'accréditation, parue en septembre 2004, insiste sur la nécessaire concertation des professionnels sur le thème : « *organisation des soins et coordination des prestations médico - techniques* ». Elle souligne le caractère fondamental de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), notamment au niveau des pratiques médicales. La pertinence de la prescription, comme celle des examens biologiques, a été soulignée comme une préoccupation de la nouvelle agence, la Haute Autorité en Santé (HAS).

Les laboratoires doivent donc travailler en partenariat avec les services prescripteurs pour limiter les dysfonctionnements et assurer une prestation de qualité qui réponde aux besoins et aux attentes des utilisateurs dans l'objectif d'améliorer la prise en charge globale du patient.

2.2 METHODOLOGIE DE RECHERCHE

La première étape a donc consisté à **recenser les différents dysfonctionnements** liés à la phase pré analytique et leur impact potentiel sur la qualité des résultats. Nous avons pour cela fait des recherches bibliographiques, suivi le circuit de l'échantillon et rencontré les professionnels de terrain. Cette enquête a été réalisée dans trois établissements de tailles différentes :

- Le CH(a) notre établissement d'origine composé de 500 lits, plus petite entité au sein d'un CHU de 3200 lits
- Le CH(b) Centre Hospitalier de 400 lits dont 200 lits de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), lieu du premier stage
- Le CH(c) Centre Hospitalier de 1300 lits dont 800 lits MCO, lieu du deuxième stage

⁴² Manuel d'accréditation élaboré par l'ANAES dont la 1^{ère} version est parue en 1999 et a été mise à jour en juin 2003.

⁴³ OPC : Organisation de la Prise en Charge.

La deuxième étape, concomitante, avait pour objet de vérifier si ces dysfonctionnements étaient connus des professionnels de terrain, s'ils en identifiaient les causes et les conséquences.

Nous avons donc réalisé des **entretiens** auprès de **cadres de santé en unité de soins et dans les laboratoires** afin d'appréhender l'**organisation** des différentes étapes de la phase pré analytique. Nous souhaitions repérer avec eux les difficultés rencontrées, en terme d'organisation, d'échanges inter services et les **logiques d'action** sous tendues. Nous avons approfondi le sujet en abordant la **gestion des flux d'échantillons**, l'impact sur l'organisation et sur la qualité du service rendu. Nous leur avons demandé si des **actions correctives** avaient été mises en place dans le cadre d'éventuels projets transversaux d'évaluation des pratiques.

Il est alors apparu nécessaire de compléter cette enquête par des entretiens avec les principaux acteurs du prélèvement, à savoir : des **infirmiers** en unités de soins. En effet qui, mieux qu'eux, pouvait nous parler des logiques professionnelles qui sous tendent leurs activités quotidiennes.

Dans la troisième étape menée en parallèle, nous avons réalisé des **entretiens** auprès de **directeurs des soins et de directeurs d'établissement**, (notamment deux directeurs adjoints, chargés de la qualité et gestion des risques). Nous avons recueilli leur point de vue sur l'impact du **cloisonnement** sur le fonctionnement d'un établissement de santé. Nous abordions ainsi la problématique en sens inverse au regard de leur position dans la structure hiérarchique et de leur vision plus globale de l'ensemble des processus de prise en charge. Nous avons recherché s'il existait des **démarches d'évaluation des pratiques** spécifiques aux interfaces et initiées à leur niveau. Nous pouvions ainsi vérifier si les dysfonctionnements constatés avaient été utilisés comme levier d'amélioration de la qualité. La discussion était orientée, en fin d'entretien, sur la mise en place des **pôles** et l'impact prévisible ou attendu sur la gestion des interfaces.

La dernière étape, conduite simultanément aux entretiens, a consisté à recueillir et **analyser des documents** d'évaluation des pratiques professionnelles : Nous souhaitions étudier les travaux déjà mis en place (ou en cours) et formalisés dans les **projet de soins**, ou dans **des études spécifiques** institutionnelles ou limitées à quelques entités. Nous souhaitions repérer l'implication de la direction des soins dans cette problématique, en croisant cette analyse avec le contenu des entretiens.

2.3 ANALYSE DES RESULTATS

Nous avons choisi de présenter simultanément les résultats et leur analyse afin de rendre l'exposé plus dynamique et éviter des redondances dans la présentation.

L'analyse suit l'arborescence du **guide d'entretien** (ANNEXE II) et est présentée de la façon suivante :

- *En premier lieu, en majuscules surlignées : les thèmes*, en lien avec nos hypothèses :
 - le cloisonnement des services hospitaliers
 - la gestion des interfaces
 - la stratégie d'évaluation des pratiques
- *Dans un second temps sous forme de titre de chapitre* (afin de rendre le sommaire le plus parlant possible) : **les idées clés de chaque sous thème**, étayées par l'observation des pratiques, la recherche documentaire, l'analyse des entretiens et quelques phrases-témoins présentées en italique.

CLOISONNEMENT DES SERVICES HOSPITALIERS

La littérature fait état d'un cloisonnement important des services hospitaliers. Alain Coulomb précise avec une pointe d'humour, que « *à l'hôpital, le diable est dans la cloison* »⁴⁴.

C'est un constat que nous avons retrouvé aux travers des entretiens et en suivant les étapes de la phase pré-analytique du processus d'analyse biologique sur les trois centres hospitaliers, lieux d'enquête. Nous avons souhaité analyser, avec les professionnels rencontrés, l'origine probable d'un tel phénomène.

Nous avons retenu trois idées clés :

- la perception des dysfonctionnements est différente suivant le service d'appartenance et le métier exercé. Les professionnels situent les problèmes sur des points ou des situations différentes et ignorent, le plus souvent, ceux des autres.
- les habitudes de travail sont tellement encrées dans le fonctionnement quotidien qu'on ne s'interroge plus sur la pertinence ou l'efficacité de l'organisation, et pire sur les risques engendrés.

⁴⁴ Coulomb A., directeur général de l'ANAES a prononcé ces termes à l'assemblée nationale en avril 2004. Rapport n° 1617 de la mission d'information sur la problématique de l'assurance maladie. <<http://www.assemblee-nationale.fr>>.

- Un découpage important des tâches nuit à la vision d'ensemble. Les infirmières, par exemple, n'intègrent pas le prélèvement dans un processus plus global de prise en charge du malade : le prélèvement est un simple geste technique.

2.3.1 Un décalage dans la perception des dysfonctionnements entre services prestataires et services de soins.

A) *Les laboratoires recensent de nombreuses « non conformités » lors de la réception des échantillons biologiques*

Dans deux établissements sur trois, les dysfonctionnements recensés à la réception de l'échantillon sont intitulés « non conformité » en lien avec l'appellation du GBEA. Ainsi ces non conformités sont classées selon deux critères : administratif et technique.

Quelques exemples types :

↳ non conformité administrative :

- identification de l'échantillon : incomplète ou manuscrite ; identification différente sur la pochette et sur le tube
- absence de renseignements cliniques
- pas de précision de l'heure et/ou du jour du prélèvement
- pas d'identification du service demandeur et/ou de la qualité du « préleveur »
- etc.

↳ non conformité technique :

- tube hémolysé
- tube cassé
- quantité insuffisante
- récipient inadapté à la demande (tube sec alors qu'il faut un anti coagulant)
- absence de tube pour la demande
- tubes surnuméraires
- défaut dans les modalités de transport : température inadaptée , délai d'acheminement trop long
- etc.

Ces non conformités ont un impact très différent sur la suite du processus voire sur la qualité du résultat. Une non conformité technique entraîne le plus souvent la nécessité de refaire le prélèvement ; un simple appel téléphonique permet de récupérer l'information nécessaire, si c'est une non conformité administrative. La plus grave est bien sûr l'erreur d'identification car elle peut entraîner une erreur de diagnostic ou un traitement inapproprié. Elle est facilement repérable s'il y a un décalage entre l'étiquette du tube et celle de la pochette. Elle passera totalement inaperçue s'il y a une erreur complète lors de l'identification du patient.

Une étude menée de février à juillet 1996, au CHU de Bordeaux (ANNEXE III) a cherché à repérer les erreurs d'identification de tubes arrivant au laboratoire d'hématologie. La méthodologie était basée, notamment, sur la mesure de la variabilité du volume globulaire moyen (VGM) de chaque échantillon. En effet, pour un patient donné, le VGM est relativement constant en l'absence de circonstances cliniques particulières. Il permet donc d'identifier une erreur de prélèvement ou d'identification. Après avoir pris les précautions nécessaires pour fiabiliser ce repérage, il ressort qu'il y a, en moyenne, 3% d'erreurs d'identification confirmées et 3,5% d'erreurs très probables.

B) Les services de soins ne pointent pas les mêmes dysfonctionnements et ne sont pas conscients de l'éventuelle erreur d'identification

Les services de soins du CH(a) identifient, en premier lieu, des dysfonctionnements liés à la logistique et plus particulièrement au ramassage des échantillons. En effet dans cet établissement, la problématique est récurrente : horaires des collectes pas respecté, voire pas de ramassage du tout, suite à un absentéisme très important. Une organisation parallèle a été mise en place : les AS ou IDE acheminent elles mêmes les échantillons urgents jusqu'au laboratoire. Ce problème là est majeur pour eux et perçu comme la cause principale de leurs difficultés.

De façon plus générale, lors des entretiens, l'ensemble des cadres et des infirmiers n'identifient pas de dysfonctionnements graves liés au prélèvement. Ils reçoivent peu de signalement d'erreurs d'identification et considèrent donc qu'il n'y en a pas. Ils ignorent les chiffres annonçant 3% à 6% d'erreur d'identifications et de ce fait, ne s'interrogent que très rarement sur ce risque. Ils précisent que lorsqu'il y a eu inversion de tubes dans une pochette, cette erreur a pu être rattrapée à temps et n'a pas donné lieu à un incident grave. Les malades sont en général repiqués (ANNEXE IV), mais, rarement par la même équipe d'infirmières. L'information se dilue, le dysfonctionnement n'est pas perçu comme un risque potentiel pour le patient.

Lorsqu'on leur demande d'analyser malgré tout, les causes d'erreurs possibles, ils précisent que « *l'erreur peut se produire, si l'on est dérangé, si l'on travaille dans l'urgence ou si l'on ne respecte pas la procédure* ». Trois cadres sur quatre indiquent que les contrôles sont bien faits, même s'ils ne précisent pas la nature et le moment où des barrières sont mises en place au sein de leur unité de soins.

2.3.2 Le poids des habitudes freine toute réflexion sur l'organisation du travail

L'organisation relative à la réalisation des prélèvements biologiques est sensiblement identique dans les services de médecine des 3 établissements enquêtés, comme le détaille le tableau suivant.

Etapas de réalisation du Prélèvement suivant les sites			
	Retranscription de la prescription	Préparation pochettes et tubes	Réalisation des prélèvements
CH (a)	Jour J - fin de matinée IDE (a)	Jour J – après midi IDE (a) ou(b)	Jour J+1 à partir de 7H IDE(c)
CH (b)	Jour J – fin de matinée (relevé de visite) IDE (a)	Nuit de J à J+1 En milieu de nuit IDE (b)	Fin de nuit vers 6H du matin IDE (b) ou (c)
CH(c)	Jour J – fin de matinée IDE (a)	Jour J – après midi IDE (a) ou(b)	Jour J+1 à partir de 7H IDE(c)

Les prélèvements sont le plus souvent réalisés par l'équipe de matin, dès 7h. Seul le CH(b) fait intervenir l'équipe de nuit entre 6h et 7h. De façon générale 2 à 3 infirmières participent à cette activité qui se répartit en 3 phases : retranscription de la prescription, préparation des tubes et des pochettes, prélèvements proprement dits. Il se passe en moyenne 24h entre la prescription et le prélèvement des échantillons.

Que peut-on dire d'une telle organisation ? :

- Les retranscriptions sont sources d'erreur mais n'ont jamais été présentées comme telles par les IDE ou les cadres.

- Les cadres supérieurs et les directeurs des soins précisent que les risques d'erreurs d'identification sont liés au fait que plusieurs infirmières interviennent dans la préparation et la réalisation du geste ; risque majoré par le fait qu'elles sont souvent issues d'équipes différentes (jour/ nuit par exemple). Les IDE et les cadres pensent que les contrôles sont suffisants pour éviter l'erreur.

- Les IDE du CH(b) font les prélèvements en fin de nuit alors que la fatigue se fait sentir, elles n'ont peut être plus la vigilance nécessaire. De plus, elles réveillent le patient par un geste « agressif ».

A la question « *pourquoi êtes vous organisés ainsi ?* »

- La plupart des IDE répondent : « *on ne s'est jamais posé la question !* », « *c'était comme cela quand je suis arrivée, je me suis adaptée* »

- Un cadre soignant nous précise que : « *l'organisation est identique depuis 50 ans et plus, on n'a jamais cherché à imaginer autre chose* »

La notion de « *manque de temps* » est revenue très souvent dans les propos pour expliquer l'intervention de plusieurs IDE et la réalisation des prélèvements la nuit. De plus, les professionnels précisent que l'organisation est tributaire des exigences des médecins qui veulent les résultats d'analyses avant la visite du matin.

Ces remarques sont en concordance avec le fait que les IDE comme les cadres n'ont pas réellement repéré de risque d'erreur d'identification des échantillons biologiques et ne voient pas d'autre possibilité pour répondre aux exigences des médecins. Un directeur de la qualité et gestion des risques, parle même de « *fatalité* » pour expliquer les capacités des soignants à s'adapter aux contraintes internes et externes.

De ce fait, sur le terrain on ne s'interroge pas sur la pertinence de l'organisation. Elle ne tient pas compte des risques inhérents au prélèvement car les habitudes banalisent le risque. De plus, la division du processus en plusieurs tâches successives, est un facteur de déresponsabilisation des acteurs.

2.3.3 Le prélèvement est un geste purement technique pour l'infirmière, il n'est pas intégré dans un processus plus global de prise en charge du patient

Nous avons tenté de comprendre ce que représente, pour l'infirmière, « l'analyse biologique » dans la prise en charge du malade.

Pour la majorité des IDE interrogées, le prélèvement est un geste purement technique qu'elles comparent à la pose d'une perfusion. Un cadre soignant nous dit « *je suis malheureuse de dire ça, la plupart des IDE ne recherchent pas les résultats de labo, ne se renseignent pas* ». Nous avons alors cherché à vérifier ces propos. Et en effet, sur les 7 infirmières interrogées, une seulement, considère le prélèvement comme faisant partie du soin, elle nous a dit s'intéresser aux résultats d'analyses et faire la démarche volontaire et spontanée pour les éditer et repérer les anomalies. Les autres précisent que ce n'est plus de leur ressort, « *c'est de la responsabilité médicale* » ; elles les éditent pour les donner au médecin mais les regardent rarement. 3 sur 7 font état de leur fonction d'alerte pour sensibiliser le médecin à tout résultat anormal.

Au delà des entretiens, nous avons cherché à identifier des comportements pouvant nous permettre de situer le prélèvement dans l'activité de l'infirmière. Un point nous a paru significatif : elles n'indiquent pas leurs initiales sur la feuille de prescription

(au mieux, elles mettent un point de couleur pour signifier que le prélèvement est fait) alors qu'elles le font voire, signent le document spécifique à la distribution des médicaments.

Lorsqu'on leur demande pourquoi, elles n'ont pas de réponse à donner : « *je ne sais pas* », puis précisent que : « *on arrivera toujours à retrouver qui a prélevé, avec le planning* ». Certaines ajoutent : « *c'est un geste plus anodin que l'administration de médicaments ; l'important c'est qu'on sache que le prélèvement est fait* ».

Ce constat souligne bien que la participation des IDE au processus d'analyse biologique, se limite à un geste technique qui est une fin en soi.

2.3.4 Des logiques professionnelles spécifiques

Il paraissait donc important de s'interroger sur les logiques professionnelles sous tendues.

Tout d'abord nous avons souhaité analyser l'impact de la formation initiale sur l'acquisition des connaissances et des compétences techniques propre au prélèvement biologique. Les directeurs de soins interrogés nous ont précisé que dans les instituts de formation de soins infirmiers (IFSI), la part consacrée à l'analyse biologique est minime. Le programme prévoit des temps d'apprentissages aux techniques de prélèvements mais l'impact de la qualité du prélèvement sur la qualité du résultat d'analyse est abordé de façon très succincte. Ces notions données en fin de première année ne permettent pas de sensibiliser un public encore très éloigné de cette problématique. Les stages devraient être un lieu d'apprentissage et de sensibilisation privilégiés. Or ce n'est pas toujours le cas, certains étudiants n'ont effectué que 3 ou 4 prélèvements en fin de cursus. Ceci est vrai lorsque les stages sont réalisés dans des services très techniques où les malades sont sous perfusion, ou parce qu'ils sont très difficiles à piquer et « *on ne laisse pas faire une stagiaire inexpérimentée pour éviter de détruire le capital veineux* ».

L'apprentissage favorise donc une perception parcellaire du processus d'analyse dans la prise en charge d'un malade et introduit le prélèvement comme un geste purement technique.

Pour mieux comprendre leur logique, nous avons proposé à ces mêmes infirmières, de mettre en place une organisation similaire au secteur privé où une équipe de préleveurs, extérieure au service, est chargée de réaliser les prélèvements à leur place. Nous avons obtenu un refus quasi unanime des IDE : « *on m'enlèverait une partie de mon travail* », « *ce geste est tellement associé à l'infirmière* », « *je perdrais un moment d'échange avec le patient* ».

Les cadres infirmiers ont réagi un peu différemment et de façon plus nuancée. Ils ne partagent pas le point de vue des IDE : « *comment parler de temps d'échange, lorsqu'on réveille le patient par un geste agressif et que les prélèvements sont faits en série* ». Ils y voient un intérêt en terme d'organisation et de gain de temps possible puisqu'ils ajoutent : « *ce temps devrait être investi ailleurs intelligemment* ».

Les réponses des IDE paraissent assez paradoxales avec la notion de geste purement technique, avec le peu d'intérêt apparant vis à vis du processus d'analyse et le manque de temps souvent évoqué par les professionnels. Malgré tout les infirmières se sont approprié ce geste et vivraient comme une ingérence, l'intrusion d'un autre professionnel dans ce qu'elles considèrent comme leur activité propre. Le gain de temps passe au second plan, face à la crainte de la nouveauté. L'organisation actuelle est lourde mais elle est préférable à l'inconnu.

GESTION DES INTERFACES

Nous venons de le voir, la notion d'appartenance est sécurisante. Mais, de fait, elle ne favorise pas les relations, les flux d'information et de matière entre les services, les échanges pourtant nécessaires à la cohérence de l'ensemble.

2.3.5 Les échanges entre services de soins et laboratoires sont rares et parfois conflictuels

A) Les problèmes d'information- communication

Le support de communication est différent suivant la nature des échanges entre les deux entités.

- **Le téléphone** est en règle générale utilisé « *s'il y a un problème* » :

↳ les laboratoires téléphonent pour demander des compléments d'informations nécessaires à la réalisation de l'analyse (renseignements cliniques, traitement en cours, etc.), ou pour signifier une anomalie ou non conformité (tube hémolysé, doute sur l'identification de l'échantillon, etc.).

Les personnels de la réception ont pour leur part, l'impression de perdre beaucoup de temps au téléphone et d'être obligé « *de répéter toujours les mêmes choses* ». Un cadre de laboratoire nous dit « *ce sont toujours les mêmes services avec lesquels on a les mêmes problèmes* ».

↳ les services de soins appellent le laboratoire pour réclamer les résultats d'analyses, pour connaître les modalités de prélèvement introuvables ou dont la procédure manque de précision...

Les relations directes visent à résoudre un problème dans l'urgence. Les professionnels se plaignent d'une certaine agressivité. Ils n'arrivent pas à trouver le « bon interlocuteur » et doivent répéter leur appel plusieurs fois avant d'obtenir la réponse souhaitée. Un sentiment d'incompréhension mutuelle s'est progressivement installé, notamment dans les CH(a) et (c). Une infirmière insiste « *c'est pas pour les embêter qu'on n'a pas mis les étiquettes !!... si je l'ai fait, c'est que j'avais pas d'autre moyen !! ...ça ne change rien que le labo me le rappelle, on a l'impression qu'ils n'ont pas autre chose à faire !!* ». Les infirmières parlent du « labo » et jamais « du personnel des laboratoires ». La terminologie est révélatrice d'une volonté, même inconsciente, de globaliser, de rendre les relations impersonnelles.

- **Le support papier** (fiche, livret, classeur) est utilisé pour communiquer des informations : résultats d'analyse, procédure de réalisation des prélèvements, modalités de transport suivant la nature de l'analyse, type de tube à utiliser, nature des renseignements cliniques nécessaires, etc.

Paradoxalement il y a peu de revendications concernant les classeurs ou livrets de procédures qui pourtant sont entièrement élaborés par les personnels de laboratoire sans concertation préalable avec les futurs utilisateurs. Les soignants contestent par contre le manque de réactivité dans la mise à jour des données. Les modalités de prélèvement changent trop souvent et ils ont l'information avec un temps de retard. « *il faudrait que les labos se déplacent pour nous informer directement...on apprend que ce n'est pas le bon tube à utiliser uniquement lorsqu'on a fini notre stock !!* »

- **L'informatique** tend à remplacer le support papier mais reste encore sous utilisée pour plusieurs raisons : la réglementation indique que seul les résultats papiers signés sont conformes, les services de soins ne sont pas suffisamment équipés de poste informatiques, il y a une réticence forte de certains professionnels ...

Le support n'est qu'un outil permettant de relier deux entités géographiquement éloignées. La taille importante de l'établissement freine certainement les relations mais ne justifie pas que l'on confonde information et communication.

B) Une méconnaissance mutuelle des circuits et des contraintes

Les infirmières des unités de soins avouent ne pas savoir « *ce que l'on fait de nos prélèvements ...ils se promènent certainement avant d'arriver au laboratoire* ». Rares sont celles qui connaissent le circuit de l'échantillon et les modalités de traitement à l'arrivée au laboratoire. Certaines regrettent qu'il n'y ait plus de visites organisées des laboratoires

comme cela a été le cas, il y a quelques années : « *cela permet de mieux comprendre pourquoi il faut remplir le tube, comment on traite une urgence, le temps nécessaire à la réalisation d'une analyse* ». Une seule d'entre elles précise « *cela ne m'intéresse pas, c'est pas de mon ressort* ». elle regrette que « *les laboratoires ne viennent pas voir les difficultés qu'elles ont à piquer certains malades* ». Une phrase revient souvent dans les entretiens « *chacun est dans son monde* ».

Le directeur des soins du CH(b) fait savoir que le déménagement de la structure entière vers un autre site a été l'élément déclenchant à l'amélioration des relations entre services de soins et services prestataires. En effet, les cadres de soins et médico techniques ont eu à échanger sur des problématiques communes, à revoir l'organisation dans un tout autre contexte. En bousculant les habitudes, en étudiant les circuits, on a permis aux professionnels de se rencontrer. Le cadre du laboratoire jusque là un peu à l'écart des réunions institutionnelles a été intégré aux réflexions du secteur de médecine, principal demandeur d'examens de laboratoire « *on traite maintenant les problèmes en direct, on partage nos problématiques et essaie de les résoudre en groupe : c'est plus riche et nous permet d'avoir une vision d'ensemble, voire d'anticiper* ».

Les relations conflictuelles ne favorisent pas le partage d'information et une réelle communication visant à améliorer l'organisation. Il faut un événement, une restructuration pour provoquer les rapprochements. Alors, la question se pose : y a t'il une réelle volonté à connaître les contraintes des autres ? Ceci fait dire à une coordinatrice des soins que « *chacun reste figé dans ses problématiques, car essayer de les résoudre en commun , c'est prendre le risque d'être obligé de modifier ses pratiques en cascade ...il n'est pas sûr que tous les professionnels le souhaitent vraiment !* ».

2.3.6 L'absence de gestion des flux d'échantillons

La problématique de tout service prestataire est de répondre à une demande extérieure qu'il ne maîtrise pas. Les laboratoires doivent donc mettre en place une organisation qui leur permette de gérer des flux d'échantillons, de traiter la fluctuation de la demande dans des délais corrects et avec la même fiabilité des résultats.

Les laboratoires du CH(a) ont mené une étude pour connaître la répartition des flux de demandes d'analyses sur la journée, au regard du nombre de techniciens présents (ANNEXE V). Cette étude quantitative confirme des éléments pressentis :

- l'activité du laboratoire est essentiellement concentrée sur la matinée (à midi 80 à 90% de l'activité d'une journée a été traitée).
- il y a des «goulots d'étranglements» à certaines heures : arrivage massif d'échantillons : 8H, 9H et 10H ; alors que l'activité de l'après midi correspond à peine à celle de la nuit avec un effectif trois fois plus important.

La gestion des ressources humaines est délicate dans un tel contexte. Les laboratoires hospitaliers sont ouverts 24h sur 24, les agents font des journées continues de 7h30 alors que la majorité des besoins se situe sur 4h environ, en matinée.

D'autre part, les laboratoires doivent se doter d'automates performants pour absorber une quantité importante d'échantillons entre 8h et 11h ; le reste de la journée cet équipement très onéreux est sous utilisé.

Les services de soins ne sont pas conscients de cet état de fait, n'ayant pas connaissance de l'effet cumulé des demandes simultanées de tous les services de l'établissement. Ce type d'information ne circule pas, elle se dilue dans les interfaces. Chacun règle ses problématiques propres sans essayer de réfléchir en commun à des moyens de régulation de l'ensemble. La question « faut-il piquer tous les malades en même temps dans tous les services ? » n'a jamais été posée.

La gestion des flux remettrait en cause le nombre et la nature des demandes. Les IDE rencontrées ont un regard critique sur le caractère systématique de la prescription d'analyse à l'arrivée du patient. « *le médecin prescrit le plus souvent sans s'inquiéter si les examens ont déjà été faits ailleurs* ». La pertinence de la prescription commence à être abordée dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Les cadres de laboratoire sont plus sensibilisés à l'impact économique de l'absence de régulation de la demande. Ce sont eux qui absorbent les coûts des examens biologiques à budget constant : « *Tout tube supplémentaire ou inutile a un coût qui, ramené au nombre de demandes, peut représenter un surcoût important pour l'institution* ».

La gestion des flux implique une réflexion sur la logistique interne à l'établissement et notamment sur l'organisation du ramassage des échantillons.

- Le CH(c) impulsé par la démarche d'accréditation a mené une réflexion institutionnelle qui l'a conduit à centraliser l'ensemble des fonctions « transport ».

- La petite taille du CH(b) est perçue par les utilisateurs comme un facteur favorable au bon fonctionnement du ramassage des échantillons.

- Seul le CH(a) a de gros problèmes, essentiellement humains. La direction a fait le choix de placer des agents en difficulté (reclassement, longue maladie) à ces postes de travail. Les défaillances humaines ont des répercussions sur les délais d'acheminement et sur la fiabilité du système en général. Un cadre de soins précise qu'il y a de ce fait « *une désorganisation en cascade, les services de soins mettent en place une organisation parallèle « chronophage » et peu satisfaisante puisque, dans tous les cas, les délais ne sont pas respectés* ».

La fonction logistique est donc capitale en tant que maillon d'une chaîne. Tout dysfonctionnement de l'une des étapes, ici la fonction transport (acheminement des échantillons), nuit au processus d'analyse dans sa globalité.

STRATEGIE D'EVALUATION DES PRATIQUES

2.3.7 L'évaluation des pratiques : des démarches diverses suivant les établissements

➤ **Dans le CH(a)**, les non conformités ont été quantifiées à plusieurs dates différentes entre 1996 et 2002. Ce n'est qu'à partir de 2001 que l'étude a donné lieu à un projet plus structuré (ANNEXE VI) : définition d'indicateurs, évaluation année n, information, analyse des causes et actions correctives, nouvelle évaluation année n+1.

La non conformité la plus fréquente est le « nombre de tubes excédentaires » (ANNEXE VII). La concertation avec les services de soins pilotes a permis d'identifier une cause : *par mauvaise compréhension de la feuille de demande d'examen ; l'IDE préfère prélever un ou deux tubes supplémentaires pour éviter d'avoir à repiquer le patient.* L'action corrective mise en place a essentiellement consisté à améliorer la nature et le niveau de partage de l'information.

Malgré tout, le projet a du mal à se généraliser au delà des deux services pilotes. Les infirmières interrogées lors de nos entretiens (non issues des services pilotes) n'avaient pas connaissance de ce travail, pourtant présenté aux 2^{èmes} journées régionales soignantes, en Aquitaine, fin 2004.

➤ **Dans le CH(b)**, une fiche de gestion des non conformités (ANNEXE VIII) a été élaborée par le personnel du laboratoire afin de préciser la conduite à tenir ; mais les non conformités ne sont pas recensées et comptabilisées. Le signalement des anomalies se fait de façon orale et informelle, directement par le cadre du laboratoire à ses collègues, cadres de l'unité de soins concernée.

➤ **dans le CH(c)**, il n'y a pas de démarche formalisée. Les non conformités ne sont pas recensées ; toute anomalie constatée à la réception (absence de tube, tube coagulé, erreur d'identification ...) donne lieu à un appel immédiat du service concerné,. Si une anomalie se répète, le cadre du laboratoire utilise la messagerie électronique interne (courriel) pour rappeler les bonnes pratiques.

Par contre, dans le cadre de la démarche d'accréditation une enquête de satisfaction a été réalisée par les laboratoires et la cellule qualité, auprès des 50 unités de soins. Treize questions ont été posées aux soignants pour apprécier la prestation des laboratoires (ANNEXE IX). Les points forts et points faibles ont été présentés à l'ensemble des cadres

et au comité de pilotage qualité. Ils ont donné lieu à des actions d'améliorations inscrites dans le projet actions qualité (PAQ) de l'année suivante. Ces actions de niveaux différents portent essentiellement sur l'actualisation du guide de prélèvements, la réactivité du laboratoire à signaler un résultat anormal et une sensibilisation à l'utilisation du système informatique de recueil des résultats.

De façon générale, les projets d'évaluation des pratiques aux interfaces avec les services de soins sont initiés par les laboratoires. La démarche a été impulsée par la réglementation (GBEA) et les recommandations de l'ANAES, mais chaque établissement a adopté un angle d'approche différent qui rend la comparaison difficile.

2.3.8 L'évaluation est rarement utilisée comme levier d'amélioration des pratiques à un niveau transversal

L'efficacité des différentes études n'a pas été réellement mesurée mais il apparaît que les relations services de soins / services prestataires sont « facilitantes » et facilitées dans les petits établissements. La proximité est ici l'élément majeur qui crée le lien et permet une plus grande réactivité. Malgré tout, la taille de l'EPS n'explique pas tout. Dans le CH(c), on l'a vu, c'est le déménagement de la structure qui a permis un rapprochement des professionnels et une réflexion sur les circuits à un niveau institutionnel.

Nous avons alors essayé de repérer le rôle et l'implication des directeurs de soins dans ces projets.

Nous n'avons retrouvé aucune de ces études dans les projets de soins des trois établissements. Le projet de « traitement des non conformités des échantillons biologiques » ne figure pas au niveau du projet de soins du CHU auquel appartient le CH(a). Les actions correctives relatives à l'enquête de satisfaction ont été portées sur le projet action qualité (PAC) du CH(c) mais ne sont pas citées dans le projet de soins du site.

Ce constat ne signifie pas qu'il y a désintérêt mais peut être un paradoxe : les directeurs des soins n'accordent pas une attention particulière aux interfaces service de soins - laboratoires alors qu'ils sont conscients de l'existence de dysfonctionnements. De fait, ces actions perdent de leur portée et restent souvent isolées. Nous avons constaté combien il est difficile de prolonger une démarche au delà des services volontaires lorsque l'impulsion ne vient pas de la hiérarchie soignante. Remettre en question ses pratiques n'est pas une démarche spontanée ; elle est souvent déclenchée par un événement qui met en cause la responsabilité des acteurs ou du service. Or nous l'avons vu, les dysfonctionnements graves, comme une erreur d'identification, ne sont pas

connus car difficilement repérables. Seules des recherches spécifiques en font état. La priorité des équipes soignantes et du directeur des soins ne se situe donc pas là.

Ainsi, les démarches d'évaluation initiées par les cadres des laboratoires ne sont pas relayées sur le terrain et perdent en efficacité. Elles perdent aussi en cohérence quand, comme c'est le cas au CHU, chaque établissement a fait des relevés différents de non conformités à la réception des échantillons. Les actions correctives et la méthodologie ne sont bien sûr pas les mêmes. Il sera plus difficile en deuxième intention d'homogénéiser la démarche pour la rendre transversale.

La réflexion sur l'impact et les causes de ces non conformités, que l'on peut assimiler à des événements indésirables, vise à réduire les dysfonctionnements et à éviter qu'ils ne se reproduisent ; en cela elle se rapproche des méthodes de gestion des risques. Le directeur de la qualité et gestion des risques du CHU ajoute « *il serait très intéressant d'exploiter les résultats à un niveau central* ». Pour elle, c'est un message qui doit être porté par le directeur des soins afin de définir une politique institutionnelle « *qui mieux que la direction des soins peut évaluer la pertinence, la faisabilité et l'opportunité d'utiliser des actions d'évaluations des pratiques soignantes comme levier d'amélioration de la prise en charge du patient !* ».

2.4 SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE

Notre étude porte sur une toute petite partie du processus de biologie puisqu'elle se limite à l'analyse de la réalisation du prélèvement en unité de soins. Nous n'avons pas la prétention de ce fait de mesurer l'ensemble des difficultés relatives aux interfaces services de soins – laboratoires. En effet, nous n'abordons pas les problématiques liées à la prescription des examens, première étape du processus, ni les difficultés relatives à la réalisation des analyses ou à la transmission et utilisation des résultats, en fin de processus.

Malgré tout, en croisant observations, étude de documents et écoute des professionnels nous avons pu retirer un certains nombres d'éléments dont l'analyse est tout à fait transposable à l'ensemble du processus. Il en ressort donc quelques points essentiels.

- L'organisation est centrée sur le service et renforce la notion de territoires morcelés, comme entrave à la fluidité des échanges.

- La communication entre services de soins et laboratoire se limite à des échanges d'informations ou des requêtes. Il y a un amalgame entre « bonnes relations » et « absence de relations » puisque lorsqu'ils existent, les échanges téléphoniques sont conflictuels.

- Les laboratoires élaborent les procédures sans s'interroger sur les besoins des utilisateurs, ni accompagner la diffusion de ces documents et donc favoriser leur appropriation.

- Le manque d'explications et d'échanges sur les contraintes respectives renforce l'idée que tout dysfonctionnement est lié à un défaut d'organisation de « l'autre » : la méconnaissance de la durée de réalisation de certaines opérations intermédiaires fait assimiler tout délai à un retard. Les laboratoires ont une activité linéaire, un processus de type « production », ils ne perçoivent pas toujours le caractère aléatoire et imprévisible de l'activité des unités de soins. Les efforts des professionnels des laboratoires ont beaucoup plus porté, ces dernières années, sur la qualité technique de leur prestation (qualité, fiabilité, reproductibilité), que sur la qualité des interactions avec leur « client », le service de soins. Les démarches d'évaluation de la satisfaction du client sont encore rares.

- Ce manque de communication, peut expliquer le décalage dans la perception des dysfonctionnements. De ce fait, les priorités en terme de gestion des risques ne sont pas les mêmes dans les services de soins et dans les laboratoires.

- Le poids des habitudes est fort dans une organisation en cascade où les activités sont interdépendantes les unes des autres. On s'interroge peu sur les pratiques et modalités de fonctionnement alors que les évolutions technologiques sont très importantes (informatisation, automatisation, performances analytiques...). Modifier un maillon de la chaîne implique la révision de l'organisation dans sa totalité. Les professionnels sont en général réticents au changement, jusqu'à occulter les problèmes organisationnels, voire faire de la solution palliative un modèle quotidien de fonctionnement.

- La plupart des professionnels n'ont pas une vision claire de la finalité du processus global (ici, le processus d'analyse). Le prélèvement est un geste technique qui, pour l'infirmière est une fin en soi. Elle a une perception floue de l'utilisation du résultat d'analyse comme support de diagnostic, de traitement ou d'orientation du patient. Elle ne se sent plus responsable et donc pas acteur de cette dernière phase.

- Le découpage du processus en activités successives impliquant de nombreux professionnels de métiers différents freine certainement la perception d'un objectif commun : la création de valeur pour le patient.

- La parcellisation du travail ne permet pas d'avoir une vision globale et enlève du sens à l'activité de chacun. Ce manque d'esprit critique et la survivance d'habitudes empêchent quelques professionnels de se poser la question de la pertinence ou de l'utilité de certains actes, voire de leur éventuelle redondance. La question du gaspillage de ressources, de coût de la non qualité, n'est jamais posée de façon concrète ; comme si

les données médicales et économiques étaient deux sous ensembles totalement étanches.

- Les professionnels font part d'une certaine lassitude, d'une impression de vivre sous tension, de manquer de temps mais l'attribuent rarement à un défaut d'organisation. Ils ne s'attachent pas à comprendre les causes profondes des dysfonctionnements du système.

- L'identification des causes passe par une évaluation des pratiques. Or aujourd'hui encore malgré la mise en place de démarches qualité et d'accréditation, l'évaluation est vécue comme un contrôle et la recherche du coupable. L'évaluation n'est de ce fait pas perçue comme un levier d'actions et d'amélioration de la prise en charge du patient.

De fait, cette étude confirme les hypothèses de départ. Le cloisonnement des services hospitaliers est à l'origine de nombreux dysfonctionnements ; dysfonctionnements en lien avec les défauts de communication, le poids des habitudes, le découpage des processus en sous activités, les logiques professionnelles différentes, une perception difficile d'un objectif commun...Mais nous pourrions ajouter que ces dysfonctionnements renforcent aussi le cloisonnement de l'institution. Ils sont à la fois la cause et la conséquence du phénomène.

De plus les interfaces ne font pas l'objet d'une attention particulière. Les quelques actions entreprises visant à rapprocher les acteurs restent isolées et manquent de lisibilité à un niveau transversal.

Le directeur des soins a donc un rôle capital à jouer en terme de coordination des acteurs et des activités pour rendre l'ensemble plus cohérent et donc plus performant. La gestion par processus est peut être une façon d'aborder le fonctionnement de l'hôpital de façon transversale si l'objectif de décroisonnement de la structure est inscrit dans la politique de l'établissement..

3 LE ROLE DU DIRECTEUR DES SOINS DANS LA COORDINATION DES ACTEURS

Comme la plupart des organisations humaines, l'hôpital se caractérise par un certain nombre de questionnements et de rigidités que nous avons retrouvé dans l'approche théorique, mais aussi au travers des résultats de nos investigations. Le cloisonnement entre les services et entre les groupes professionnels, les sources de non qualité, la culture négative de l'erreur, la faible perméabilité à la notion d'évaluation sont autant d'éléments que nous devons combattre dans l'exercice de notre fonction de directeur des soins.

L'objet de cette troisième partie consiste à situer le rôle du directeur de soins au travers de préconisations d'actions cohérentes, en lien avec les problèmes soulevés et le contexte hospitalier actuel. Nos propositions se situent donc à deux niveaux :

- Un niveau opérationnel en réponse à l'enquête de terrain :

- partage et « mutualisation » des expériences : le directeur des soins responsable d'une plus grande lisibilité et de l'exploitation transversale des actions d'évaluation des pratiques soignantes.

- mise en place d'une équipe pluri professionnelle de « préleveurs ».

- Un niveau stratégique :

- proposition d'une gestion par processus basée sur une démarche projet et de gestion des risques.

3.1 Des préconisations concrètes en liens avec l'étude de terrain

3.1.1 Partage et « mutualisation » des expériences

Dans notre enquête, nous avons pu recenser un certain nombre d'actions visant à décroisonner les services, à travailler en collaboration, en synergie entre acteurs, avec l'objectif d'améliorer les prestations et le service rendu au patient.. Mais ces actions ne sont pour la plupart pas inscrites dans un projet institutionnel global. De ce fait leur impact est limité à un secteur concerné et surtout à la bonne volonté et au dynamisme de quelques acteurs. Le manque de visibilité institutionnelle peut créer de la redondance dans les projets, voire aboutir à une certaine incohérence puis à une démotivation des acteurs engagés.

Le directeur des soins doit tout mettre en œuvre pour rendre ces actions d'évaluation plus lisibles et les exploiter comme un levier d'amélioration des pratiques soignantes à un niveau institutionnel.

Pour cela, il va recenser l'ensemble des projets menés dans son établissement ; évaluer la nature des objectifs poursuivis, repérer la portée des actions engagées. Ces travaux

sont une source d'informations importante ; les professionnels fortement impliqués font souvent preuve d'une imagination très riche pour améliorer l'organisation. Les expériences des uns doivent pouvoir servir aux autres mais l'ensemble doit être encadré. Ainsi, dans un deuxième temps, le directeur des soins va encourager l'encadrement soignant à partager ses expériences, à faire des choix et donc des compromis en lien avec les projets institutionnels, la faisabilité à une grande échelle et l'impact probable sur l'organisation de l'ensemble de l'établissement. L'objectif n'est pas de tout centraliser pour contrôler, mais plutôt de donner une ligne commune d'actions, d'apporter une certaine cohérence tout en conservant la diversité et l'originalité. Par la reconnaissance institutionnelle du travail mené, le directeur des soins, valorise ainsi les initiatives, encourage le partage, la collaboration et renforce la motivation des équipes.

3.1.2 Mise en place d'une équipe pluriprofessionnelle de « préleveurs » d'échantillons biologiques.

De même, notre étude fait ressortir un nombre important de dysfonctionnements aux interfaces services de soins – laboratoires, notamment au niveau de la réalisation du prélèvement. Ces dysfonctionnements sont en lien avec un manque de communication entre les différents protagonistes, un défaut de réajustement des pratiques, une absence de vision globale du processus d'analyse. Notre proposition vise à centraliser la réalisation des prélèvements, par la mise à disposition d'une équipe mobile de « préleveurs ».

A) Présentation synthétique du projet

Principe :

Le projet consiste à mettre à disposition des unités de soins une équipe dédiée chargée de réaliser les prélèvements biologiques : équipe de professionnels formés aux bonnes pratiques et issus des deux secteurs (services de soins et laboratoires), ayant des compétences relationnelles et techniques spécifiques mais une approche complémentaire de l'organisation de cette activité.

Objectif organisationnel :

L'objectif est de limiter les dysfonctionnements aux interfaces laboratoire – services de soins en créant un partenariat opérationnel entre ces deux entités. La démarche consiste à mettre en place une organisation transversale permettant d'optimiser les moyens humains à un niveau institutionnel :

- recycler des techniciens de laboratoire en surnombre, suite aux restructurations en cours dans ce secteur.
- libérer les IDE des unités d'une charge de travail « chronophage » et parfois complexe.

Objectifs opérationnels :

La standardisation des pratiques professionnelles, en lien avec la réglementation en vigueur et le respect des bonnes pratiques, a pour but d'améliorer la qualité du processus global : qualité de vie du patient tout d'abord, mais aussi qualité de la prestation, diminution des délais et des surcoûts.

- **améliorer la qualité de vie du patient** : cette organisation doit permettre d'éviter, dans de nombreux cas, de réveiller le malade très tôt par un geste agressif mais aussi de le repiquer ou de prélever un nombre inconséquent de tubes au risque de provoquer une anémie chez des patients déjà fragilisés.

- **améliorer la qualité de la prestation** : une meilleure connaissance des exigences et contraintes organisationnelles, réglementaires et techniques permet de limiter les non conformités, de mesurer l'impact de chaque activité sur la qualité du résultat final, d'avoir une vision plus globale du processus.

- **diminuer les délais** : la mise en place d'une équipe de « préleveurs » directement rattachée au secteur des laboratoires, mais en lien constant avec les unités de soins, permettrait de limiter les intermédiaires. L'organisation peut être revue afin de réaliser le prélèvement au plus prêt de la prescription médicale et lisser cette activité sur la journée pour éviter les « goulots d'étranglements ».

- **limiter les surcoûts** : la bonne connaissance des pratiques et leur actualisation continue doit permettre d'éviter les prélèvements surnuméraires, favoriser l'utilisation d'un matériel adapté et optimiser la gestion des stocks de consommables.

B) Etude de faisabilité

L'intérêt de la démarche réside essentiellement dans le décloisonnement de ces deux entités mais aussi dans la valeur ajoutée à la prestation qui aujourd'hui est source de nombreux dysfonctionnements.

Malgré tout cette démarche doit être conduite en tenant compte du contexte de chaque établissement. En effet, indépendamment des freins liés à la résistance au changement qu'elle induit et dont il faudra tenir compte, elle ne pourra se généraliser à l'ensemble de l'institution . Dans certains services le prélèvement est associé à un geste technique très pointu, exclusivement réalisé par du personnel qualifié et formé à la discipline (en dialyse par exemple). Dans ce cas, l'équipe de « préleveur » peut devenir l'interlocuteur privilégié, le *référént* que l'on interpelle pour répondre à des questions d'ordre technique ou organisationnel. Ce type d'organisation peut aussi être la première étape d'une collaboration plus étroite, service de soins – laboratoires dans les unités où le corps infirmier n'est pas prêt à « abandonner » le prélèvement. D'autre part, l'affectation à cette équipe ne doit pas être définitive, même si au départ elle est constituée sur la base du volontariat ; la mobilité étant un gage de sa réactivité à l'évolution des pratiques.

Ces deux propositions très pragmatiques, peuvent s'inscrire dans un projet plus global, à visée stratégique : *la gestion par processus*.

3.2 La gestion par processus : une approche systémique favorable à plus de transversalité

L'objet de notre étude a pour but d'appréhender la problématique des interfaces et nous conduit donc à aborder l'organisation hospitalière par une approche systémique : Younès Bénanteur précise en effet, que : « *La systémique a pour but l'appréhension des systèmes dans tous les domaines où se posent des problèmes de frontières, d'interdépendance, de cohérence, d'organisation, de structure...* »⁴⁵. Cette approche vise à se concentrer sur les interactions entre les éléments, à tenter de les relier et à en mesurer les effets dans le temps. Elle a pour but d'orienter la réflexion vers la définition d'un objectif commun aux acteurs du système.

Un système est composé de plusieurs processus organisés entre eux pour former un ensemble structuré. La gestion par processus oblige donc les principaux protagonistes à avoir une vision globale de la structure et de son environnement mais aussi une vision dynamique de l'organisation et des interrelations entre les hommes. Sans vouloir « abattre les cloisons » existantes, l'objectif poursuivi est de créer du lien pour augmenter la performance au sens médical, au sens de la valeur attendue par le patient mais aussi au sens économique, aujourd'hui incontournable.

3.2.1 Un contexte réglementaire incitateur

Le contexte réglementaire en lien avec des contraintes budgétaires très prégnantes poussent de plus en plus, les hôpitaux à revoir leur organisation à la fois complexe et cloisonnée.

Dans le cadre du plan « hôpital 2007 », le ministère de la santé a entrepris une réflexion sur la « nouvelle gouvernance » des hôpitaux. L'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003, fait état de la volonté de simplification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé. Un volet porte sur la réforme de la dotation globale de financement, avec la mise en place de la tarification à l'activité (T2A). Un autre volet est relatif à l'organisation et au fonctionnement des EPS, proprement dits. L'objectif de ce plan est de mettre en place des pôles, regroupant des services et des unités sur la base d'une logique d'organe, de parcours patient (ou chemin clinique), de compétences

⁴⁵ Benanteur Y., Rollinger R., Saillour J-L., *ibid*, p 54.

médicales ou de processus. L'organisation en pôles répond donc à une volonté ministérielle de remplacer la vision actuelle de l'hôpital, très parcellaire, par une conception plus intégrée.

De même, la nécessité de coopération interdisciplinaire a été affirmée par le décret du 19 avril 2002, portant statut particulier des directeurs des soins ; décret en faveur du développement d'un mode de management centré sur la coordination des acteurs.

La gestion par processus, telle que nous l'envisageons, consiste donc à croiser le découpage en pôle avec les processus transversaux et à se centrer sur les interfaces.

Les processus liés à une activité médico technique se prêtent parfaitement à ce type d'approche. Nous l'avons vu, l'échantillon biologique est le fil conducteur qui relie deux entités au sein du processus d'analyse biologique. Les problématiques communes, repérées aux interfaces, doivent conduire les professionnels à échanger et repérer les points de contribution spécifiques des uns et des autres à l'objectif global de prise en charge du patient. Le circuit du médicament, les différentes étapes du processus de stérilisation ou d'imagerie médicale peuvent générer ce même type de coopération des professionnels pour traiter des problématiques à un niveau transversal.

3.2.2 Le contexte humain et organisationnel à prendre en compte

L'enquête de terrain met en exergue les points sensibles du système que F.Gonnet appelle les 3 S : Sécurité, Souplesse et Synergie⁴⁶.

L'*insécurité* liée à la taille, à la complexité de la structure, à la confrontation à la maladie et à la mort et aux responsabilités inhérentes à la fonction soignante, sont autant d'éléments qui poussent les acteurs à se replier sur eux mêmes, à rechercher des moyens d'évitement ou à se protéger par une attitude agressive.

D'autre part, il y a opposition entre la structure formelle, portée par une hiérarchie forte, et la nécessité de répondre avec *souplesse* et réactivité aux missions de l'institution.

L'absence de *synergie* par manque de coordination ou défaut d'interaction, a été soulevée dans notre étude comme une cause et une conséquence du cloisonnement hospitalier.

La démarche de gestion par processus n'a certes pas la prétention de résoudre l'ensemble des problèmes liés à ces 3 points sensibles, mais vise à prendre en compte le contexte humain et organisationnel tel que nous venons de le présenter.

⁴⁶ Gonnet F., *ibid*, p 174.

L'objectif de cette démarche est de mesurer les interdépendances et conduire les professionnels de métiers et/ou de services différents à s'interroger sur le sens de leurs actes, à repérer les points forts et les dysfonctionnements sur l'ensemble du processus, puis travailler à corriger les défauts d'organisation, à supprimer les gestes inutiles.

Cette démarche se décline donc en deux étapes essentielles⁴⁷ :

- *formulation d'une vision partagée.*
- *recherche de plus d'efficacité dans les modes de production du soin.*

Il s'agit de s'appuyer sur les connaissances très fines des réalités internes de chaque entité que seul l'acteur de terrain et le cadre de proximité possèdent : « *Trop souvent les changements sont initiés au nom de l'intérêt suprême, voire de la survie de l'entreprise auxquels chaque collaborateur n'a d'autre choix que d'adhérer ...(.) ...pour que chacun ait des raisons de faire l'effort d'enrichir ses représentations et de transformer ses comportements dans la direction demandée, il faut, non seulement qu'il ne soit pas perdant, mais que cette transformation puisse être l'occasion de mettre en valeur des qualités personnelles non reconnues jusque là* ». ⁴⁸

D'autre part, le partage des problématiques, la simple formalisation des difficultés rencontrées doivent désamorcer des conflits sous jacents souvent liés, comme nous l'avons vu, à des problèmes de communication.

3.2.3 Les préalables indispensables

A) Affirmation d'une volonté institutionnelle

Le directeur des soins, porteur du projet doit être à même de convaincre les autres membres de l'équipe de direction du bien fondé de la gestion par processus et de l'intérêt qu'elle présente pour l'institution en terme de valeur ajoutée. Il doit montrer la nécessité qu'il y a à gérer les incohérences et les ruptures de logique qui se manifestent aux interfaces. La stratégie à adopter doit être définie en commun et validée par la direction de l'établissement avant d'être présentée aux instances .

La gestion par processus implique une démarche participative ; elle a pour corollaire un engagement fort et explicite de la hiérarchie .

⁴⁷ Claveranne J-P., Pascal C., *ibid*, p 218.

⁴⁸ Jocou P, Meyer P., *ibid*, p 123.

B) Repérage du climat général

Le repérage du climat interne, des tensions sous jacentes et de la position des acteurs principaux d'un processus donné, semble être un préalable indispensable. La description des activités ne suffit pas à définir un processus, il faut en parallèle préciser les interrelations entre acteurs internes et externes, repérer le poids des habitudes sur l'organisation ainsi que le style de management. Le directeur des soins a une position intermédiaire qui peut lui permettre de diagnostiquer les dissensions plus ou moins fortes entre les équipes médicales, soignantes et administratives. Il est moins bien placé pour repérer les tensions internes sous jacentes et les situations de conflits larvés. Il devra s'entourer de personnes ressources ayant une bonne connaissance du fonctionnement du système mais aussi de l'histoire de l'établissement. Pour avoir une vision large et la plus neutre possible, ces professionnels seront issus des différents métiers et services traversés par le processus.

La base de l'élaboration des stratégies repose sur une bonne connaissance de l'entreprise. Le climat social, la qualité des relations interindividuelles ou entre les groupes professionnels, l'histoire de la structure, seront autant d'éléments à prendre en compte pour délimiter le périmètre de l'étude, définir le moment opportun pour initialiser le projet et surtout favoriser l'adhésion des professionnels concernés.

C) Définition institutionnelle du mode de management

Le mode de management vertical classique, centré sur une discipline, un service, se prête peu à la vision globale nécessaire à la gestion par processus. Un management horizontal ou transversal semble préférable à ce type de démarche. Il doit être focalisé sur la qualité, la pertinence et la valeur finale produite par le processus. Dans un tel contexte, le cadre a un rôle d'intégrateur, au sens donné par M. Crémadez, c'est à dire capable de « reconnaître les différences et s'appuyer sur elles pour assurer la convergence des actions vers un objectif commun ». Mais il doit aussi être un gestionnaire du couple coût-valeur afin de limiter les coûts de non qualité. Cette fonction est nouvelle dans la structure hospitalière et d'autant plus délicate qu'elle implique une coordination de logiques professionnelles différentes dans un éclatement spatial et temporel. Le profil de poste du cadre ou du cadre supérieur, affecté à cette fonction, devra être défini et formalisé à un niveau institutionnel, puis diffusé largement afin qu'il n'y ait aucune ambiguïté.

La gestion par processus implique un mode de management transversal

Mais, la mise en œuvre de ce type de management ne supprime pas la nécessité de conserver un management vertical ; il faut simplement trouver un équilibre, un mode

d'organisation qui est certainement propre à chaque structure. Le directeur des soins, en partenariat étroit avec le directeur des ressources humaines, aura un rôle d'arbitrage capital pour optimiser et articuler ces deux modes de management.

3.2.4 La gestion par processus : une démarche projet

Le directeur des soins, seul ou en collaboration, est à l'initiative de nombreux projets lorsqu'ils touchent des processus centraux et son rôle consistera à « fédérer, intégrer et coordonner ». Toutefois, il participera directement ou par délégation aux projets liés aux processus supports afin d'assurer les liens et de veiller à la cohérence de l'ensemble. Dans tous les cas la démarche suit un certain nombre d'étapes incontournables que l'on retrouve dans les démarches projets déjà largement employées à l'hôpital.

A) Structuration du projet

La démarche s'articule autour de trois structures :

- le *comité de pilotage* définit les objectifs, décide les actions à mettre en œuvre et suit l'avancement du projet.

- le *groupe de coordination* réalise la cartographie du processus et son imbrication avec les différents pôles. Il liste les dysfonctionnements, les sources de non qualité. Il anime les groupes de travail chargés d'analyser le processus et son articulation avec le ou les pôles d'activités concernés ; ces membres ont pour mission de faire des propositions de reconfiguration.

- les *groupes ad hoc* sont formés ponctuellement pour répondre à des questions précises de l'ordre de l'expertise, ou traiter un sujet à un niveau opérationnel (phase test d'une action corrective, par exemple).

La composition de ces différentes structures est capitale pour la réussite du projet. Les différents décideurs du processus et leurs « clients » doivent être intégrés à la réflexion ainsi que des représentants des divers métiers concernés par les activités analysées et leurs interfaces.

B) La mise en œuvre et évaluation

La mise en œuvre d'un projet implique une planification et l'élaboration d'un calendrier préalable de façon à informer les participants et évaluer les moyens nécessaires, notamment humains. Le comité de pilotage aura pris soin de demander une aide méthodologique visant à favoriser l'élaboration de la cartographie du processus, de fiches de dysfonctionnements ou d'analyses de risque. Cette aide méthodologique devant, à moyen terme, être une aide à la prise de décision. La reconfiguration ou les simples aménagements proposés devront tenir compte des contraintes budgétaires, techniques, réglementaires et organisationnelles mais aussi des potentialités humaines à absorber le

changement. Des mouvements internes de personnel peuvent être envisagés et devront être anticipés et accompagnés, notamment au niveau du plan de formation.

Le suivi régulier est indispensable et conditionne le résultat. L'évaluation⁴⁹ est essentielle à la pérennisation du projet ; elle est sous tendue par la définition préalable d'indicateurs de performance et de qualité visant à évaluer la pertinence, la cohérence, l'efficacité et l'efficience des changements opérés.

C) Communication ascendante et descendante

La communication autour du projet est essentielle et doit être structurée au niveau de la direction de l'établissement, avec la participation active du directeur des soins. Elle vise à dissiper toute méfiance et apporter plus de transparence quant aux objectifs et à l'avancée du projet. Ce souci de transparence impose de venir régulièrement devant le personnel pour répondre à ses questions et craintes légitimes, lever les doutes, arrêter la rumeur. Des supports de communication internes (lettre périodique, par exemple) sont utiles pour motiver et valoriser le personnel impliqué dans le projet.

3.2.5 La gestion par processus : des outils stratégiques et opérationnels

Les méthodes de travail sont articulées autour de l'identification des dysfonctionnements, le repérage des risques (fréquence et gravité) ainsi que des sources de non qualité (au sens qualitatif et économique) ; ceci, tout au long des différentes étapes d'un processus et plus particulièrement aux interfaces.

La figure n°4 ci dessous⁵⁰, présente à la fois les différents points à analyser et le but recherché : l'optimisation de l'organisation.

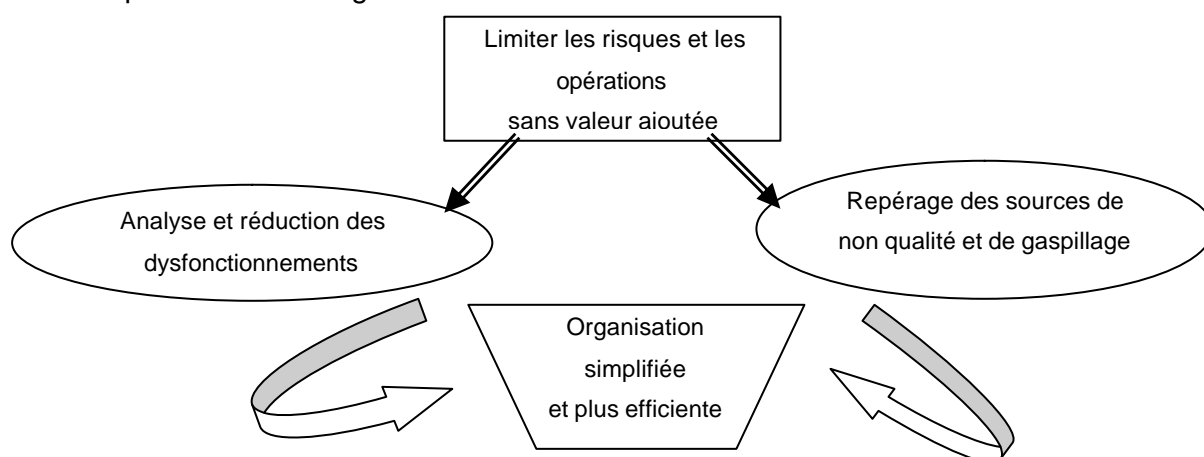


Figure n°4

⁴⁹ thème développé au travers des « outils stratégiques et opérationnels », dans le chapitre 3-2- 5.

⁵⁰ Benanteur Y., Rollinger R., Saillour J-L., *ibid*, p 19.

Le directeur des soins initie, impulse et accompagne une telle démarche. Il va utiliser et mettre à la disposition de ces collaborateurs un certain nombre d'outils à la fois stratégiques et opérationnels

A) *Des graphiques au service de l'analyse :*

➤ La première étape va consister à formaliser le processus ou faire une représentation graphique des différentes étapes sous forme, par exemple, d'un **logigramme** (ANNEXES X et XI)

➤ Le deuxième volet devra présenter une **analyse** plus **dynamique** de la structure en s'intéressant aux interfaces avec les autres entités. Présentés sous forme de tableau, les items suivants peuvent être regroupés sous une forme synthétique :

Activité ou tâche	Avec qui	Fréquence	Problème rencontré	Imprévu rencontré	Fréquence	Réponse apportée	Observation

➤ *La troisième étape* permet d'affiner l'analyse en élaborant une **liste des problèmes** ou dysfonctionnements rencontrés.

Nature et descriptif du problème	Problème posé par qui	Conséquences immédiates et/ou différées	Causes avancées	Origine première du problème

B) *Des calculs au service de la décision*

➤ La quatrième étape va consister à **prioriser** les problèmes à traiter par une approche pondérée ; deux critères principaux sont utilisés :

- la **fréquence** du dysfonctionnement sur une unité de temps (caractère répétitif ou aléatoire)
- la **gravité** en terme d'impact sur : la prise en charge du patient, les délais, la qualité de la prestation, le périmètre touché par le problème, les surcoûts engendrés, la perte de temps, la dégradation des relations de travail, etc.

Ce choix est aussi lié à la notion de **faisabilité** des solutions envisageables ; faisabilité est ici un terme générique qui regroupe différents items de poids totalement différents selon la structure et le contexte : obligation réglementaire, cohérence avec les restructurations en cours ou prévues, adhésion du personnel, problème de politique interne, etc...

Dans un contexte de gestion des risques, la méthode d'Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité (AMDEC) est souvent employée. Elle reprend les critères de gravité (G), de probabilité (F, comme fréquence) auxquels elle ajoute l'indice de non détectabilité (N). Ces trois critères sont évalués sur une échelle de 1 à 10. L'indice de Criticité (C) est calculée en faisant le produit des trois chiffres; ainsi, $C = G \times F \times N$. Cette méthode pêche par son caractère exhaustif qui la rend lourde à utiliser et implique souvent une aide méthodologique.

➤ L'analyse du problème vise bien évidemment, en cinquième étape, à apporter des réponses et souvent des modifications d'organisations qui, à minima simplifient le processus, au mieux, améliorent sa performance : « *la simplification ne vise donc pas à supprimer la part de complexité irréductible de l'organisation hospitalière ...(...)...mais plutôt à contrecarrer les effets de la sédimentation des pratiques, des changements et des complications apportées au processus au fil du temps pour répondre à la complexité croissante* »⁵¹.

La reconfiguration d'une partie ou de la totalité du processus demande une certaine vigilance. Elle doit donc être étudiée en gardant à l'esprit l'enchaînement des étapes successives de façon à éviter que l'on déplace simplement le problème vers une autre activité, une autre catégorie professionnelle, pire un autre processus.

C) Des procédures pour stabiliser la nouvelle configuration du processus

Qu'elles soient locales ou qu'elles englobent plusieurs étapes du processus, les modifications apportées doivent être formalisées. Il paraît important de rédiger des procédures qui en décrivant la « *manière spécifiée d'accomplir une activité* » permettent de standardiser les pratiques (et surtout pas les homogénéiser). La transmission orale a ses limites, notamment lorsque le changement s'opère dans un contexte temporel et spatial différent comme c'est le cas pour les processus transversaux. L'objectif premier est de stabiliser quelques points clés de l'organisation qui peuvent être critiques en terme de sécurité, de qualité ou de consommation de ressources.

⁵¹ Claveranne J P., Pascal C., *ibid*, p 192.

D) Des tableaux de bord pour un suivi dans le temps

Tout d'abord il importe de repérer les étapes chronologiques d'un projet. Le diagramme de Pert n'est pas un tableau de bord proprement dit, mais plutôt un graphique (ANNEXE XIV) qui permet d'avoir une vision globale de l'étendue d'un projet dans le temps, de repérer les étapes clés ou celles qui doivent se synchroniser. Il est important qu'il soit connu de tous les acteurs d'un projet.

De façon plus générale, les responsables d'un projet au même titre que les membres de l'équipe de direction ou le directeur des soins vont utiliser des tableaux de bord. « *Les tableaux de bord récapitulent les indicateurs ou les agrégats d'indicateurs, les plus significatifs : ils constituent autant de clignotants autorisant une approche synthétique et une réactivité accrue* »⁵² La nature des tableaux de bord est étroitement liée à la place qu'occupe le professionnel dans la structure et son rôle dans le projet. Les informations doivent être agrégées et d'un niveau institutionnel pour le directeur ou le directeur des soins (ANNEXES VII et XIII) ; elles seront détaillées par services, pour le cadre, ou le cadre supérieur conduisant un groupe de travail.

La qualité d'un tableau de bord tient bien évidemment, à la qualité des indicateurs qui le composent. La mise en place d'indicateurs est une étape préalable qui nécessite une réflexion sur les objectifs poursuivis, une définition précise de la nature de l'indicateur, le mode et la fréquence de recueil (ANNEXE XII) ; ces indicateurs doivent présenter les caractéristiques suivantes : spécificité, sensibilité, reproductibilité, fiabilité et simplicité.

Les tableaux de bord sont la photographie du fonctionnement d'une institution, d'un processus à un instant « t » et n'ont donc de valeur que, comparés à ceux de l'instant « t -1 », voire avec ceux d'une structure similaire. Il faut cependant rester prudent car, « faire parler les chiffres » est un exercice délicat qui implique un contrôle strict de la valeur des données, du champ qu'elles recouvrent, de leur réactualisation et de la pertinence du mode de recueil.

3.2.6 Du suivi à l'évaluation continue

L'analyse de ces données synthétiques et surtout leur évolution dans le temps, va permettre au dirigeant ou au responsable de projet, d'évaluer la pertinence des actions entreprises, leur degré d'efficacité et l'impact économique de la reconfiguration du processus.

⁵² Benanteur Y., Rollinger R., Saillour J-L., *ibid*, p 48.

Mais, la gestion par processus ne s'arrête pas à l'analyse des dysfonctionnements et à la reconfiguration qui en découle, sinon elle serait figée et incapable de réagir aux évolutions de l'environnement. Une démarche d'amélioration continue est nécessaire et passe donc par une évaluation permanente et multifactorielle :

- Evaluation de la pertinence entre besoins des clients et missions du processus
- Evaluation de la cohérence des actions et de l'articulation des activités entre elles
- Evaluation de l'efficacité par rapport à l'objectif de la structure, aux résultats attendus et sa capacité à les maintenir dans le temps
- Evaluation de l'efficience, de l'adéquation entre moyens et résultats
- Evaluation de la satisfaction du ou des clients mais aussi des professionnels
- Evaluation de sa capacité à réagir et s'adapter aux évolutions du contexte
- Evaluation de l'impact du processus au niveau institutionnel

Ces différents points d'évaluation doivent permettre aux dirigeants de maintenir une certaine vigilance, un état de veille permanent. Ces signaux ou clignotants internes sont autant d'aides à la prise de décision, ils sont des instruments au service de l'élaboration d'une vision stratégique mais ne peuvent s'y substituer. De fait, ils doivent être resitués dans un environnement plus large, de politique générale et nationale.

CONCLUSION

L'accentuation de la pression, à la fois normative et économique, pèse sur le système hospitalier.

La loi de 1991 a amorcé une évolution de la structure et donc des mentalités. Les ordonnances de 1996 ont introduit la notion d'évaluation et de contractualisation. Le plan hôpital 2007 vise aujourd'hui, avec la nouvelle gouvernance, à modifier le mode de management interne des hôpitaux.

De plus, le renforcement du rôle de l'utilisateur en tant qu'acteur de soins et l'acceptation croissante de l'économique, ont un impact indéniable sur le climat organisationnel de l'hôpital. La mise en place des pôles pousse les directions des hôpitaux à conduire, en partenariat étroit avec les équipes médicales, une réflexion stratégique et rechercher une formulation explicite et partagée des enjeux.

La conciliation des attentes et besoins du patient, avec les contraintes institutionnelles et les aspirations des acteurs sont autant d'éléments qui complexifient la tâche des responsables au sein de l'institution.

Il ne suffit pas de décréter un changement pour que les acteurs modifient instantanément leur comportement. La performance au travail est étroitement liée à la façon dont les acteurs se sentent impliqués dans la vie de l'établissement et de la vision qu'ils ont de leur participation à l'objectif commun.

L'éclatement spatial et temporel de la structure hospitalière ne facilite pas cette perception globale, voire renforce un cloisonnement existant, lié à une forte spécialisation et une logique métier importante. Les dysfonctionnements inhérents à cette structuration parcellaire de l'organisation sont majorés aux frontières entre les différentes activités ou entre les processus. Ils sont sources de non de qualité, de perte de temps et d'énergie et génèrent des surcoûts difficilement maîtrisés.

Le directeur des soins responsable de la cohérence et de la continuité des soins doit donc apporter une attention particulière à ces interfaces ; en luttant contre les stratégies protectrices il peut limiter l'isolement et le repli sur la catégorie ou sur le territoire. La coordination des acteurs est donc une étape incontournable lorsque l'on se fixe comme objectif d'accroître la valeur produite et perçue par le patient, l'utilisateur, le client. En effet, tous les processus, qu'ils soient centraux ou de support, contribuent et interfèrent sur la qualité de la prise en charge globale du patient.

Il appartient donc au directeur des soins de développer une organisation plus transversale. La gestion par processus telle que nous la présentons dans ce document, permet de croiser une organisation verticale, par pôle, avec une organisation plus horizontale par processus. Les processus transversaux liés aux activités médico technique se prêtent bien à ce type d'approche. Les prestations offertes par ces

processus intéressent la plupart des services de soins quel que soit leur pôle d'appartenance.

Le management transversal favorise la coordination latérale entre services et entre professions. Il permet d'aborder l'organisation de façon globale et de recentrer les acteurs sur l'objectif final. Cette démarche se décline en deux étapes essentielles :

- une formulation d'une vision partagée
- la recherche de plus d'efficacité tout au long du processus et notamment aux interfaces

Elle est construite sur la base d'une démarche projet et autour de l'analyse des dysfonctionnements aux interfaces. La révision collective du ou des problèmes permet de reconfigurer l'organisation en tenant compte des interdépendances, des contraintes et exigences de chacun. Elle devient performante si elle permet de valoriser les spécificités ou les expertises des professionnels pour les rendre complémentaires. Le partage des connaissances, des expériences est enrichissant et rend « l'organisation apprenante » ; le partenariat structuré, orienté vers un but commun est porteur de décloisonnement. La coopération n'est pas un phénomène spontané ; elle doit donc être impulsée par le directeur des soins qui donne le sens et favorise la contribution de chacun à l'objectif institutionnel.

Chaque établissement , chaque directeur de soins doit inventer son chemin pour optimiser l'organisation mais il doit tenir compte à la fois, des hommes qui la composent, de ses modes de production du soin, de sa culture et de son histoire. Il devra trouver un équilibre difficile entre la stabilité, la régularité d'une organisation et la souplesse nécessaire à une plus grande adaptabilité.

Or nous le savons les réorganisations, les changements perturbent les jeux des acteurs, modifient l'équilibre des pouvoirs et des alliances, déplacent les zones d'incertitudes ; c'est un risque supplémentaire que l'hôpital doit appréhender pour être à même de le gérer.

Bibliographie

Ouvrages

BOUVIER A., *Management et sciences cognitives*. Que sais-je, puf, Vendôme 2004.
369 p.

BENANTEUR Y,ROLLINGER R, SAILLOUR J L., *Organisation logistique et technique à l'hôpital* », Editions ENSP 2000. 171 p.

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

CREMADEZ M.,GRATEAU F., *Le management stratégique hospitalier*. Masson, Paris 1997. 445 p.

CROZIER M., *Le phénomène bureaucratique*. Editions du seuil, Paris 1963. 123 p.

DUBAR C., TRIPIER P. *Sociologie des professions*. Armand Colin, Paris 1998. 249 p.

GONNET F.,LUCAS S., *L'hôpital en question(s), un diagnostic pour améliorer les relations de travail*. Editions Lamarre, Rueil-Malmaison 2003. 244 p.

JOCOUC P., MEYER P. *La logique de la valeur – Une approche européenne du management par la qualité totale*. Dunod, Paris 1996. 170 p.

MORIN E., LE MOIGNE J.-L. *Comprendre la complexité dans les organisations de soins*. Asped, 1997. 70 p.

ALLAFORT M. « Développer la coopération entre les acteurs à l'hôpital ». *Revue Ciste*, juin 2003, la lettre n°34.

CETTOUR-BARRON G., VIOLANTE R., TERMENS J., DUBOIS S. « Le CHRU de TOURS à la découverte de la logistique hospitalière », *Gestions hospitalières*, juin, juillet 1999, n° 387, pp 425-448.

DEFORGES J.-C « La transversalité en question ». *Gestions Hospitalières*, juin/juillet 2004, n°437, pp 423,424.

ELLENBERG E. « Management des risques, une approche organisationnelle ». *Gestions Hospitalières*, janvier 2004, n°432, pp 25-28.

GOMPEL F., POULIGNY P., « Optimisation des flux au service de la qualité et de l'efficacité ». *Gestions Hospitalières*, n°444, mars 2005, pp 199-201.

GONNET F., « Application du raisonnement stratégique et systémique aux hôpitaux publics », dans *l'Analyse stratégique, sa genèse, ses applications et ses problèmes actuels* (colloque de Cerisy), 1994.

NIZARD G. « Le concept de complexité ». *Les cahiers de l'ANIG*, 1^{er} semestre 2004, n°4, p 7.

PASCAL C. « La gestion par processus à l'hôpital, entre processus et création de valeur ». *Revue française de gestion*, Septembre - Octobre 2003, vol 29, n° 146, pp 191-204.

SAMPIERI N. « Le développement potentiel de la logistique hospitalière », *Gestions hospitalières*, juin, juillet 1999, n° 387, pp 449-453.

WIWANITKIT V-Types and frequency of préanalytical mistakes in the first thai ISO 9002 : 1994 certified clinical laboratory, a 6 month monitoring [en ligne] 16 octobre 2001 [visité le 2 juillet 2005] Disponible sur internet <<http://www.biomedcentral.com/1472-6890/1/5>>

Articles scientifiques

PLEBANI M. et al : laboratory errors-their frequency and cuases. The impact of the pre-analytical phase on the quality of laboratory results,Oxford, july 1996.

Sites Internet :

site de l'**ANAES** : <<http://www.anaes.fr>>

CCECQA – ANAES / Service de l'évaluation économique. *Les coûts de la qualité et de la non qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et propositions.* Juillet 2004.

Site de l'**Assemblée Nationale** : <<http://www.assemblee-nationale.fr>>

Rapport de la mission d'information sur la problématique de l'assurance maladie – n°1617, avril 2004.

Site <<http://www.barbier-rd.nom.fr/transversalite.html>>

ARDOINO J., « Transversalité », université Paris 8.

Liste des annexes

ANNEXE I : La phase pré analytique : la plus longue et complexe du processus d'analyse biologique

ANNEXE II : Guide d'entretien

ANNEXE III : GBEA « contrôle d'identification du prélèvement au laboratoire d'hématologie »

ANNEXE IV : La phase pré analytique : impact en fonction de la non conformité

ANNEXE V : Nombre d'échantillons à traiter par tranche horaire par rapport au nombre de techniciens présents au CH(a).

ANNEXE VI : Projet « Traitement des non conformités des demandes d'analyses », au CH(a).

ANNEXE VII : Non conformité les plus fréquentes

ANNEXE VIII : Gestion des non conformités au laboratoire du CH(b)

ANNEXE IX : Enquête de satisfaction sur la prestation des laboratoires au CH(c)

ANNEXE X : Exemple de Logigramme décrivant le processus de Stérilisation

ANNEXE XI : Exemple de Logigramme décrivant la Préparation nominative des piluliers par la pharmacie

ANNEXE XII : Fiche descriptive d'indicateur

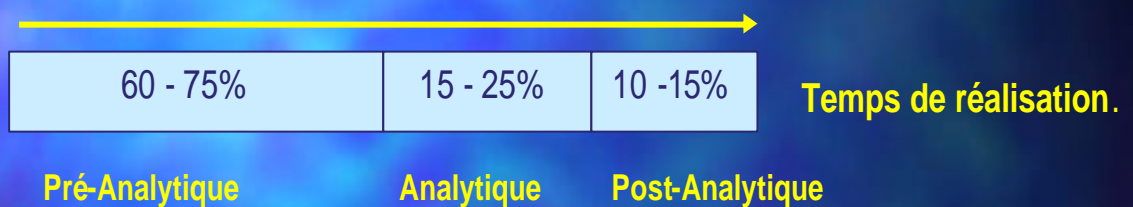
ANNEXE XIII : Exemple de tableau de bord : *Evolution mensuelle du nombre d'erreur de distribution de médicaments*

ANNEXE XIV : Exemple de diagramme de Pert

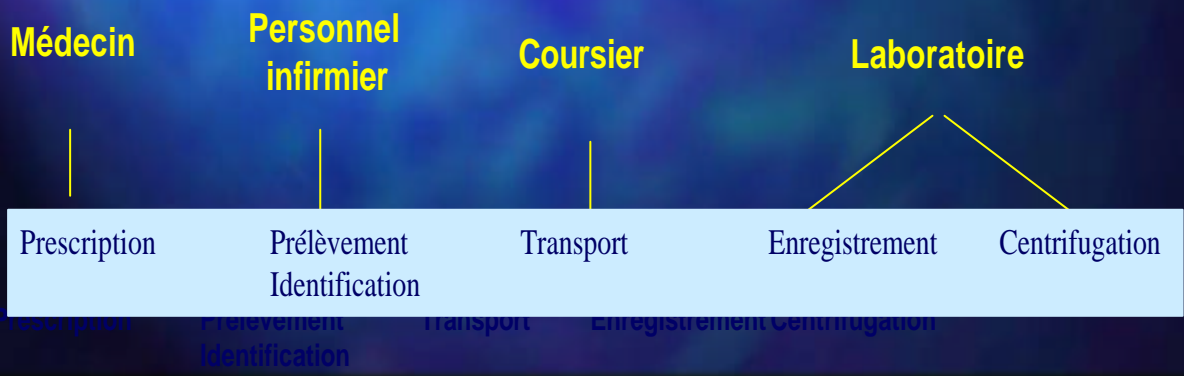
ANNEXE I

La Phase pré analytique

La plus longue



La plus complexe



ANNEXE II

GUIDE D'ENTRETIEN

THEMES	SOUS THEMES
CLOISONNEMENT des Services hospitaliers	1- les dysfonctionnements aux interfaces service de soins–laboratoires 2- le poids des habitudes sur l' organisation du travail 3- le prélèvement dans le processus global de prise en charge du patient 4- les logiques professionnelles
GESTION des INTERFACES	5- - communication interservices : nature des échanges, connaissance mutuelle des contraintes 6- la gestion des flux comme outil de régulation
STRATEGIE d'EVALUATION DES PRATIQUES	7- nature et modalités d'évaluation des pratiques aux interfaces, suivant les établissements 8- la gestion des risques comme base de réflexion sur l'organisation 9- une vision transversale de l'évaluation des pratiques comme levier d'actions d'amélioration de la prise en charge

ANNEXE III (page 1)

GBEA: CONTROLE D'IDENTIFICATION DU PRELEVEMENT AU LABORATOIRE D'HEMATOLOGIE.

C. FOUQUET, A. GOBINET, P. FIALON

Laboratoire de Biologie, Hôpital Saint-André- Bordeaux

La recherche de la qualité doit être une des préoccupations essentielles et constantes du biologiste. La bonne exécution des analyses de biologie médicale est l'une des conditions déterminantes de cette qualité. Le GBEA est donc défini comme un instrument au service de la qualité, aussi bien dans les phases pré-analytique, analytique que post-analytique.

Un système interne de contrôle d'identification du prélèvement (NFS) a été mis en place au laboratoire d'Hématologie.

I PROCEDURES D'ADMISSION D'UN PATIENT ET D'ENREGISTREMENT DU PRELEVEMENT

1 A l'admission du patient au CHU, les renseignements administratifs sont saisis informatiquement à l'accueil

L'édition d'étiquettes avec identification civile est réalisée: nom, prénom, nom de jeune fille, sexe, date de naissance, âge, numéro d'identification du séjour en clair (9 chiffres) et à codes à barres.

La fusion des renseignements saisis avec IPUM (identification permanente du CHU) est réalisée.

2 Après le prélèvement à l'unité de soins, le tube parvient au laboratoire dans une pochette fermée avec étiquette sur tube et pochette.

3 A l'admission au laboratoire, la présence d'une identification et la correspondance d'identification entre tube et pochette est vérifiée au secrétariat.

4 Au secrétariat du laboratoire, une étiquette avec numéro de travail en clair (4 chiffres) et à codes à barres est mise en place sur tube et pochette. Cette apposition ne masque pas l'étiquette nominative.

La saisie sur le système informatique du laboratoire LM2 BAYER du numéro d'identification du séjour permet de documenter l'identification du patient à partir du serveur informatique d'identité du CHU.

Il existe une connexion bidirectionnelle vers l'ordinateur DMS du Coulter STKS via le système d'interface TAD des données administratives, de la demande d'examen et du numéro de travail.

5 Au plan technique, un deuxième contrôle de cohérence d'identité est réalisé en vérifiant pour un même numéro de travail:

- l'identité portée sur l'étiquette primaire administrative du CHU sur le tube

ANNEXE III (page 2)

- l'identité reçue par l'ordinateur DMS.

Une validation à l'écran est alors réalisée pour confirmer ce deuxième contrôle.

II PROCEDURES DE VALIDATION TECHNIQUE

1 Les procédures de validation technique sur le système TAD sont instaurées après vérification:

- des alarmes qualitatives propres au Coulter STKS
- des valeurs extrêmes quantitatives des paramètres de la NFS fixées au laboratoire

- d'une alarme supplémentaire faisant l'objet de notre étude:

Variation du volume globulaire moyen (VGM) +/- 5% et/ou variation de l'hémoglobine (Hb) +/- 10% par rapport aux antériorités en mémoire dans le système TAD et accessibles sur console.

L'introduction de cette dernière alarme a pour but de déceler les erreurs de prélèvement de patient ou d'étiquetage de tube, basé sur le fait que, pour un patient donné, le VGM est relativement constant en l'absence de circonstances cliniques particulières.

2 Pour chaque anomalie constatée, après repassage en mode manuel de la NFS et recueil sur support papier des numérations antérieures et du jour du patient; un biologiste contacte l'unité de soins concernée pour déterminer une étiologie à la variation ci-dessus nommée.

3 Les échantillons sont conservés au laboratoire pour contrôle supplémentaire éventuel, et ce pendant 48 heures.

III RESULTATS

Cette étude a été réalisée durant 6 mois de Février à Juillet 1996 avec une activité de 22847 NFS effectuées au laboratoire (moyenne: 126 NFS par jour)..

170 dossiers, avec un seul dossier établi par patient ont retenu notre attention suivant les critères de l'alarme déjà décrits (soit 0,7% des NFS).

Ce chiffre est probablement à majorer du fait du caractère non exhaustif de la procédure de validation durant sa période d'implantation.

Les résultats peuvent être répartis en quatre catégories:

1 MECANISME TRANSFUSIONNEL OU HEMORRAGIQUE

Les prélèvements effectués par patient sont rapprochés dans le temps (1 à 3 jours).

↗ Hb > 10% + Δ VGM < 5% : 59	
↗ Hb > 10% + Δ VGM > 5% : 58	117 dossiers
↘ Hb > 10% + Δ VGM < 5% : 17	
↘ Hb > 10% + Δ VGM > 5% : 3	
↘ Hb < 10% + Δ VGM > 5% : 1	21 dossiers

ANNEXE III (page 3)

La variation des paramètres Hb et/ou VGM est la conséquence:

- d'un mécanisme transfusionnel (117 dossiers sur 170 soit 69,5%)
- d'un épisode hémorragique (21 dossiers sur 170 soit 12%).

Lors de transfusion, la variation du VGM est supérieure à 5% dans 50% des cas.

2 MODIFICATIONS POST-THERAPEUTIQUES

Les prélèvements effectués par patient sont espacés dans le temps (15 à 30 jours).

Δ Hb < 10% + Δ VGM > 5% : 12

Δ Hb > 10% + Δ VGM > 5% : 5 17 dossiers

Une variation du VGM supérieure à 5% est systématique avec le plus souvent macrocytose erythrocytaire.

Il s'agit:

- de patients VIH positifs en hôpital de jour avec chimiothérapie antivirale (10/17)
- de patients traités par radiothérapie (5/17)
- de patients hospitalisés en unités de gastro-entérologie et de médecine interne (2/7),

au total 17 dossiers sur 170 soit 10%.

3 MAUVAISE QUALITE DU PRELEVEMENT

Δ Hb > 10% + Δ VGM < 5%: 4 dossiers

La variation du paramètre Hb est due à une erreur technique de prélèvement au point de perfusion (3 dossiers), ou à un prélèvement partiellement coagulé, au total 4 dossiers sur 170 soit 2%.

4 ERREURS D'IDENTITE DU PATIENT OU D'IDENTIFICATION DES TUBES

NFS

Δ Hb > 10% + Δ VGM > 5%: 4

Δ Hb < 10% + Δ VGM > 5%: 1 5 dossiers

Il s'agit d'erreurs dépistées au laboratoire et confirmées par les unités de soins. Pour 3 dossiers, le tube de NFS parvenu au laboratoire ne provenait pas du patient attendu (confusion de patient lors du prélèvement). Pour 2 dossiers, l'étiquette d'identification du tube ne correspondait pas au patient effectivement prélevé.

exemple: pour Mr Félix B., les paramètres de la NFS du 18/03/1996 sont très différents de ceux des NFS antérieures (et ultérieures): Δ Hb < 10% + Δ VGM = 20%

ANNEXE III (page 4)

Enfin, pour 6 patients, des variations physiologiquement non plausibles de VGM et/ou d'Hb n'ont pu être expliquées par les unités de soins (erreurs humaines omises ou non avouées).

$\Delta Hb > 10\% + \Delta VGM > 5\%$: 4

$\Delta Hb < 10\% + \Delta VGM > 5\%$: 2 6 dossiers.

Ces 11 dossiers provenant d'erreurs vraisemblablement humaines, représentent 6,5% des 170 dossiers retenus. Ils ont été annulés en accord avec les unités de soins concernées.

170 dossiers ont été retenus, soit 0,7% des 22847 NFS effectuées au laboratoire. 69,5% sont la conséquence d'un mécanisme transfusionnel, 12% d'un épisode hémorragique, 10% concernent des modifications post-thérapeutiques, et 2% une mauvaise qualité de prélèvement. Enfin, 3% d'entre eux représentent des erreurs confirmées de prélèvement ou d'identification et 3,5% des erreurs très probables soit 0,5 pour 1000 des NFS effectuées au laboratoire d'Hématologie durant 6 mois.

Par une méthode simple et peu astreignante, nous pouvons minimiser l'erreur d'identification au laboratoire. Cette démarche s'intègre tout à fait dans le cadre du GBEA. Elle permet une évaluation de la qualité d'identification dans les unités de soins afin de mettre en place une procédure d'étiquetage des tubes de prélèvement et de vérification d'identité.

La Phase Pré-Analytique



Impact en fonction de la non-conformité.

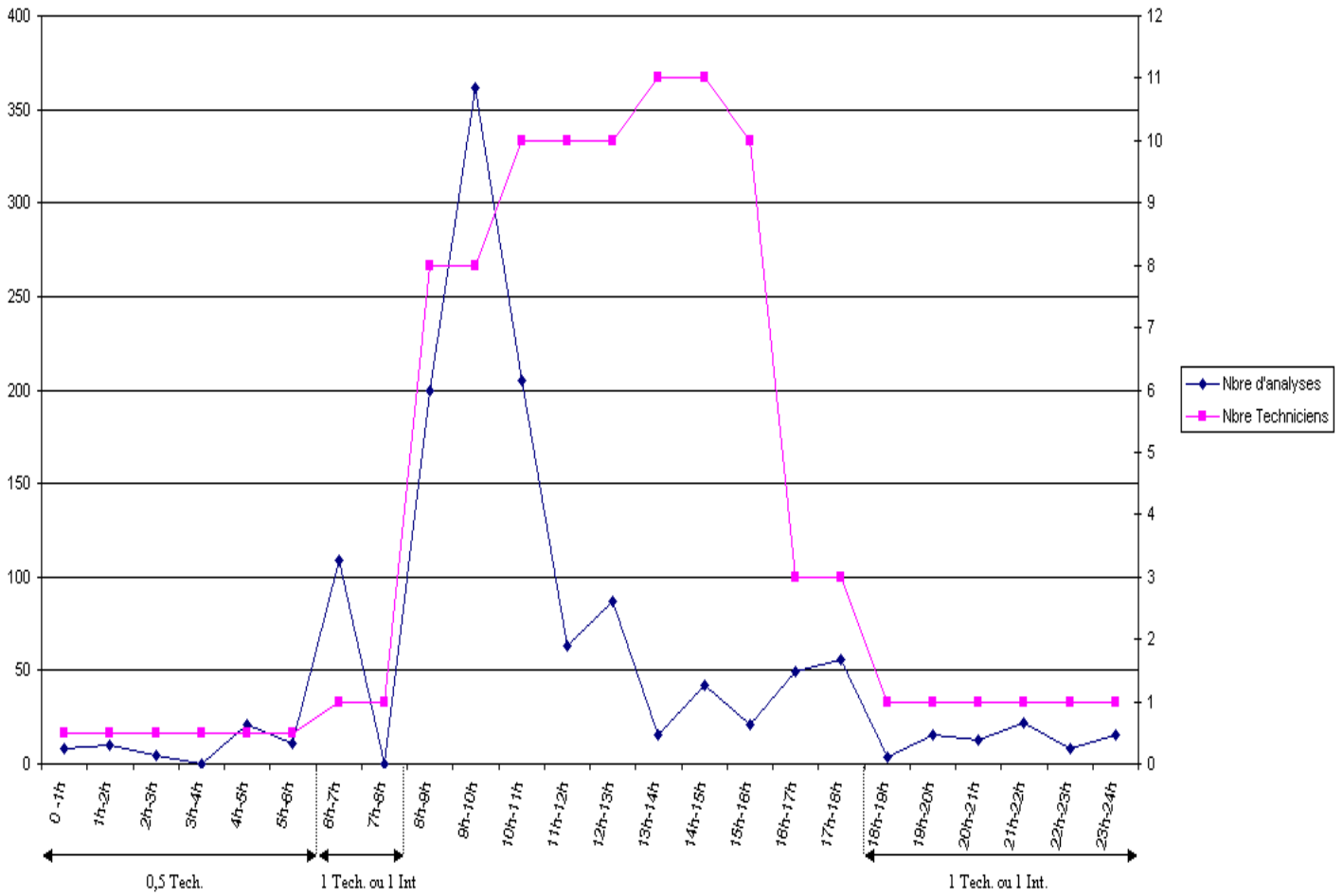
	Patient	Personnel Infirmier	Personnel du Laboratoire
QI/PI	Résultats inexacts à faux. Nouveau prélèvement.	Re-prélever. Manipulation de liquide biologique.	Transfert en tube 2aire. Manipulation de liquide biologique.
Hémolyse	Pas de résultats pour certaines analyses. Nouveau prélèvement.	Re-prélever. Manipulation de liquide biologique.	Manipulation de liquide biologique.
Délaï / T°C	Résultats inexacts à faux.	Re-prélever. Manipulation de liquide biologique.	Contrôles complémentaires.
Étiquetage	De « Pas de résultats » à « Résultats faux ». Nouveau prélèvement.	Re-prélever. Manipulation de liquide biologique.	Contrôles complémentaires.

BD Vacutainer Systems, Solutions Préanalytiques



ANNEXE V

**Nombre d'échantillons à traiter par tranche horaire
par rapport au nombre de techniciens présents -CH(a)-**



ANNEXE VI

PROJET « TRAITEMENT DES NON CONFORMITES DES DEMANDES D'ANALYSES »

Objectif : *Diminuer le nombre de non conformités* en lien avec le prélèvement des échantillons biologiques et donc rendre des résultats d'analyses de meilleure qualité ; ceci par un travail en collaboration étroite entre les services de soins et les laboratoires.

étapes réalisées en 2001

- **PREALABLE : VISITE DES LABORATOIRES – DIFFUSION DE DOCUMENTS QUALITES** : → 1^{ER} semestre 2001

Présentation de l'organisation des laboratoires, des exigences relative au prélèvement et de ce que peut être une " **non conformité** " et son impact sur la qualité du résultat rendu .

- **RELEVÉ DES NON CONFORMITES A LA RECEPTION DES ECHANTILLONS** (au laboratoire)

- Relevé manuel du nombre et de la nature des non conformités par service ; Rédaction du bilan qualitatif et quantitatif : → mars à mai 2001

- Présentation des résultats à l'encadrement des services de soins . → juin 2001

- **PLAN D'ACTION** :

- **au sein des laboratoires** :

- mise en place d'un relevé systématique des non conformités grâce à un code informatique enregistré à la réception des échantillons : **traçabilité**

- définition de **règles d'acceptations - refus de l'échantillon** → mai- septembre 2001

- **en collaboration étroite avec les services du secteur de médecine**

Réflexion sur les pratiques liées au prélèvement, les causes de non conformités ; apport d'informations complémentaires sur les modalités de prélèvement puis, définition et mise en place d'actions correctives internes aux unités de soins .

Diffusion de documents qualité précisant le nombre de tubes nécessaires et les sources d'erreur en hématologie ainsi qu'en Biochimie.

étapes réalisées en 2002

EVALUATION DE L'IMPACT DE CES ACTIONS, AU NIVEAU DU SECTEUR PILOTE

- Requêtes informatiques , portant sur les 3 premiers mois 2002 → juin 2002

- Analyse des résultats puis diffusion au secteur pilote → 15 octobre 2002

L'indicateur étant l' évolution du nombre et de la nature des non conformités depuis la première évaluation. : Résultats très nettement améliorés

Objectif 2003

- Présentation de la démarche et des résultats aux autres secteurs de soins et démarrer une action identique avec d'autres services volontaires → 1^{er} trimestre 2003

ANNEXE VII

TRAITEMENT DES NON CONFORMITE DES DEMANDES D'ANALYSES

LABORATOIRE DE BIOCHIMIE du CH(a)

NON CONFORMITES LES PLUS FREQUENTES

Non conformités	MARS 2001	MARS 2002 Après actions correctives
Tubes prélevés en plus	41 %	4 %
Pas d'échantillon pour la demande (ex : urines)	17 %	45 %
Identité manuscrite sur la pochette	12 %	9 %
Nature de la demande d'analyse non précisée	7 %	14,7 %
Pas assez de tubes prélevés	5 %	3 %
Sérum hémolysé	3 %	0,5 %
Tube non conforme	2 %	5 %
Nature de l'échantillon non précisée	2 %	1 %
Identité pochette manuscrite et incomplète		17 %

ANNEXE VIII Gestion des non conformités au laboratoire du CH(b)

GESTION DES NON-CONFORMITES

I. DEFINITION :

Un prélèvement est défini **non conforme** lorsqu'il manque une information nécessaire permettant au laboratoire d'effectuer les analyses selon les recommandations du GBEA ou lorsqu'il y a une anomalie concernant le prélèvement transmis par le service de soins.

II. Non-CONFORMITES ADMINISTRATIVES :

1°) **Prélèvements non identifiés :**

Action → POUBELLE + Prévenir le service de Soins
Exception :

Pour les nouveaux-nés de Maternité et de Pédiatrie, le préleveur doit venir au laboratoire pour identifier le prélèvement, sinon poubelle.

2°) **Identité différente sur les prélèvements :**

Dans le même sachet, tous les tubes n'ont pas la même identité.
Action → POUBELLE + Prévenir le service

3°) **Identité différente entre les tubes et le bon :**

Action → Prévenir le service pour un nouveau prélèvement.
Si refus, les résultats seront rendus avec l'identité présente sur les tubes.

4°) **Informations administratives incomplètes ou illisibles (inscriptions manuscrites) :**

Action → Prise de contact avec le service pour compléter les informations manquantes

5°) **Absence de bon :**

Action → Prévenir le service pour récupérer la demande

Pour les RAI, exiger **la feuille pré-transfusionnelle** avant de rendre les résultats.

ANNEXE VIII (suite) Gestion des non conformités au laboratoire du CH(b)

III. Non-CONFORMITES TECHNIQUES :

- 1°) **Absence du tube correspondant à l'analyse demandée :**
Action → Prévenir le service.
- 2°) **Tube mal rempli :**
Le tube d'hémostase doit être **OBLIGATOIREMENT** rempli jusqu'au trait (± 3 mm), sinon annuler l'examen et prévenir le service.
Pour les autres tubes, nécessité d'1 cm de sang minimum dans les tubes. Sinon annuler l'examen et prévenir le service.
- 3°) **Non respect du délai et/ou des conditions d'acheminement des prélèvements:**
Si le délai d'acheminement dépasse 2H00, rendre les résultats : « **sous réserve** ».
Pour les ammoniémies, Gaz du sang ou Lactates arrivés hors de la glace, rendre les résultats : « **sous réserve** ».
- 4°) **Traitement anticoagulant non renseigné pour les héparinémies- Anti-Xa :**
Action → Prise de contact avec le service.
- Le service doit **OBLIGATOIREMENT** renseigner la prise d'un traitement anticoagulant et lequel !
- Héparinémies : connaître le nom de l'héparine administrée pour effectuer une héparinémie HBPM ou HNF.

ANNEXE IX

ENQUETE DE SATISFACTION sur la prestation des laboratoires

- au CH (c) - Décembre 2003

N°1 - Etes vous satisfait du contenu du guide des analyses biologiques ?

N°2 - Selon vous, quel(s) protocole(s) supplémentaires mériteraient d'être intégrés ? (citer les examens réalisés au laboratoire du CH (c), ne faisant pas l'objet d'un écrit)

N°3 – Rencontrez vous des difficultés pour remplir les différentes feuilles de demandes d'examens ?

si oui, citez vos principales difficultés :

N°4 – lorsque des renseignements cliniques sont nécessaires pour la validation d'un résultat de laboratoire, vous remplissez la rubrique « renseignements cliniques » ou « renseignements complémentaires » ?

Toujours, parfois, jamais Pourquoi ? :

N°5 –le système de fermeture de la double pochette est-il satisfaisant ?

Oui non Pourquoi ?

N°6 – Etes vous satisfait de l'endroit où les prélèvements sont pris par le coursier (dans votre service) ?

Oui, non Pourquoi ?

N°7 – Que pensez vous du fonctionnement des navettes dédiées au transport des prélèvements ?

Très satisfait satisfait insatisfait

N°8 – Pour connaître un résultat d'examen, vérifiez vous en premier lieu sa disponibilité sur Cossway (système informatique de transmission des résultats) ?

Si non que faites vous : déplacement téléphone

N°9 –Vous ne parvenez pas à obtenir les résultats des analyses demandées dans Crossway, quelles en sont les raisons ?

N°10 – Etes vous satisfait de l'endroit où sont déposées les feuilles de résultats (dans votre service) ?

Oui non Si non, pourquoi ?

N°11- connaissez vous les horaires d'ouverture du laboratoire de garde ?

Non Oui si oui, citez les :

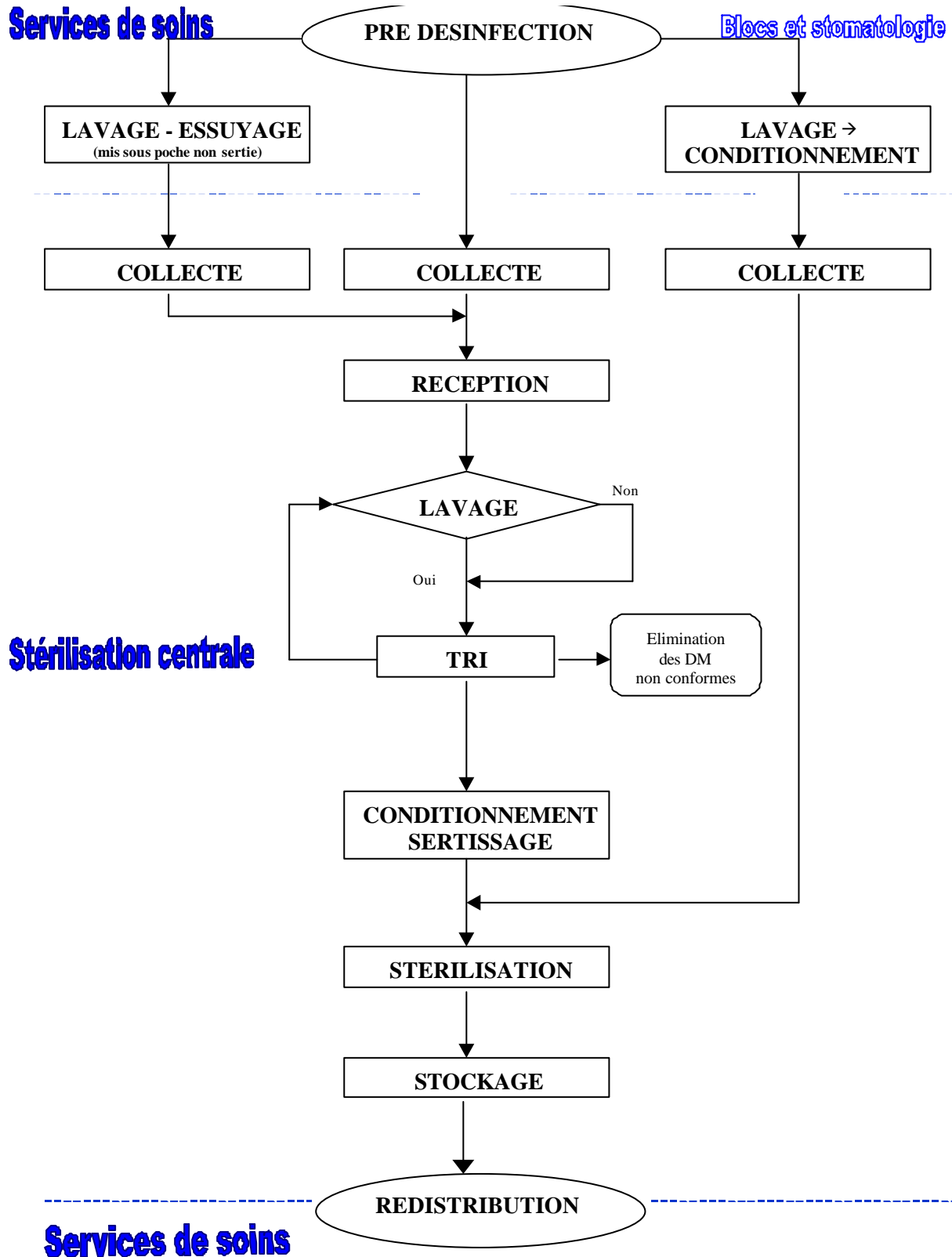
N°12 – de façon générale, votre niveau de satisfaction concernant l'ensemble des prestations fournies par les laboratoires est :

Bon moyen mauvais

N°13 : selon vous, quelle serait l'amélioration prioritaire à mettre en oeuvre au niveau des laboratoires ?

ANNEXE X

Exemple de LOGIGRAMME décrivant le processus de stérilisation

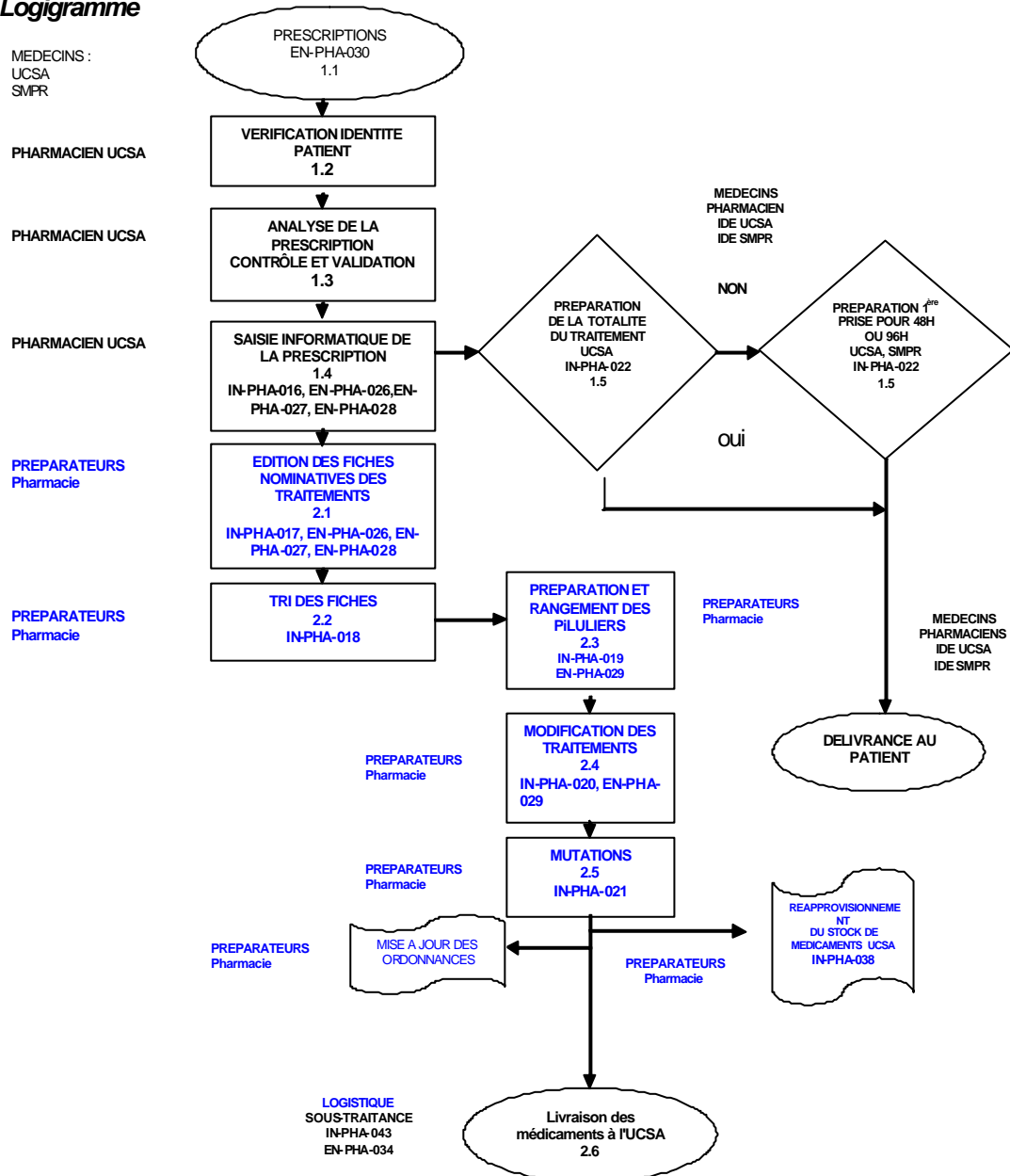


ANNEXE XI

Exemple de logigramme intégré à une procédure rédigée par la pharmacie PREPARATION NOMINATIVE DES PILULIERS POUR L'UCSA

1 Déroulement et descriptif

1.1 Logigramme



ANNEXE XII

FICHE DESCRIPTIVE INDICATEUR

Thème : Dispensation des médicaments

Service(s) concerné(s) : Pharmacie et UCSA

Objectif(s) :

Réduire le nombre d'erreurs dans la préparation des plumiers destinés aux patients de l'UCSA par sensibilisation des préparateurs

OBJECTIF CHIFFRE ET SEUIL

Niveau d'exigence : limiter le nombre d'erreurs de gravité 2

Seuil d'inacceptabilité : erreurs de gravité 3

Données à recueillir :

Erreurs de produits par rapport à la prescription

Erreurs de quantité par rapport à la prescription

Mode de recueil des informations :

Les IDE de l'UCSA vérifient systématiquement les plumiers avant la dispensation. Relevé des erreurs sur un imprimé pré-formaté dans ce but

Fréquence de recueil :

INDICATEUR

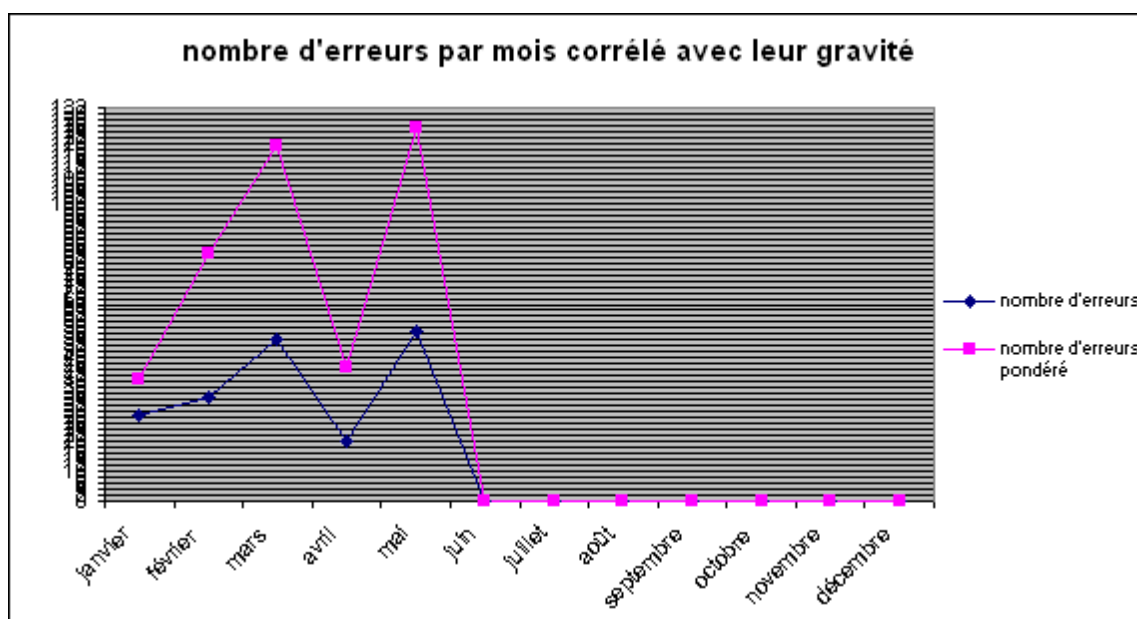
Nombre d'erreurs et nombre d'erreurs pondérées par mois

ANNEXE XIII

Exemple de tableau de bord

Evolution mensuelle du nombre d'erreur de distribution de médicaments

	nbr erreu r	nbr erreur pondéré	gravit é 1	gravit é 2	gravit é 3	m	c	d-	d+	np
janvier	29	41	17	12	0	2 0	2	3	3	1
février	35	83	13	16	16	1 8	5	3	6	3
mars	54	119	2	39	13	2 3	6	1	1	3
avril	20	45	1	13	6	4	5	4	7	0
mai	57	125	2	42	13	3 1	1	6	8	1
juin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
juillet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
août	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
septembre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
octobre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
novembre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
décembre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



ANNEXE XIV

Exemple de Diagramme de Pert

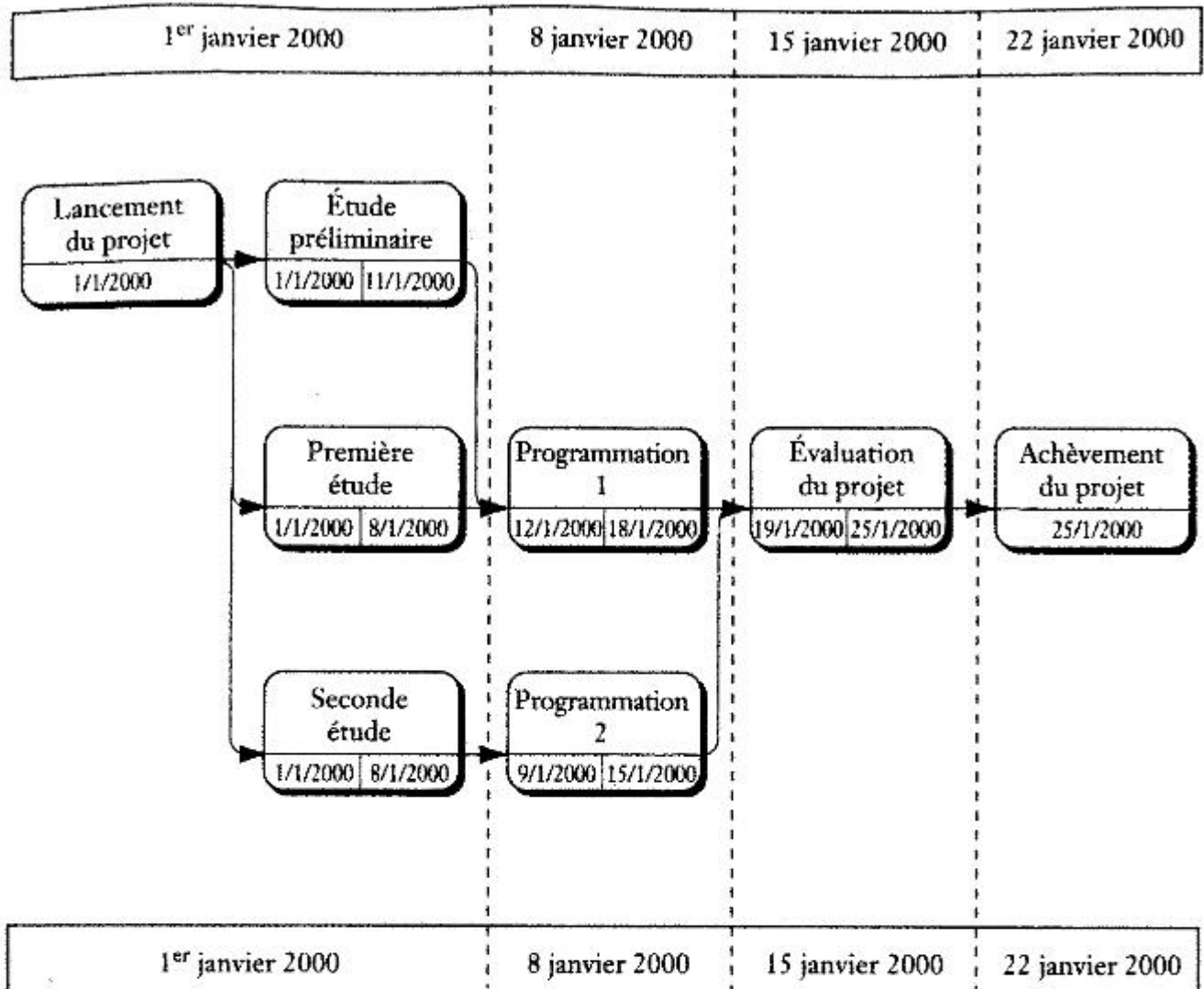


FIGURE 10 : exemple de diagramme PERT